

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Jiřina Šímová

Intermittentní katetrizace močového měchýře u paraplegiků

Intermittent bladder catheterization in paraplegics

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Monika Hošťálková

Praha, 2016

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, 13. 04. 2016

Jiřina Šímová

.....

Podpis

Identifikační záznam ŠÍMOVÁ, Jiřina. Intermitentní katetrizace močového měchýře u paraplegiků. [Intermittent bladder catheterization in paraplegics]. Praha, 2016. 85 s., 6 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Hošťálková, Monika.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem „Intermitentní katetrizace močového měchýře u paraplegiků. Práci jsem rozdělila na teoretickou a empirickou část. Teoretická část bakalářské práce je věnována fyziologii páteře, zdravotním důsledkům a komplikacím míšní léze, ošetrovatelské péči u para a kvadriplegiků a urologické péči o pacienty s poraněním míchy. Dalším velkým tématem je ošetrovatelská část, kde se věnuji ošetrovatelské péči o pacienty využívající techniku intermitentní katetrizace, současné legislativě a certifikovaným kurzům pro nelékařské pracovníky.

Bakalářská práce má jeden hlavní a pět dílčích cílů. Hlavním cílem práce je zjistit kvalitu života paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře. Dílčí cíle zjišťují specifické potřeby paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře v pěti oblastech. Prvními dvěma oblastmi jsou potřeby ve výživě a způsobu péče o své zdraví a potřeby ve vyprazdňování. Další cíl zjišťuje specifika v potřebě spánku, odpočinku a důležitost aktivity a cvičení. Čtvrtý cíl má zmapovat otázku sebeúcty, sexuality a zvládnání stresových situací. Poslední cíl se týká důležitosti životních hodnot a víry.

V empirické části jsem použila kvalitativní šetření, kdy technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Zpracovány byly tři rozhovory klientů, kteří se dlouhodobě intermitentně katetrizují. Z rozhovoru vyplynulo, že všichni respondenti používají pro vyprazdňování moči metodu ČIK, používají katétry vyráběné společností Coloplast a shodují se na tom, že pojišťovnou hrazený limit pěti katétrů na den je nedostačující. Důležitým zjištěním je, že při použití metody intermitentní katetrizace respondenti trpí daleko méně na záněty močových cest.

Na základě zjištěných poznatků z rozhovoru jsem vytvořila edukační proces intermitentní katetrizace, který může sloužit k jednodušší edukaci pacientů.

klíčová slova: Intermitentní katetrizace, všeobecná sestra, uroinfekce, edukace pacientů, kvalita života pacientů, paraplegie, autokatetrizace.

Abstract

The Bachelor's thesis deals with the topic "Intermittent bladder catheterisation in paraplegics". I divided it into a theoretical and empirical part. The theoretical part of the thesis concerns the spine physiology, medical consequences and complications of spinal cord lesions, nursing care of paraplegics and quadriplegics, and urology care of patients suffering from spinal cord injuries. Another large topic of the thesis is nursing care, focusing on nursing care of patients using the technique of intermittent catheterisation, the applicable legislation and accredited courses for non-medical staff.

The Bachelor's thesis has one main objective and five partial ones. The main objective of the thesis is to ascertain the quality of life of paraplegics with intermittent bladder catheterisation. The partial objectives look into the specific needs of paraplegics with intermittent bladder catheterisation in five areas. The first two areas concern their nutritive and health care needs, and excretion needs. Another objective looks into the particularity of sleeping needs, resting needs, and the importance of active movement and exercise. The fourth objective is supposed to map out the matter of self-respect, sexuality, and managing stressful situations. The last objective deals with the importance of life values and belief.

For the empirical part I performed qualitative investigation, involving a semi-structured interview as the data collection technique. The interviews with three clients were processed, of which each client uses long-term intermittent catheterisation. It became clear from the interviews that each of the respondents uses the method of Clean Intermittent Catheterization for urine excretion, by means of catheters manufactured by Coloplast, and believes that the limit of five catheters per day, paid by the insurance companies, is insufficient. Other important findings are that the respondents who use the method of intermittent catheterisation suffer much less from urinary tract infections.

Based on the findings from the interview I have created an educational process of intermittent catheterisation that may help to make patient education easier.

Key words: Intermittent catheterisation, a nurse, urinal infection, patient education, patient quality of life, paraplegia, self-catheterisation

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Monice Hošťálkové za odborné vedení a pomoc při tvorbě této práce. Děkuji za její vstřícný a individuální přístup, ochotu a trpělivost. V neposlední řadě také za nadstandardně rychlou komunikaci při řešení dalších postupů práce a při jednotlivých konzultacích. Bez její účinné pomoci a trpělivosti by tato práce nevznikla.

Dále bych ráda poděkovala především partnerovi a novorozené dceři, za podporu a toleranci během celého mého studia.

Obsah	
Úvod	10
Teoretická část	11
1 Poranění páteře- klasifikace	11
2 Vyšetření pacienta	14
3 Terapie a prognóza	15
4 Zdravotní důsledky a komplikace míšní léze a jejich léčba	16
4. 1 Respirační komplikace	16
4. 2 Kardiovaskulární systém	16
4. 3 Gastrointestinální systém	16
4. 4 Nervový systém	17
4. 5 Muskulární systém	17
4. 6 Urogenitální systém	18
5 Ošetrovatelská péče u para a kvadruplegika	19
5. 1 Hygiena pacienta	19
5. 2 Prevence dekubitů	19
5. 3 Výživa pacienta	20
5. 4 Bolest	20
5. 5 Péče o psychiku	20
5. 6 Vyprazdňování stolice	21
5. 7 Péče o vyprazdňování moče	21
5. 8 Komunikace a edukace pacienta	21
6 Rehabilitace	22
7 Urologická péče o pacienta s poraněním míchy	24
7. 1 Historie	24
7. 2 Volba derivace moči	25
7. 3 Intermitentní katetrizace	26
7. 3. 1 Techniky intermitentní katetrizace	26

7. 3. 2 Komplikace	27
7. 3. 3 Příslušenství pro pacienty s intermitentní katetrizací	28
7. 4 Současná legislativa a úhrady- pravidla pro preskripci, úhradové limity	28
7. 4. 1 Typy cévek a jejich hrazení pojišťovnou	29
7. 5 Certifikovaný kurz pro nelékařské zdravotnické pracovníky	30
7. 6 Virginia Avenel Hendersonová	31
Empirická část	
8 Cíl práce	32
9 Metodologie a vzorek respondentů	33
9. 1 Charakteristika respondentů	34
9. 2 Organizace výzkumného šetření	34
10 Respondent 1	35
11 Respondent 2	37
12 Respondent 3	39
13 Rozhovory s respondenty	41
Diskuze	56
Závěr	60
Seznam použité literatury	61
Použité zkratky	64
Přílohy	65

Úvod

Poranění míchy je jedním z nejtěžších úrazů většinou s trvalými fyzickými, ale i psychickými následky. Je to poranění, jehož důsledky ovlivňují funkci celé řady orgánů a systémů lidského těla.

S úrazy, které vedou k poranění páteře a míchy, se setkáváme zejména při autonehodách, ale i zimních sportech. V České republice dochází každoročně k téměř třem stům novým případům poranění míchy. V dnešní době je medicína na tak vysoké úrovni, že se v některých případech téměř zdá, že umí dělat zázraky, ale stále se nenašel způsob ani lék, který by dokázal vyléčit poranění páteře a míchy. Pro mírné zjednodušení a zlepšení kvality každodenního života pro tyto klienty s poraněním páteře je stále nejdůležitější především rehabilitace a medikamenty. Poranění páteře neznamena jen ochrnutí a neschopnost chůze, ale i další překážky s tímto postižením spojené. Faktorem, který v minulosti zásadním způsobem limitoval délku a kvalitu života postižených, byly urologické komplikace. Právě selhání ledvin a močové infekce byly v minulosti nejčastější příčinou úmrtí těchto pacientů. Díky pokrokům v urologické diagnostice a léčbě se situace v této oblasti v posledních letech velmi zlepšila.

Nejčastější příčinou chronické močové retence je míšní poranění, kterých bohužel stále přibývá. Dlouhodobějším příznakem neléčené močové retence jsou opakující se infekce močového měchýře s možností vzestupného šíření na močovody a ledviny. Pokud je stav neřešen, dochází ke stále častějším nechtěným unikům moči, a hlavně může dojít ke zpětnému toku moči do ledvin, což vede k jejich postupnému zničení s nutností napojení na umělou ledvinu. Diagnostika poruch a volba adekvátní léčby jsou v rukou lékaře-urologa. Správný léčebně-preventivní přístup je nezbytný nejen z hlediska ochrany zdraví, ale také plnohodnotného zapojení se do společenského života.

Toto téma jsem si vybrala z důvodu patnáctileté praxe na jednotce intenzivní péče urologické kliniky, kde se s těmito pacienty setkávám stále častěji. Je stále víc mladých lidí, kteří se ocitnou na vozíku a nechtějí být doma v izolaci s permanentním katétre. Díky metodě čisté intermitentní katetrizace se mohou lépe začlenit do společnosti a žít plnohodnotnější život.

Jedná se o metodu, kterou ve většině případů provádí po zacvičení pacient sám, je to jedna z technik autokatetrizace. Tam, kde to není z různých důvodů možné, může výkon provádět nelékařský personál nebo i členové rodiny. Protože je ošetrovatelská péče o paraplegiky obsáhlá, věnuji se v této práci převážně právě intermitentní katetrizaci močového měchýře.

Urologická léčba zaujímá významné místo v systému tzv. "comprehensive care". Pokrok v urologické péči vedl v posledních desetiletích k výraznému snížení morbidity a mortality pacientů s traumatickým poškozením míchy.

Teoretická část

1 Poranění páteře - klasifikace

Tato kapitola se zabývá incidencí míšních lézí a anatomickými poměry. Incidence traumatických lézí míšních v posledních letech narůstá. V České republice dochází každoročně k téměř 300 novým případům poranění míchy. Protože tyto úrazy postihují většinou mladé lidi v produktivním věku, jde o komplexní medicínsko-sociální problém, vyžadující multidisciplinární přístup. Urolog má ve spinálním týmu při řešení neurogenní dysfunkce dolních močových cest důležitou roli. Jeho úspěšnost je jedním ze zásadních předpokladů pro resocializaci nemocného a jeho reintegraci do společnosti.

Anatomie páteře a míchy

Obratel je základním stavebním prvkem nosné komponenty páteře. Obratle (s výjimkou prvních dvou) mají v zásadě stejnou stavbu.

Páteř je osová kostra trupu. Skládá se z obratlů, každý obratel má tělo, oblouk a výběžky. Tělo a oblouk obratle tvoří páteřní kanál, kterým prochází mícha. Páteř se skládá z obratlů:

- 7 krčních
- 12 hrudních
- 5 bederních
- 5 obratlů křížových splývajících v kost křížovou
- 4 – 5 obratlů kostrčních, srůstajících v kosti kostrční

Každý obratel páteře má možnost pohybu. Proti nadměrnému pohybu páteře chrání tvar obratle a silné svaly a vazy, které běží podél páteře.

Zlomeniny páteře představují asi 5 % ze všech úrazů. V 15–40 % případů bývá poranění páteře spojeno s poraněním míchy. Nejzranitelnější je krční úsek páteře, který bývá postižen ve 42 %, dále hrudní ve 30 % a bederní v 28 %. Asi 20 % nemocných má poranění více obratlů.

Etiologie a patogeneze

Pro etiologii a patogenezi páteře a míchy je typické fyzikální působení síly a druh poranění páteře.

Na páteř působí síly ve smyslu komprese (tlak v ose páteře), opakem je distrakce (natažení), dále flexe (přední pohyb), opakem je extenze (zadní pohyb), lateroflexe (boční pohyb), dále rotace (torzní síly) nebo translace (příčný stříh s posunem páteřního sloupce dopředu, dozadu nebo do strany). Pokud působení těchto sil přesáhne mez soudržnosti tkání, dochází k poškození páteře.

Poranění páteře jsou patologicko-anatomicky charakterizována poraněním kostí, kloubů, vazů, meziobratlových plotének a jejich kombinací. Na rozdíl od jiných poranění skeletu mohou být navíc komplikována i poraněním míchy a nervových kořenů (Hrabálek, 2011).

Mícha

Mícha prochází jednotlivými obratli a při jejich zlomení, roztříštění nebo vzájemném posunutí, může dojít k různě závažnému poškození míchy, které často vede ke ztrátě citlivosti a ochrnutí svalů pod úrovní poškození.

Mícha je provazcovitý útvar síly malíku. Je předozadně oploštělá. Na průřezu míchou je patrná bílá a šedá hmota. Z míchy odstupuje 31 párů míšních nervů (C1 – 8, Th1 – 12, L1 – 5, S1 – 5, Co), které vznikají spojením předních a zadních kořenů. První míšní nerv odstupuje mezi bází lební a prvním krčním obratlem. U dospělého končí mícha mezi obratli L1 a L2 (Naňka, Elišková, 2009).

Krční mícha má osm míšních segmentů a osm míšních kořenů, v dalších částech počet segmentů odpovídá počtu kořenů. Nervy dávají podněty míše o tom, co tělo cítí, ta je přenesla do mozku a po zpracování je mozek přenesla zpětně do míchy, která je přenesla pomocí míšních nervů do svalů. Takto ovlivňuje mozek svalovou činnost. Nervy informují míchu o tom, co tělo cítí. Nervy na pravé polovině těla inervují pravou polovinu míchy a obráceně.

Poškození míchy

Poškození míchy je vždy doprovázeno poruchou hybnosti a citlivosti, ale rovněž jsou zasaženy autonomní funkce. Důsledkem je ovlivnění prakticky všech fyziologických procesů v organismu.

Při poškození míchy je narušen přenos informací. To, co tělo cítí pod poškozenou oblastí, se nedostane do mozku. Čítí a vůlí ovládaný pohyb těla pod poraněnou oblastí jsou porušeny. Dále je v určité míře poškozená funkce močení a vyprazdňování. Pokud jsou čítí nebo vůlí ovládané pohyby pod segmentem poškození vymizelé, jedná se o úplnou lézi – plegii. Pokud je nějaká forma čítí či vůlí ovládaných pohybů zachována, jde o částečnou lézi – parézu. Mezi symptomy míšní léze patří: porucha motoriky (ve smyslu parézy či plegie, viz výše), porucha čítí (hypestezie až anestezie), porucha svalového tonu (spasticita), porucha vegetativních funkcí (trofiky, střevní činnosti, močového měchýře, termoregulace, dýchání), porucha sexuálních funkcí. Nejčastěji dochází k poraněním v oblasti krční páteře. Objevují se zde fraktury i luxace (Breza, Kliment & Valanský, 2007).

Ve 40 % dochází s poraněním obratle i k míšnímu poranění. Dále v oblasti hrudní páteře se nejčastěji jedná o kompresní zlomeniny, kdy dochází v 10 % i k míšnímu poranění. Co se týče bederní páteře, jsou zde fraktury méně časté, a v 3 % dochází k míšnímu poranění.

K poranění míchy nejčastěji dochází při úrazu:

- Dopravní nehody (cca 55 %)
- Úrazy při práci doma (cca 22 %)
- Sport – skoky do vody, pády z výšky (18 %)
- Násilí (5 %)
- Patologické procesy – nádorová, cévní, degenerativní či zánětlivá onemocnění

Výška poškození

Poranění míchy dělíme na primární (v okamžiku úrazu) a sekundární (vznikající následkem úrazu).

Podle výšky míšní léze (tj. poškození, postižení) rozeznáváme dvě hlavní skupiny, paraplegii a tetraplegii. Při poranění míchy v úrovni hrudní či bederní páteře hovoříme o paraplegii. Paraplegik má různě závažnou poruchu hybnosti trupu a dolních končetin. Vzhledem k tomu, že má neporušenou hybnost na horních končetinách, je schopen být zcela samostatný v přiměřeně přizpůsobeném prostředí. Pokud je míšní léze v bederní páteři, pak může být částečně zachována hybnost dolních končetin a takový člověk je pak s různými pomůckami schopen i chůze.

V případě, že dojde k poškození míchy v úrovni krční páteře, je porušena hybnost dolních končetin, trupu a v různé míře i horních končetin, hovoříme o tetraplegii. Takto vysoká míšní léze s poruchou hybnosti horních končetin již zpravidla neumožňuje úplnou samostatnost a tetraplegik je odkázán na pomoc druhé osoby. Je zásadní rozlišit, zda došlo k úplnému či částečnému poškození míchy. Při částečném (nekompletním) poškození míchy může být i pod úrovní léze zachována v různém rozsahu činnost svalů a výsledný neurologický a funkční obraz může být mnohem příznivější. Z celkového počtu míšních poranění se téměř v polovině případů jedná o míšní lézi v úrovni krční páteře a ze 40 – 45 % je léze kompletní (Kříž, 2010).

Dle tabulky cílů funkční nezávislosti lze posoudit soběstačnost při osobní hygieně, oblékání, každodenní činnosti, mobilitě, mobilitě na lůžku, přesunu a chůze (viz příloha A).

Bez ohledu na výšku poškození míchy bude mít klient vždy určité problémy s močovým měchýřem a vyprazdňováním stolice.

Dle výšky poranění se v souvislosti s motorikou rozlišuje:

- Pentaplegie – léze nad C4
- Vysoká tetraplegie – C4 a C5
- Nízká tetraplegie – C6 – C8
- Vysoká paraplegie – Th1 – Th6
- Nízká paraplegie – Th7 a níže

(<http://www.paraple.cz/informace/misni-poraneni.html>).

2 Vyšetření pacienta

Začínáme anamnézou, při níž zjišťujeme okolnosti úrazu a obtíže pacienta. Hodnotíme bolest, její lokalizaci, popřípadě projekci, dále hybnost končetin a sfinkterové obtíže. Objektivní vyšetření se skládá ze všeobecného neurologického vyšetření, se snahou odhalit případné známky poranění nervových struktur (Hrabálek, 2011).

Radiologická diagnostika

K dalším vyšetřovacím metodám řadíme základní zobrazovací metody jako je skiografie, výpočetní tomografie, magnetická rezonance a ostatní metody, např. perimyelografie, které se dnes využívají zřídka.

Skiografie

Provádí se statické snímky v boční a předozadní projekci, při snímkování dentu C2 ještě předozadní projekce při otevřených ústech (Sandbergova projekce). Obtížné je snímkování přechodových úseků páteře, cervikokraniálního (CC) pro sumaci obličejového skeletu nebo cervikotorakálního (C-Th) pro překrytí rameny a je třeba jim věnovat při interpretaci snímků zvýšenou pozornost. Na C-Th úseku je nezbytná snaha o maximální stažení ramenou kaudálně.

Výpočetní tomografie

Výpočetní tomografie zobrazí spolehlivě poranění kostních struktur páteře, v axiální rovině míru stenózy páteřního kanálu a díky možnostem sagitální rekonstrukce dokáže posoudit i poruchy páteřní osy. Je metodou první volby u polytraumatizovaných pacientů.

Magnetická rezonance

Magnetická rezonance je suverénní metodou pro měknotkáňové struktury páteře, která umožní posoudit zejména poranění míchy, meziobratlových plotének a vazivových struktur páteře. Je třeba dbát na kontraindikace, zejména u pacientů s kardiostimulátorem.

Ostatní metody, např. perimyelografie, se dnes využívají zřídka (Hrabálek, 2011).

3 Terapie a prognóza

Léčba poranění páteře může být buď konzervativní, nebo chirurgická.

Konzervativní léčba představuje klid na lůžku, stabilizaci páteře ortézou, analgetizaci a posléze rehabilitaci. Ke stabilizaci krční páteře se běžně používá plastový límec typu Philadelphia, s podporou brady. Důkladnější formou je použití halo – vest, kdy je šrouby k hlavě fixován kruh (halo) a ten je pevně spojen tyčemi s plastovou vestou na hrudníku (vest). Na torakolumbální přechod se používají různé snímatelné textilní korzety s výztuhou. Sádrové límce nebo korzety se takto přestaly používat.

Chirurgická terapie

Cílem chirurgické terapie je:

1. dekomprese nervových struktur
2. obnovení fyziologické osy páteře
3. stabilizace páteře

Důvodem k operaci je především pórůrazový neurologický deficit. Dalším faktorem rozhodujícím o chirurgické léčbě jsou známky páteřní nestability (Hrabálek, 2011).

Prognóza po míšní lézi

Prognóza po míšní lézi je patrná na akutně provedené magnetické rezonanci. Bezprostředně po poranění míchy nastupuje fáze míšního šoku, na jeho odeznění závisí zlepšení hybnosti či citlivosti pod úrovní míšní léze.

Pokud dojde během úrazu ke kompletnímu přerušení míchy, které je patrné na akutně provedené magnetické rezonanci nebo makroskopicky během operačního zákroku, hovoříme o kompletní transverzální míšní lézi a můžeme vyloučit obnovení motorické či senzitivní funkce pod úrovní míšního poranění. Většinou dochází pouze ke kompresi míchy bez úplného přerušení. Na toto primární poranění však navazuje poranění sekundární způsobené hematomem, otokem a ischemií, které může být mnohem závažnější. Následky může zmírnit pouze urgentně provedený operační zákrok. Bezprostředně po poranění míchy nastupuje fáze míšního šoku charakterizovaná vymizením reflexní aktivity, svalovou atonií, případně anestezií. Tato fáze nejčastěji trvá kolem 4 – 6 týdnů. Po jejím odeznění může dojít k nástupu nebo zlepšení hybnosti či citlivosti pod úrovní míšní léze. Obecně lze říci, že pokud se do 2 – 3 měsíců po úrazu neobjeví motorická nebo senzitivní aktivita pod úrovní míšní léze, lze považovat poškození míchy za kompletní. I u těchto pacientů však dochází v průběhu prvního roku po úrazu k významnému funkčnímu zlepšení, i když neurologický nález zůstává nezměněn. U nekompletních míšních lézí pak může docházet v průběhu rehabilitace k významným změnám v neurologickém obrazu. Není výjimkou zlepšení stavu i několik let po zranění (Faltýnková, Kříž, 2012).

4 Zdravotní důsledky a komplikace míšní léze a jejich léčba

Mezi zdravotní důsledky a komplikace míšních lézí a jejich léčby patří respirační komplikace, komplikace kardiovaskulárního systému, nervového systému, gastrointestinálního systému, muskuloskeletárního systému.

4. 1 Respirační komplikace

Jsou nejčastější příčinou úmrtí pacientů s lézí krční a horní hrudní míchy do jednoho roku od úrazu. S vyšší úrovní míšní léze ubývá svalů, které se podílejí na dechovém stereotypu. Negativně se může projevit i přidružené trauma hrudníku či respirační potíže v anamnéze. Výsledkem mohou být poruchy expektorace, atelektázy, bronchopneumonie a respirační insuficience. U pacientů s míšní lézí v úrovni krční páteře se v akutní a postakutní fázi často setkáváme s přechodně zavedenou tracheostomickou kanylou, která umožní odsátí bronchiálního sekretu. Podle potřeby nasazujeme mukolytika či bronchodilatancia, sledujeme saturaci krve O₂, provzdušnění plic, eventuálně zánětlivé markery. Zásadní je intenzivní dechová rehabilitace. Pomocí pasivních a aktivních technik respirační fyzioterapie můžeme zlepšit hygienu dýchacích cest a dechové parametry. Pacienti s vysokou krční lézí jsou trvale ohroženi vznikem respiračních komplikací. (<http://www.paraple.cz/informace/misni-poraneni.html>).

4. 2 Kardiovaskulární systém

U pacientů s poraněním míchy nad šestým hrudním obratlem se může vlivem masivní nevyvážené reflexní sympatické aktivity rozvinout syndrom autonomní dysreflexie (dále jen „AD“). Jedná se o prudké zvýšení krevního tlaku způsobené reflexní vasokonstrikcí při podráždění pod úrovní míšního poranění. Kompenzační bradykardie a vazodilatace, která se může projevit pouze nad úrovní míšní léze, nedokáže krevní tlak normalizovat. Klinickými příznaky jsou kromě záchvatovité hypertenze silná pulzující bolest hlavy, zarudnutí a pocení nad úrovní léze, suchá a bledá kůže pod úrovní léze, neostře vidění a úzkost. Vyvolávající příčina je nejčastěji distenze močového měchýře nebo střeva. Může to být i infekce močových cest, urolitiáza, náhlá příhoda břichní, ale i jiná podráždění, jako jsou popáleniny nebo fraktury, ale také sexuální aktivity. Každý pacient s poraněním míchy nad šestým hrudním obratlem by měl být o rizicích a možných komplikacích AD důsledně poučen a měl by být vybaven kartou se základními informacemi o tomto syndromu.

V současné době se uvádí jako nejčastější příčina úmrtí pacientů v chronické fázi po poškození míchy ischemická choroba srdeční (dále jen „IČS“). Nahradila tak urologické komplikace či dekubity, které díky zkvalitnění léčebné péče ustupují do pozadí (Faltýnková, 2012).

4. 3 Gastrointestinální systém (dále jen „GIT“)

Riziko vzniku peptického či duodenálního stresového vředu je přítomné převážně v akutním stádiu, proto jsou v této fázi preventivně nasazeny antagonisté H₂ receptorů.

Léze horního motoneuronu vede k poruše inervace levé poloviny tračnicku, esovitě kličky a rekta. Výsledkem je prodloužení pasáže s rizikem obstipace. Vhodné je vyprazdňování stolice pomocí vysokých nálevů 500 – 1500 ml 37 °C teplé vody ob den. Alternativou je aplikace bisacodylových čípků, které však umožní pouze vyprázdnění ampuly. Dostatečný pitný režim je pro správnou funkci střev nezbytný. (Sutorý, Wendsche, 2009).

4. 4 Nervový systém

U pacientů s centrální míšní lézí po odeznění míšního šoku nastupuje spasticita. Klinické projevy jsou svalový hypertonus, zvýšené šlachové reflexy, pozitivní iritační pyramidové příznaky, klonus, flexorové a extenzorové spasmy a asociativní motorické poruchy. Spasticita má vliv na veškeré pohybové funkce. Pohyby jsou pomalé, s velkým úsilím, přesuny jsou obtížné, jsou narušeny běžné denní aktivity. V postakutním stádiu se spasticita ovlivňuje různými fyzioterapeutickými technikami a medikamentózně. V chronické fázi je pacient většinou na projevy spasticity adaptován. Ke zmírnění obtíží lze použít antiepileptika v kombinaci s antidepresivy. Vždy je třeba vyloučit jakoukoliv jinou příčinu, což bývá při ztrátě citlivosti velmi obtížné a vyžaduje to využití všech dostupných vyšetřovacích metod (Faltýnková, Kříž, 2012).

4. 5 Muskuloskeletárního systém

Po poškození míchy dochází vlivem ztráty pohybu ke změnám ve složení měkkých tkání a kostí. Ubývá svalové hmoty, která je nahrazena tukem, odvápnují se kosti a vzniká osteoporóza. Vlivem změny postury a pohybových stereotypů dochází často k přetěžování určitých partií a s věkem k rozvoji degenerativních změn.

Osteoporóza

Osteoporóza vzniká v důsledku kostní resorpce, která začíná bezprostředně po úraze a je doprovázena zvýšenou hladinou metabolitů (kalcium, hydroxyprolin) v moči. Hodnoty těchto metabolitů se dlouhou dobu vracejí k normálu (až 1 rok) a dochází tak k postupné adaptaci organismu a ustálení stavu. Hlavním následkem osteoporózy je zvýšené riziko zlomenin z důvodu ubývání kostní hmoty (Kříž, Hyšperská 2009).

Zlomeniny

Nejčastěji vznikají zlomeniny dlouhých kostí na dolních končetinách, a to distálního femuru a proximální tibie. Při léčení zlomenin je vždy třeba myslet na to, že vzhledem ke ztrátě citlivosti na dolních končetinách a horší cirkulaci krve je vysoké riziko vzniku dekubitů, a proto se v žádném případě nedoporučuje sádrová fixace. Samozřejmostí je podávání nízkomolekulárního heparinu pro zvýšené riziko tromboembolické nemoci.

Přetěžování a degenerativní onemocnění

Chronické přetěžování ramenních kloubů s předčasným rozvojem degenerativních změn je charakteristické pro všechny pacienty po míšním poranění odkázané na invalidní vozík. Další přetěžovanou oblastí je loketní kloub. Zvláště záněty úponů flexorových i extenzorových skupin jsou častým problémem aktivních vozíčkářů. Vždy je nutné tyto zánětlivé komplikace správně léčit, aby stav nepřešel do chronicity, kdy se léčba stává svízelnou (Kříž, Hyšperská, 2009).

Ve všech fázích po míšním poranění může vlivem svalové dysbalance docházet k rozvoji svalových a vazivových kontraktur se vznikem deformit. Svůj podíl zde má i spasticita. Během hospitalizace na spinální jednotce (dále jen „SJ“) a spinálně rehabilitační jednotce (dále jen „SRJ“) se intenzivní rehabilitací většinou daří vzniku kontraktur zabránit. V dalším období je však třeba instruovat pacienty ke správné prevenci.

4. 6 Urogenitální systém

Míšňní léze je spojena s poruchou funkce autonomního nervového systému, tedy i poruchou vyprazdňování močového měchýře. Bezprostředně po vzniku míšňního poškození je zaveden permanentní močový katétr (dále jen „PMK“). U mužů představuje dlouhodobé zavedení PMK zvýšené riziko otlaků a následných striktur, proto je vhodné přejít co nejdříve na intermitentní katetrizaci. Pokud je tato metoda z nějakého důvodu odložena, je vhodné zavést suprapubickou epicystostomii (dále jen „EPI“). Metoda intermitentní katetrizace je v současné době nejbezpečnější způsob dlouhodobé derivace moči u neurogenního močového měchýře.

Zejména nemocní s paraplegií nebo kvadruplegií jsou ohroženi celou řadou komplikací, kterým je v následné péči potřeba zabránit. Jedná se zejména o problematiku močové retence a močových infekcí, prevence dekubitů, tromboembolizmu, léčbu bolestí a spasticity. Tato péče je určena spinálním jednotkám, na které se chirurgicky i jinak ošetření a celkově již stabilizovaní pacienti soustředí (Hrabálek, 2011).

Pro snazší katetrizaci močového měchýře paraplegiků například firma Coloplast vyvinula množství praktických pomůcek pro snazší katetrizaci, které popisují v kapitole příslušenství pro pacienty s intermitentní katetrizací.

5 Ošetrovatelská péče u para a kvadruplegiků

Jednou z nejčastějších komplikací, které zkracují život paraplegika, jsou urologické komplikace. Správným přístupem k řešení urologických problémů jsou lékaři schopni prodloužit délku života paraplegiků tak, aby se přiblížila délce života nepostižených. V minulých letech bylo nejčastější příčinou smrti u traumatické léze míšního (dále jen „TLM“) selhání ledvin. Výrazný pokrok v urologické péči však vedl ve zdravotnicky vyspělých zemích v posledních letech k dramatickým změnám v příčinách smrti. Paraplegik se sám musí naučit znát reakce svého těla a rozpoznat příznaky počínající uroinfekce. Jedině tak je možné zahájit včas léčbu a minimalizovat možné následky.

Hlavním tématem bakalářské práce je intermitentní katetrizace močového měchýře u paraplegiků, protože včasné a správné zvládnutí technik vyprazdňování močového měchýře je velmi důležité pro vývoj zdravotního stavu a tím i kvality života osob po poranění míchy. Pokud nejsou tyto techniky správně osvojeny, hrozí častý výskyt uroinfekcí, přílišné roztažení močového měchýře i močovodů, městnání moči v ledvinách, tvorba močových kamenů, atd. Toto téma je pro moji práci stěžejní a ostatním oblastem pak není věnována detailnější pozornost.

Ošetrovatelská péče u paraplegiků se v základech neliší od ošetrovatelské péče u jiných nepohyblivých pacientů. Zvláštní pozornost vyžadují funkce, které pacient na podkladě svého onemocnění, tj. ochrnutí dolní poloviny těla, necítí nebo nedovede vykonávat - vyprazdňování moče a stolice.

Základní ošetrovatelská péče spočívá ve sledování a měření fyziologických funkcí a bolesti, v celkové hygieně, prevenci dekubitů, výživě pacienta, péči o psychiku, péči o vyprazdňování stolice a moči, komunikaci, edukaci pacienta a rehabilitaci.

5. 1 Hygiena pacienta

Spočívá v omývání pacienta na posteli, celkové koupeli ve vaně nebo sprchování. Neméně důležitá je péče o vlasy a nehty, péče o dutinu ústní, péče o kůži a hygiena ložního a osobního prádla. Na pracovištích, kde je dostatečné technické vybavení je vhodné u pacienta využít vodní masáže a mikromasáže sprchou nebo speciálně vybavenou vanou pro vodní masáže pro zlepšení prokrvení kůže a podkoží.

5. 2 Prevence dekubitů

Porušená integrita (celistvost) kůže je častým jevem u klientů s poruchou aktivní hybnosti, zvláště těch s ochrnutím nebo poškozením či onemocněním míchy nebo mozku. Rozhodující roli hraje ztráta nejen volní hybnosti, ale i schopnosti cítit tlak, bolest, teplo, chlad, polohu ochrnutých končetin, kdy právě informace z receptorů v kůži, ve svalech, šlachách nemohou být mozkiem zpracovány a vyslat signál k obranné aktivitě. Tato situace přímo nahrává vzniku dekubitů a pacient se stává rizikovým pro vznik proleženiny. Dekubit je velkou komplikací zasahující do soběstačnosti pacienta, sociálních vztahů a ovlivňuje celkovou kvalitu života (Faltýnková, 2011).

Všeobecná sestra provede posouzení rizika vzniku dekubitu (podle Nortonové, Waterlowova nebo Bradenové). Aby mohla všeobecná sestra zvolit nejefektivnější plán léčby dekubitů, nejprve provede posouzení rány a určí stupeň dekubitu. (Vorlíček, Abrahámová & Vorlíčková, 2012).

5. 3 Výživa pacienta

Většina pacientů po poranění páteře nepotřebuje dodržovat žádnou speciální dietu. Při příjmu pacienta počítá sestra BMI (tělesný hmotnostní index) a dle tabulek hodnotí nutriční skóre. U všech pacientů je nutné sledovat bilanci tekutin. Dohlžíme na dostatečný příjem tekutin a snažíme se pacienta vhodně motivovat ke spolupráci.

Výživu dělíme na enterální a parenterální.

Enterální výživa má proti parenterální různé výhody, a proto ji dle možnosti dáváme přednost. Enterální výživu aplikujeme bolusově při zavedené nasogastrické sondě, nebo kontinuálně při zavedené jejunální sondě. Při enterální výživě dochází méně často ke komplikacím a je podstatně méně nákladná proti parenterální. Předpokládáme-li, že bude nutno živit pacienta dlouhodobě, nebo podávání sondou bude trvat déle než tři týdny, pak dáváme podle zvyklosti pracoviště přednost perkutánní endoskopické gastrostomii - PEG. Dnes se téměř výlučně do sond používají komerční přípravky, např. Nutrison.

U parenterální výživy je výhodou, že lze podávat živiny v přesně zvoleném množství a rychlosti, a tím dosahujeme rychlejší úpravy metabolických poruch. V současné době je již parenterální výživa bezpečnější také například tím, že jsou k dispozici různé roztoky živin, např. roztoky Clinomel all-in-one (Jirků & Kyriánová, 2006).

5. 4 Bolest

Bolest je častým jevem provázejícím poranění míchy a setkáváme se s ní jak v akutní, tak i v chronické fázi. Bolest zjistíme přímým dotazováním a pro lepší orientaci měříme pravítkem bolesti v pravidelných intervalech. Bolest vede k prohloubení stresu a zhoršení spolupráce pacienta. Na bolest musíme reagovat. Někdy stačí změnit polohu, správně napolohovat končetiny, i rozhovor s pacientem působí úlevu. Pokud bolest přetrvává, je nutné podávat analgetika.

U paraplegiků i kvadruplegiků se mohou objevit fantomové bolesti, které jsou vnímány jako úporná bolest, křeče, mravenčení, parestézie, teplo, chlad, změny polohy a pohybu končetin (Koloušková, 2012).

5. 5 Péče o psychiku

Míšní poranění je velmi závažné, často život ohrožující a ve většině případů vedoucí k trvalým následkům pro tělesné a duševní zdraví. Léčba pacientů po poranění míchy je dlouhodobá, nákladná a většinou nepřináší pacientovi to, co od ní očekává - úplné uzdravení. Rozhodující význam pro další život pacienta má ovšem jakékoliv, byť sebemenší zlepšení funkce postižených svalových skupin či autonomního nervového systému (Kříž, Chvostová, 2009).

Velmi důležitý je individuální přístup ošetřovatelského personálu. Pacient se nesmí litovat. Napomáháme mu, aby se vyrovnal s daným stavem. Pomáháme mu v nácviku sebeobsluhy a samostatnosti. Aktivně pacienta zapojujeme do ošetřovatelské péče. Nabízíme stálou komunikaci s personálem, se spolupacienty a s rodinou. Nezapomínáme pacienta motivovat do dalšího života mimo zdravotnické zařízení.

5. 6 Vyprazdňování stolice

Vyprazdňování patří mezi základní biologické potřeby člověka. Funkce střev je ovlivněna sympatickým a parasympatickým nervovým systémem. Při poruše míchy převáží parasympatikus a dojde k hypotonii až atonii.

Funkční poruchy střev se dělí na reflexní (spastické) střevo a ochablé střevo.

Reflexní (spastické) střevo – při lézi nad sakrálními segmenty se rozvíjí spastická forma plegie a vzniká obraz reflexního střeva bez možnosti volné relaxace zevního svěrače s následnou retencí stolice. Spojení mezi míchou a střevem zůstává zachováno.

Ochablé střevo – při lézi ve výši sakrálních segmentů vzniká chabý obraz plegie, chybí peristaltický reflex. Zevní sfinkter má nízký tonus. Důsledkem je pomalý pohyb stolice a velké riziko inkontinence pro hypotonický zevní sfinkter.

5. 7 Péče o vyprazdňování moče

Poranění míchy provázejí poruchy vyprazdňování močového měchýře. Špatné vyprazdňování močového měchýře vede k rozšíření horních močových cest, zpětnému toku moči do ledvin či vzniku infekce, což ohrožuje ledvinu. Cílem urologické léčby je normalizace močení a ochrana ledvin. Zhoršení funkce ledvin je největším rizikem u pacienta s míšním postižením, který přežil prvních šest měsíců od úrazu (Balounová, 2011). Je důležité pacienta naučit vyprazdňovat se metodou intermitentní katetrizace. Pacienti se cévkují sami čtyřikrát až šestkrát denně – mají tak kontrolu nad vlastním močovým měchýřem a získávají zpět sebejistotu. Nemusí nosit trvale zavedenou permanentní močovou cévku nebo objemné vnější urologické pomůcky, což jim dodává sebeúctu a zlepšuje duševní rozpoložení. Účinné a kompletní vyprazdňování močového měchýře zabraňuje výskytu močových infekcí a chrání ledviny.

5. 8 Komunikace a edukace pacienta

Svěráková (2012, str. 24) ve své publikaci uvádí, že: „Účinná a správně provedená edukační činnost sestry nemůže spočívat pouze v předání určitého penza informací. Sestra se musí soustředit především na to, aby společně s pacientem připravila edukační program, který pacientovi usnadní uskutečňování změny chování. Aktivní spoluúčast pacienta na tvorbě edukačního programu je zárukou dobré spolupráce obou subjektů. Tu považujeme za nezbytnou.“

6 Rehabilitace

Spinální program v České republice byl vytvořen pro zajištění kontinuální a komplexní péče o pacienty po poranění míchy. Jeho vývoj trval několik desetiletí a předcházela mu složitá jednání odborných společností, Ministerstva zdravotnictví, pojišťoven a zdravotnických zařízení. Výsledkem bylo v roce 2002 vydání Metodického opatření Ministerstva zdravotnictví, které ustanovilo síť pracovišť zajišťujících péči o spinální pacienty v různých časových obdobích po míšním poranění (Faltýnková, Kříž, 2012).

Kříž, Chvostová (2009, str. 143) uvádějí ve své publikaci, že: „Spinální program, tak jak je v České republice zaveden, zajišťuje rehabilitaci v délce 6 – 9 měsíců.“

Šámal ve svém výzkumu z roku 2006 (str. 30) uvádí, že: „Jeich zkušenosti ukazují, že vznik specializovaných center pro poranění páteře a míchy byl správným krokem ke zlepšení komplexní péče o nemocné, včetně problematiky urologické. U pacientů s neurogenními poruchami dolních močových cest byla před vznikem spinálních jednotek urologická péče často nevyhovující nebo žádná. Jejich celoživotní dispenzarizace je stejně důležitá jako akutní a časná fáze urologické péče.“

V současné době je stále nedostatek dostupné a zároveň kvalitní návazné fyzioterapeutické a ergoterapeutické péče pro vozíčkáře s poškozením míchy v místě bydliště (Faltýnková, 2011).

Rehabilitaci dělíme na rehabilitaci při hospitalizaci na spinální jednotce, rehabilitaci v rehabilitačním ústavu a na rehabilitaci v následném období.

Rehabilitace při hospitalizaci na spinální jednotce

Celá léčebná rehabilitace v časném stadiu po poškození míchy je záležitostí vysoce specializované mezioborové spolupráce. Lékařská spolupráce mezi neurologem, urologem, spondylochirurgem a dalšími odbornými lékaři má za cíl stabilizovat akutní stav klienta a připravit ho pro aktivní fyzioterapii a ergoterapii. V popředí této rané rehabilitační péče je tzv. rehabilitační ošetřovatelství, které má za cíl předcházet komplikacím jako jsou dekubity, kontraktury atd., především prostřednictvím polohování a šetrné ošetřovatelské péče (<http://www.paraple.cz/informace/rehabilitace.html>).

Rehabilitace v rehabilitačním ústavu

Jedná se o mezioborový proces. Jde především o dosažení funkční zdatnosti a trénink nových pohybových dovedností potřebných v každodenním životě. Zdokonaluje se mobilita klienta ve vozíku, jedná se o výběru pomůcek pro domácí prostředí. V této fázi je také nezbytné kvalitní sociální poradenství, které mimo jiné klientům pomůže se získáváním příspěvků na péči, pomůcky, úpravy domácnosti a mnohé další (<http://www.paraple.cz/informace/misni-poraneni.html>).

Rehabilitace v následném období

Jedná se např. o rehabilitační pobyt v Centru Paraple, o ambulantní rehabilitaci v místě bydliště nebo o pobyt v jiném rehabilitačním zařízení. Přesahují sem cíle rehabilitace ze všech předchozích stádií. Obtížným článkem z hlediska mezioborové spolupráce je zde komunikace a vzájemné předávání informací mezi ošetřujícími lékaři v místě bydliště a specialisty ze spinálních jednotek. Také je nezbytné nalézt vhodného lékaře-specialistu

(urologa, gynekologa apod.) v místě bydliště a zajistit si systematickou fyzioterapii ambulantního typu (<http://www.paraple.cz/informace/misni-poraneni.html>).

7 Urologická péče o pacienta s poraněním míchy

Jak jsem již zmínila v předešlých kapitolách, inkontinence je jednou z mnoha komplikací provázející pacienty po poranění míchy. Mnozí z nás si plně neuvědomují, jaké mohou mít poruchy močení negativní následky na kvalitní a plnohodnotný život.

Intermitentní katetrizace je metodou první volby u pacientů, kde není možná fyziologická evakuace obsahu močového měchýře spontánní mikcí nebo kde dochází k nedokonalému vyprázdnění močového měchýře s následným vysokým objemem zbytkové moči - reziduem. Způsobů, jak ji provádět, je několik, můžeme volit variantu sterilní, čisté, non-touch techniky, můžeme volit různé druhy katétrů, lubrikantů, volíme individuální frekvenci katetrizace.

Urologická péče o pacienta s poraněním míchy musí začít bezprostředně po úraze, popřípadě po resuscitaci. Základem urologické péče je přiměřená katetrizace močového měchýře zavedením permanentního katétru, případně epicystostomie (Faltýnková, Kříž, 2012).

Základní opatření musí směřovat k prevenci uroinfekce. Urodynamické vyšetření posuzuje funkční stav dolních močových cest při arteficiálním plnění močového měchýře. Napodobuje reálný stav uskladnění a vyprázdnění moči z dolních močových cest.

Pacient s poškozenou míchou nemá pocit nucení na močení. Proto se musí naučit způsob, jak se vymočit. Pokud se nenaučí ovládat močení, bude mu moč unikat nekontrolovatelně. Zhruba za dva měsíce po úraze se provede urodynamické vyšetření a podle výsledků se dále režim upravuje. Úkolem rehabilitace je naučit pacienta reflexnímu močení (tzv. automatický měchýř). Pokud se nenaučí úplně vyprázdnit močový měchýř, bude trpět opakovanými uroinfekcemi.

Léčba neurogenního močového měchýře zahrnuje farmakologii, operační léčbu, elektrostimulační léčbu, čistou intermitentní katetrizaci, sběrné sáčky a ve většině případů je „šitá na míru“. Hlavním důvodem intermitentní katetrizace je snaha o snížení výskytu, případně úplnou eliminaci nejčastějších komplikací při trvalé katetrizaci - uroinfekce.

U mužů po centrální míšní lézi se rozvíjí porucha sexuálních funkcí. Účinná léčba erektilní dysfunkce je pomocí inhibitorů PDE-5. Anejakulace se řeší arteficiální ejakulací (vibrostimulace, elektroejakulace, TESE) a oplození oocytů partnerky probíhá metodou asistované reprodukce. Doporučujeme časný odběr spermií (rok po úraze), zamražení a uchování ve spermabance. U žen po poškození míchy není snížena schopnost otěhotnět. Do několika měsíců od úraze se obvykle obnoví menstruační cyklus. Ženy po poranění míchy jsou také schopné sexuálního styku, prožití orgasmu však bývá kvalitativně jiné, než před úrazem (Faltýnková, Kříž, 2012).

7. 1 Historie

Potíže spojené s únikem moči nejsou pouze nepříjemným problémem současných generací, ale vyskytovaly se již v dávné minulosti. V každém časovém období se názory a přístup společnosti k řešení těchto obtíží značně lišil.

Použití katétrů k evakuaci močového měchýře je známo již ze starého Egypta a ze staré Číny, kde se ke katetrizaci využívaly lakované stvoly rostlin *Allium*. Po celý starověk a středověk se v Evropě používaly katetry vyrobené ze stříbra, neboť bylo měkké, dobře ohebné a navíc se stříbru připisovaly antiseptické účinky (Schoener, Guggenbichler,

Lugauer, Regenfus, 1999). O racionálním jádru použití stříbra svědčí i to, že se dodnes ve snaze snížit pravděpodobnost bakteriální kolonizace velmi tenkým stříbrným filmem potahují například centrální venózní katétry (Bach, Eberhardt, Frick, 1999).

Od druhé poloviny 19. století se začínají využívat katétry vyrobené ze surového kaučuku, a to zejména ve Francii. Moderní éra jejich využití se datuje do čtyřicátých let 20. století a je spojena se jménem Ludwiga Guttmanna (1899-1980). Tento německý neurolog musel před nacistickým režimem odejít v roce 1939 do britského exilu. Zde začal pracovat v Stoke Mandeville Hospital, kde byli léčeni britští vojáci s míšním poraněním. V té době stále ještě platilo, že 95 % pacientů po míšních lézích umíralo během prvního roku po zranění, a to většinou v souvislosti s urologickými komplikacemi. Guttmann zavedl v tomto zařízení revoluční změny v léčebných metodách a ošetrovatelské péči. Jako první pochopil plně souvislost mezi vysokou mortalitou těchto pacientů a dysfunkcemi močových cest a začal doporučovat evakuaci močového měchýře pomocí intermitentní katetrizace (Guttmann, Frankel, 1966). Výsledkem bylo dramatické snížení mortality a morbidity.

V 70. letech minulého století pak začal Lapidés prosazovat myšlenku čisté intermitentní katetrizace. Dle jeho názoru má vyšší frekvence intermitentní katetrizace větší význam, než její striktně sterilní provádění, jak původně doporučoval Guttmann (Lapidés, Diokno, Silber, Lowe, 1972).

McGuire v 80. letech začal intermitentní katetrizaci kombinovat s farmakologickým útlumem detruzoru v léčbě širokého spektra pacientů s neurogenními dysfunkcemi dolních cest močových. U nás intermitentní katetrizaci zavedl a široce zpopularizoval prof. Tomáš Hanuš (Hanus, 1983).

V současné době je užití intermitentní katetrizace široce etablováno, tvoří jeden z pilířů terapie neurogenních dysfunkcí dolních močových cest a postupně začala být využívána i v terapii některých non-neurogenních mikčních dysfunkcí (Hanus, 2005).

7. 2 Volba derivace moči

Rozhodujícím faktorem je výsledek urodynamického vyšetření a v úvahu přijde intermitentní katetrizace, reflexní mikce, suprapubická epicystostomie, PMK, kondomová drenáž, pleny nebo operační metody (Sutorý, Wendsche, 2009).

Reflexní mikce, močení břišním lisem

Reflexní močení využívá sevření močového měchýře vyvolaného poklepem zevní hrany ruky na podbřišek (Credé). Dojde-li ke stahu detruzoru, musí se spasmus sfinkteru překonávat tlakem pěstí do podbřišku. Někteří pacienti se „uvolňují“ tím, že si strčí prst do konečníku. Sfinkter se povoluje, stahy hladkého svalstva stačí, aby se pak měchýř vyprázdnil. Ve většině případů se pak jedná o močení s účastí různě vyjádřené detruzorem sfinkterické dysynergie provázené močovým reziduem a různou mírou močové inkontinence. Proto tento způsob už nedoporučujeme (Sutorý, Wendsche, 2009).

Epicystostomie nebo suprapubická drenáž

Punkce močového měchýře přes stěnu břišní se zavádí dočasně. Tuto metodu nelze využít při úrazu v malé pánvi a těhotenství. Nutná je pravidelná kontrola a dezinfekce místa vpichu a fixace drénu. U této metody je zvýšené riziko infekce, vzniku konkrementu a krvácení (Balounová, 2011).

Kondomová drenáž

Speciálním kondomovým urinálem či upraveným prezervativem je moč jímána do sběrného sáčku. Urinály mají obvykle tvar kondomu, v jehož špičce je umístěna odvodná hadička, do které je napojena koncovka klasického sběrného sáčku. Z urodynamického hlediska je tato drenáž vhodná pouze u malého procenta inkontinentních pacientů (Sutorý, Wendsche, 2009).

Pleny

Pleny jsou jednoznačně negativním řešením, zvyšují teplotu genitálu, způsobují nebezpečí vzniku opruzení, kladou zvýšené nároky na hygienu. Vedou k pomnožení bakterií a kvasinek a tím k častějšímu výskytu močových a gynekologických infektů. Z urodynamického hlediska je jejich indikace stejná jako u kondomů tj. úniky u sníženého tlaku svěračových struktur.

Intermitentní katetrizace

Technika byla popsána výše. Je to základní metoda derivace moče (autokatetrizace). Sterilita katétru a pomůcek přitom nehraje zásadní roli. Chronický močový infekt po zavedení intermitentní katetrizace ve většině případů spontánně vymizí. Důležité je zavádění katétru v takových intervalech, při kterých nedojde k přeplnění močového měchýře. Je jednoznačně považována za nejefektivnější metodu derivace moči (Balounová, 2011).

7. 3 Intermitentní katetrizace

Předpokladem pro zavedení léčby intermitentní katetrizací je celková dobrá kondice nemocného a možnost dostatečné edukace a spolupráce s nemocným. Dalším předpokladem je adekvátní jemná motorika rukou tak, aby nemocný byl schopen uchopit katétr a zavést jej do močové trubice. Není-li toto možné, můžeme využít variantu katetrizace druhou osobou, která o nemocného pečuje. Volně průchodná močová trubice, dostatečná denní stabilizovaná diuréza jsou nutnými předpoklady pro úspěšně realizovanou katetrizaci (Baumová, 2009).

Pacienti indikováni k intermitentní katetrizaci jsou poučeni lékařem a vyškoleným středním zdravotnickým personálem. Během pobytu na specializovaných spinálních jednotkách, v rehabilitačních ústavech nebo specializovaných urodynamických poradnách jsou edukováni a zaškoleni v technice intermitentní katetrizace. Katetrizace musí být šetrná, v případě problémů je nutné vyhledat urologa.

7. 3. 1 Techniky intermitentní katetrizace

V současnosti lze při používání intermitentní katetrizace používat sterilní techniku, čistou techniku - v praxi se s ní můžeme setkat pod zkratkou ČIK (čistá intermitentní katetrizace), nebo non-touch techniku.

Všeobecně je přijímáno schéma, kdy v nemocničních a rehabilitačních zařízeních s větším výskytem nozokomiálních infekcí je aplikována technika sterilní katetrizace, kdy při každé katetrizaci používáme nový katétr, sterilní rukavice, desinfekci k očištění zevního ústí močové trubice, sterilní lubrikant. Jako dezinfekční přípravek můžeme použít Octenisept, Betadine nebo jinou ekonomicky výhodnější dezinfekci.

Při katetrizaci čistou technikou si pacient pouze omyje ruce a zevní ústí močové trubice teplou vodou a mýdlem, nemusí mít sterilní lubrikant. Katétr může být zaveden v poloze vleže nebo vsedě na vozíku či na toaletě. Lékař nebo sestra musí klienta správně poučit, jak zavést katétr a ujistit se, že měchýř je kompletně vyprázdněný. Tato metoda je vhodná pouze v případě, že ji pacient může provádět sám nebo má trvalou asistenci. Má zajištěný pravidelný přísun katétrů. Cévkování je prováděno každé 3–4 hodiny, a místnost určená pro cévkování je dostatečně čistá. Je třeba přísně dodržovat hygienické podmínky ČIK, umývat si ruce a genitálie před každým cévkováním. Každý katétr smí být použit pouze jednou.

Čistá intermitentní katetrizace (dále jen „ČIK“) močového měchýře má dnes již své pevné místo v léčbě dysfunkcí dolních močových cest a je považována za „zlatý standard“ při umělém odvodu moče z močového měchýře samostatně pacientem nebo nelékařským zdravotnickým pracovníkem (Wilson, 2015).

Kompromisem mezi čistou a sterilní technikou je non-touch technika, která je vhodná pro některé klienty. Jde o způsob, kdy se v domácím prostředí snažíme přiblížit zásadám sterility. Před zahájením katetrizace opět umýváme ruce a genitál teplou vodou a mýdlem, můžeme použít dezinfekci na ústí močové trubice, používáme na každé cévkování nový katétr, který během katetrizace uchopíme za prostřední část obalu tak, aby nedošlo k jeho kontaminaci. Je vždy na zvážení urologa, kterou techniku katetrizace pacientovi doporučí (Kojecký, 2014).

Obecně trváme na hojném používání lubrikantu u mužů, u žen je možnost využití lubrikantu individuální. Nejčastěji se používá Mesocain gel 20 gramů nebo Instilagel. Někdy se doporučuje aplikace přímo do močové trubice, neboť při zavádění katétru do uretry zůstávají 2/3 lubrikantu v oblasti zevního ústí. Některým nemocným je doporučováno užívání hydrofilních potažených katétrů, které významně snižují riziko traumatizace uretry a riziko vzniku infekce.

7. 3. 2 Komplikace

Výskyt komplikací v souvislosti s intermitentní katetrizací je poměrně nízký, jedná se především o infekce močových cest, poranění močové trubice a vzácně striktury (zúžení) uretry. Infekty močových cest jsou u intermitentně se cévkujících nemocných poměrně časté, je přesto nutné mít na zřeteli, že výskyt infekcí u nemocných s permanentním katétretem nebo epicystostomií je o více než polovinu vyšší. Při zavádění intermitentního katétru může dojít k poranění uretry různého stupně závažnosti.

Nemocní jsou při edukaci poučeni, že nikdy při zavádění katétru do močového měchýře nesmějí překonávat jakýkoliv odpor v močové trubici. Ke vzniku via falsa, tedy vzniku falešné cesty, dochází častěji u mužů, a to v oblasti bulbární (vztahující se k prodloužené míše) a membranózní uretry. Doporučuje se založit na 3 až 4 týdny permanentní katétr CH 14 až 16 a současně podávat antibiotickou terapii. Striktury močové trubice jsou další možnou komplikací, jejich výskyt však není příliš častý. Jsou řešeny optickou uretrotomií (chirurgické rozšíření močové trubice prováděné při jejich strikturách).

Infekce močového měchýře

Pro předcházení vzniku infekce je vhodné dostatečně pít 2500-3000 ml tekutin za den a pravidelně vyprazdňovat močový měchýř, aby náplň nepřesáhla maximální kapacitu, která je asi 400 ml. Omytí genitálií před cévkováním a po každé stolici, mytí rukou před

cévkováním a udržování pomůcek k cévkování v čistotě musí patřit k základním hygienickým návykům. S příznaky infekce musí být každý pacient seznámen. V případě, že se necítí dobře, má bolesti, zimnici a teplotu, moč je zakalená nebo má růžovou barvu a zapáchá, musí navštívit lékaře.

7. 3. 3 Příslušenství pro pacienty s intermitentní katetrizací

Společnost Coloplast vyvinula množství praktických pomůcek pro snazší katetrizaci:

- Zrcátko pro ženy, které umožňuje snáze lokalizovat vstupní místo pro zavedení katétru.
- Držák na prádlo „pantler“, speciální pomůcka k přichycení spodního prádla nebo kalhot během katetrizace.
- Držák na katétr, který pacientům se sníženou motorikou usnadňuje držení katétru (Coloplast SpeediCath, 2011). Viz příloha B.

ČIK je jednoduchá technika vyžadující spolupráci nemocného. Nenarušuje sexuální funkce, zajišťuje adekvátní evakuaci měchýře. Při této metodě odpadá nutnost antibiotického zajištění. Při správně prováděné katetrizaci lze v dlouhodobém horizontu dosáhnout ochrany horních močových cest, kontinence a tím zlepšení kvality pacientova života (Kusyová, 2010).

7. 4 Současná legislativa a úhrady - pravidla pro preskripci, úhradové limity

Většina lidí s poškozením míchy trpí určitým stupněm inkontinence a potřebuje pomůcky řešící individuální problém. Odborný lékař (urolog, neuro-urolog), u nějž je spinální pacient dispenzarizován, je povinen písemně informovat praktického lékaře o stupni inkontinence pacienta (3 stupně) a o druhu a množství používaných pomůcek (na základě výsledku urodynamického vyšetření). Pomůcky mohou být předepisovány na dobu tří měsíců (jeden druh pomůcky), kombinovat lze pomůcky dle Metodiky pojišťovny (Faltýnková, Kříž, 2012). V případě hospitalizace nebo pobytu v odborných léčebnách pojišťovna tyto pomůcky nehradí.

Od 1. 4. 2012 vstoupil v platnost zákon č. 369/2011 Sb. (kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění), který umožňuje 100% úhradu katétrů pro muže i ženy za následujících podmínek:

- Katétr pro intermitentní katetrizaci - potahovaný - max. 150 ks/měsíc v limitu 7.500 Kč (předepsaný urologem, schválený revizním lékařem)
- Katétr pro intermitentní katetrizaci - nepotahovaný - max. 150 ks/měsíc v limitu 2.300 Kč (předepsaný urologem, schválený revizním lékařem)

Do této doby byly hrazeny potahované katétrů pouze mužům.

Přes snahu urologa o racionální preskripci existují takzvaní „nadlimitní“ pacienti, kteří potřebují vyšší počet katétrů než je schválený limit od zdravotní pojišťovny. Individuální jednání s pojišťovnami bývají často neúspěšná, řešení problému je proto „výzvou“, mimo jiné i pro Sekci urodynamiky a neuroulogie České urologické společnosti ČLS J. E. Purkyně (Zachoval, 2015).

7. 4. 1 Typy katétrů a jejich hrazení pojišťovnou

Pacient má možnost zvolit si z několika typů katétrů. Existují nepotažené sterilní močové cévky, které vyžadují aplikaci sterilního lubrikačního gelu. Dále potažené sterilní močové cévky, které je nutno aktivovat – zvlhčit zpravidla vodou (v tomto případě pak není zachována sterilita) nebo lubrikované sterilní močové cévky, které jsou uchovávány ve vlhkém prostředí a které před použitím nepotřebují již další aktivaci či přídavnou manipulaci.

Jednorázové močové katétrů pro čistou intermitentní katetrizaci jsou předepisovány urologem a jsou hrazeny ve výši 75 % z aktuální ceny pro konečného spotřebitele.

Potažené jednorázové katétrů v maximálním množství 150 kusů za měsíc (resp. 450 kusů na 3 měsíce) podléhají schválení revizním lékařem a nejsou ze zdravotního pojištění hrazeny u žen a dívek starších 15 let.

Jsou hrazeny:

- Dětským pacientům
- Pacientům s dysfunkcí močových cest s fyziologickým či patologickým neurologickým nálezem (např. roztroušená skleróza, stavy po cévních mozkových příhodách) bez omezení věku
- Pacientům po kontinentních náhradách močového měchýře či augmentacích měchýře s napojením na močovou trubici (ortotopický měchýř) bez omezení věku
- Plegikům všech věkových kategorií, kde jsou pacient či jeho asistence schopni manipulovat s cévkou
- U starších rizikových mužů s benigní hyperplazií prostaty či poruchou vyprazdňování jiného původu s obtížným vyprazdňováním, kde je intermitentní katetrizace vhodnější alternativou trvalé močové cévky
- Nepotažené jednorázové katétrů v maximálním množství 150 kusů za měsíc (450 kusů na 3 měsíce), podléhají schválení revizním lékařem a jsou hrazeny:
 1. Pacientům s dysfunkcí močových cest s fyziologickým či patologickým neurologickým nálezem
 2. Pacientům po kontinentních náhradách močového měchýře či augmentacích měchýře bez napojení na močovou trubici se suprapubickým vyústěním
 3. Ženám s myogenním selháním detruzoru k docévkování reziduální moče, nebo v případech retence jak neurogenního tak non-neurogenního původu

Kromě standardních PVC katétrů jsou dnes dostupné katétrů, jejichž povrch je opatřen hydrofilní smáčivou vrstvou. Použití hydrofilních katétrů nemá vliv na kolonizaci močových cest a symptomatickou bakteriurii, ale významně snižuje počet epizod symptomatické infekce

(<http://www.zelenahvezda.cz/pacientska-sekce/p-inkontinence/intermitentni-mocove-katetrizace-techniky-a-moznosti-hrazeni-pojistovnou>).

7. 5 Certifikovaný kurz pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Certifikační kurs je podle § 61 zákona č. 96/2004 Sb., primárně určen k získání zvláštní odborné způsobilosti pro úzce vymezené zdravotnické činnosti, které prohlubují získanou odbornou nebo specializovanou způsobilost. Certifikovaným kurzem však nelze nahradit získání odborné nebo specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Katetrizace močového měchýře mužů je v § 55 vyhlášky č. 55/2001 Sb. uvedena mezi činnostmi předpokládanými pro výkon práce všeobecné sestry se specializací pro intenzivní péči, aniž by byl vyžadován další zvláštní kvalifikační předpoklad.

Náplní kurzu je získání a prohloubení teoretických znalostí a praktických dovedností, kterými všeobecná sestra získává odborné teoretické i praktické vědomosti a dovednosti pro provádění intermitentní katetrizace a katetrizace močového měchýře muže.

Vzdělávací program je akreditován Ministerstvem zdravotnictví České republiky v rámci celoživotního vzdělávání a po jeho úspěšném dokončení získává absolvent určený počet kreditních bodů, dle délky trvání kurzu.

Cílem certifikovaného kurzu je příprava nelékařských zdravotnických pracovníků (všeobecných sester) pro speciální úseky činnosti a kompetence, pro které absolventi získávají zvláštní odbornou způsobilost, včetně vymezení činností, které jsou nutné pro speciální práci všeobecných sester pracujících v přednemocniční, nemocniční nebo domácí péči. Absolvování kurzu „Intermitentní katetrizace v ošetrovatelské péči“ poskytuje účastníkům ucelený komplex teoretických znalostí a praktických dovedností v oblasti problematiky ošetrovatelské péče o pacienta s potřebou intermitentní katetrizace, katetrizace močového měchýře se zaměřením na praktický nácvik autokatetrizace a provádění katetrizace močového měchýře u muže, sestavení plánu ošetrovatelské péče a edukační činnosti u katetrizovaného pacienta.

Akreditované zařízení vydá certifikát na tiskopisu poskytnutém ministerstvem na základě žádosti akreditovaného zařízení po úspěšném absolvování certifikovaného kurzu. Certifikát má platnost pro Českou republiku. V certifikátu jsou uvedeny činnosti, k nimž absolvent certifikovaného kurzu získal zvláštní odbornou způsobilost v rozsahu vzdělávacího programu (§ 61 odst. 3), včetně vymezení činností, které jsou poskytováním zdravotní péče. Tyto činnosti musí být shodné s činnostmi uvedenými v programu akreditovaném Ministerstvem zdravotnictví. Absolvováním certifikovaného kurzu zdravotničtí pracovníci nebo jiní odborní pracovníci získávají zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené zdravotnické činnosti, které prohlubují získanou odbornou nebo specializovanou způsobilost.

V České republice se pořádají certifikované kurzy v těchto zařízeních:

- Fakultní nemocnice Ostrava
- Fakultní nemocnice v Motole
- Fakultní nemocnice Plzeň
- Univerzita Karlova v Praze 3. lékařská fakulta
- Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (Brno)
- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Podmínky pro přijetí do kurzu:

- Vzdělání v oboru všeobecná sestra, dětská sestra nebo zdravotnický záchranář
- Kopie Osvědčení o odborné způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu všeobecné sestry, zdravotnický záchranář (Roušalová, 2015)

Certifikovaný kurz pro nelékařské zdravotnické pracovníky upravuje Metodický pokyn k přípravě a realizaci vzdělávacího programu certifikovaného kurzu.

7. 6 Virginia Avenel Hendersonová

Vzhledem k tomu, že mojí osnovou empirické části je model dle Virginie Avenel Hendersonové, dovoluji si přiblížit její život, publikace a definici ošetřovatelství. Viz příloha C.

Virginia Avenel Hendersonová (1897 – 1996) byla americká ošetřovatelka, která rovněž kladla důraz na vysokoškolské vzdělání a je autorkou definice moderního ošetřovatelství.

Americká sestra se narodila v Kansasu City ve státě Missouri v USA. Studovala vojenskou ošetřovatelskou školu ve Washingtonu a absolvovala v roce 1921. V roce 1922 začala pracovat jako učitelka ošetřovatelství na protestanské ošetřovatelské škole při nemocnici v Norfolku ve státě Virginia. V roce 1932 získala na Kolumbijské univerzitě titul bakalářky a o dva roky později titul magistry. Jako profesorka působila na Kolumbijské a Yalské univerzitě. Zemřela v roce 1996 v hospici v Connecticut a na svém skromném náhrobku má nápis, že je tvůrkyně ošetřovatelství.

Kladla velký důraz na vědeckou práci a od roku 1959 řídila projekt Nursing Studies Index, kdy byl vytvořen index ošetřovatelské literatury (přehled hlavních publikací od roku 1900). Za svou vědeckou práci získala sedmkrát čestný doktorát. V roce 1985 byla oceněna cenou ICN. Byla čestnou členkou mnoha ošetřovatelských společností a akademií (například Japonsko, Irsko).

V roce 1926 vydala publikaci „Základní principy ošetřovatelství“ a jako první zavedla do ošetřovatelství analytický proces. V roce 1929 vynikly v USA první snahy o vytvoření „řízené péče.“ V roce 1939 byla vydána učebnice principů a praxe v ošetřovatelství „Textbook of the Principles and Practise of Nursing“, která obsahuje známou definici ošetřovatelství, kterou ale v průběhu života ještě upřesnila: „Jedinečnou úlohou sestry je pomáhat nemocnému nebo zdravému jedinci provádět činnosti, které přispívají k jeho zdraví, návratu zdraví nebo ke klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebné schopnosti, vůli nebo vědomosti. A dělá to tak, aby mu pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti.“ V roce 1960 vydala publikaci „Základní principy ošetřovatelské péče“, která byla přeložena do 30 jazyků (Kutnohorská, 2010).

Empirická část

8 Cíl práce

Bakalářská práce má jeden hlavní a pět dílčích cílů.

Hlavním cílem práce je zjistit kvalitu života paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře.

Cílem jednotlivých rozhovorů je zjistit stav kvality života i subjektivní hodnocení paraplegiků s intermitentní katetrizací.

Dílčí cíle:

1. Zjistit specifické potřeby ve výživě a způsob péče o své zdraví paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře
2. Zjistit specifické potřeby ve vyprazdňování u paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře
3. Zjistit specifika v potřebě spánku, odpočinku a důležitost aktivity a cvičení u paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře
4. Zmapovat otázku sebeúcty, sexuality a zvládání stresových situací paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře
5. Zjistit důležitost životních hodnot a víry u paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře

9 Metodologie a vzorek respondentů

Pro dosažení cílů bakalářské práce jsem jako techniku sběru dat pro kvalitativní výzkumné šetření zvolila rozhovor, jehož podkladem pro vypracování struktury položených otázek byl ošetřovatelský model Virginie Avenel Hendersonové. Více se o Hendersonové zmiňuji v závěru teoretické části.

Rozhovory s respondenty byly pro účely zveřejnění výsledků anonymizovány a obsahovaly převážně otevřené otázky, neboť cílem provedených rozhovorů bylo zjistit subjektivní vnímání respondentů, paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře. Otevřené otázky tak nabízely prostor pro vlastní vyjádření a respondenti nebyli nijak omezováni předem stanovenými odpověďmi.

První část rozhovoru byla věnována zjišťovacím otázkám vztahujícím se ke zdravotnímu stavu a výživě. Další část rozhovoru se týkala vylučování, aktivit jedince, spánku, vnímání, sebekoncepci, mezilidských vztahů, sexuality, zvládání stresových situací a vnímání životních hodnot. Více jsem se zaměřila na otázky ohledně vylučování moče a hlavně jak metoda ČIK ovlivnila kvalitu života respondentů.

První část rozhovoru (péče o své zdraví paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře ze) byla věnována zjišťovacím otázkám vztahujícím se k zdravotnímu stavu a výživě a vedla ke splnění cíle č. 1.

Druhá část rozhovoru (zjistit specifické potřeby ve vyprazdňování u paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře ze struktury rozhovoru) byla věnována zjišťovacím otázkám vztahujícím se k otázkám ohledně vylučování a vedla ke splnění cíle č. 2.

Třetí část rozhovoru (zjistit specifika v potřebě spánku, odpočinku a důležitost aktivity a cvičení u paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře struktury rozhovoru) byla věnována zjišťovacím otázkám vztahujícím se k otázkám ohledně spánku, odpočinku, aktivity a cvičení a vedla ke splnění cíle č. 3.

Čtvrtá část rozhovoru (zmapovat otázku sebeúcty, sexuality a zvládání stresových situací paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře ze struktury rozhovoru) byla věnována zjišťovacím otázkám vztahujícím se k otázkám vnímání, sebekoncepce, sebeúcty, sexuality, stresu a zvládání zátěžových situací a vedla ke splnění cíle č. 4.

Pátá část rozhovoru (zjistit důležitost životních hodnot a víry u paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře - ze struktury rozhovoru) byla věnována zjišťovacím otázkám vztahujícím se k víře, přesvědčení, životním hodnotám jedince a vedla ke splnění cíle č. 5.

9. 1 Charakteristika respondentů

Pro svoji práci jsem si vybrala tři respondenty, muže, dva tetraplegiky a jednoho paraplegika. U všech došlo k poranění páteře následkem úrazu. Cíleně jsem vybrala respondenty, kteří se minimálně dva roky intermitentně katetrizují v domácím prostředí. Jako další kritérium pro výběr jsem zvolila muže v produktivním věku, protože mají největší zastoupení mezi pacienty s poraněním páteře. Respondenti byli z různých měst České republiky.

9. 2 Organizace výzkumného šetření

V empirické části jsem použila kvalitativní šetření pomocí rozhovorů z důvodu užšího kontaktu s respondenty. Data jsem získala pozorováním a rozhovory s respondenty. Odpovědi pak byly zaznamenávány elektronickou formou v notebooku pomocí poznámek do předem připravené tabulky s otázkami.

Po neformálním úvodu, setkali jsme se v Centru Paraple, byli respondenti seznámeni s metodikou sběru dat a s tématem bakalářské práce. Respondenti byli ujištěni, že poskytnutá data budou využita pouze pro účel bakalářské práce a že bude zachována jejich anonymita. Poté podepsali souhlas se zpracováním osobních údajů (originál žádosti o zpracování osobních údajů - viz příloha D). Formuláře se souhlasy jsou k dispozici k nahlédnutí. Tyto souhlasy jsou uloženy v zalepené obálce u mě jako autorky práce.

Kontakt na respondenta pana B. jsem získala přes jeho manželku, která je mojí kolegyní v práci. Rozhovory probíhaly na základě přání klientů v oddělené části společenské místnosti v Centru Paraple, kde jeden z respondentů, pan A. právě absolvoval týdenní rehabilitační pobyt. Pan B., který také často navštěvuje rehabilitační centrum jako pacient, přišel navštívit svého kamaráda. Rozhovory se uskutečnily v prosinci roku 2015. S třetím respondentem panem C. jsem se sešla v Centru Paraple 14. března roku 2016. Kontakt na tohoto respondenta jsem získala od pana B. Rozhovor probíhal také v oddělené části společenské místnosti Centra Paraple. Každý rozhovor trval asi devadesát minut a probíhal ve velice přátelském duchu. Struktura rozhovorů (viz příloha E). Souhlas z Centra Paraple nebyl nutný, protože společenská místnost je volně přístupná pro veřejnost. Respondenti si nepřáli nahrávat rozhovor, jen dali souhlas s písemným záznamem rozhovoru.

10 Respondent 1

Identifikační údaje nemocného:

Oslovení: pan A.

Věk: 50 let

Rodinný stav: ženatý

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Povolání: majitel restaurace s pivnicí

Národnost: česká

Kontaktní osoba: manželka, synové

Nynější onemocnění:

Pacient po subluxační zlomenině C6 - C7 s inkompletní lézí míšního segmentu C7 v roce 2001 (autonehoda). Spastická tetraparesa vpravo, plegie pravé dolní končetiny. Stabilizace a fixace C6 - C7 v roce 2001. Následně podstoupil rehabilitaci v Kladrubech, Karviné, Centru Paraple, Jablonci nad Nisou a v dalších rehabilitačních zařízeních na doporučení neurologa.

Rodinná anamnéza:

- matka: Karcinom střev, ICBS
- otec: DM II. typu – na dietě
- 2 synové: zdraví

Abúzus: cigarety 5 -10 denně po dobu 15 let

Alergická anamnéza: senná rýma

Farmakologická anamnéza: do úrazu bez medikace, nyní Mirtazapin Sandos 15 mg (antidepresivum)

Sociální anamnéza: ženatý, žije s manželkou v domě 6 + 1, přístup do domu bezbariérový.

Antropometrické údaje:

- Hmotnost: 115 kg
- Výška: 183 cm
- BMI: 34,34 -(obezita I. stupně 30,0 -34,9)

Klient s neurogenním močovým měchýřem, který třináct let volil metodu mechanického vyklepávání močového měchýře. Před dvěma lety přistoupil na radu svého ošetřujícího urologa na metodu ČIK, 4-6 krát denně z důvodu velkého rezidua močového měchýře. Při režimu ČIK má záněty močových cest dvakrát ročně.

Fyzikální vyšetření:

Pan A. je při plném vědomí, orientován, spolupracuje, mobilní s pomocí vozíku, anikterický, bez dušnosti, cyanózy, normohydratace, obezita I. stupně BMI: 34,34 -

(obezita I. stupně 30,0 -34,9), afebrilní, bez dušnosti, bez známek akutního infektu. Dolní končetiny má plegické, bez známek tromboembolické nemoci.

Subjektivní hodnocení pozorovatelem

Pan A. je člověk, z něhož na první pohled vyzařuje energie. Ačkoliv si sám někdy sem tam posteskuje, že nemůže chodit, působí na mě tak, že je se svým hendikepem smířen. Během rozhovoru jsem zjistila, že se katetrizace dlouho bál a léta se jí bránil. K myšlence autokatetrizace ho nakonec přivedl jeho urolog, když problémy s močením překročily únosnou mez a vyklepávání močového měchýře už nestačilo. Po dvou letech praktikování autokatetrizace je spokojen a říká, že lituje, že nezačal tuto techniku používat mnohem dřív. Pan A. je velmi společenský, má mnoho zájmů, aktivit a úkolů v rodinném podniku, takže mu na nějaké zabývání se sebou samým nezbývá čas. Těší se, až předá rodinný podnik synům a bude se věnovat jen manželce. Dle mého názoru mu úraz nevzal chuť do života.

11 Respondent 2

Identifikační údaje nemocného:

Oslovení: pan B.

Věk: 60 let

Rodinný stav: ženatý

Vzdělání: vyučen

Povolání: kuchař, pokrývač, nyní v plném invalidním důchodu

Národnost: česká

Kontaktní osoba: manželka

Nynější onemocnění:

Pacient po subluxační zlomenině L1 - L3 v roce 2005 (pád ze střechy). Reziduální paraparéza DK. Stabilizace Th 12 - L3. Následně podstoupil rehabilitaci v Kladrubech. Inkontinence moči a stolice, neurogení močový měchýř.

Rodinná anamnéza: dosud nezjištěna žádná vážnější onemocnění

Abúzus: 1974 - 1999 kouřil až 60 denně, nyní nekouří

Alergická anamnéza: Amoksiklav, Cotrimaxazol

Farmakologická anamnéza do úrazu bez medikace, nyní:

- Citalec 20 mg tbl. 1 -0 -0 (antidepresivum)
- Batmiga 50 mg tbl. 1 -0 -0 (spasmolytika)

Sociální anamnéza: ženatý, žije s manželkou v domě 5 + 1, přístup do domu bezbariérový.

Antropometrické údaje:

- Hmotnost: 89 kg
- Výška: 178 cm BMI: 28,09 - (nadváha 25,0 -29,9)

Pacient s neurogením močovým měchýřem na režimu ČIK 5-6krát denně šest let. Při režimu ČIK momentálně dlouhodobě bez zánětu. Dříve záněty i dvakrát měsíčně

Operace: říjen 2005 - laparoskopická revize cysty pravé ledviny, listopad 2012 - resectio renis l. sin transperitonealis, prosinec 2012 - nephrectomia transperitonealis l. dx.

Dle kontrolního CT 12/2015 – vpravo bez lokální recidivy, vlevo recidiva v oblasti mediálního hrotu, v porovnání s předchozím vyšetřením se recidivující tumorové ložisko mírně zvětšilo. Zvažována operační revize. Panu B. je doporučen postup rentgenologické vizity - tedy včasná revize ledviny s pokusem o reresekci solitární ledviny vlevo, v případě, že technicky nebude reresekce možná, bude nutná dialyzační léčba. Pacient odmítá odnětí ledviny. Informován o rizicích konání včetně rozvoje onemocnění do inoperabilního nebo nevléčitelného stavu. V případě ponechání nálezu hrozí riziko úmrtí na onkologické, tohoto času léčitelné onemocnění. Po dohodě je pan B. léčen alternativní léčbou po dobu třech měsíců.

Fyzikální vyšetření:

Pan B. je při plném vědomí, orientován, spolupracuje, mobilní s pomocí vozíku či omezeně s berlemi. Je přiměřené výživy, hydratace je v normě, bez ikteru a cyanózy, bez dušnosti, BMI: 28,09 (nadváha 25,0 -29,9), afebrilní, bez známek akutního infektu. Dolní končetiny má plegické, atonické bez známek tromboembolické nemoci.

Subjektivní hodnocení pozorovatelem

Pan B. se objektivně liší od dalších dvou respondentů závažností svého zdravotního stavu a z toho plynoucích omezení. V otázkách své budoucnosti je pesimistický, čemuž se ovšem vzhledem k diagnóze zhoubného nádoru ledviny nelze divit. V prvních okamžicích našeho rozhovoru jsem ho vnímala jako vyrovnaného a velice veselého člověka. Po otázkách, u kterých jsem se začala více ptát na „intimnější“ věci, svou „masku“ veselosti odložil a z jeho projevu jsem zřetelně cítila strach a obavy o budoucnost. Během rozhovoru jsem zjistila, že si stále vyčítá svůj úraz, který si způsobil pádem ze střechy. Vnímá svůj úraz tak, že jím způsobil utrpení nejen sobě, ale i své manželce a svým blízkým.

12 Respondent 3

Identifikační údaje nemocného:

Oslovení: pan C.

Věk: 48 let

Rodinný stav: rozvedený, žije s přítelkyní

Vzdělání: střední s maturitou

Povolání: před úrazem - seřizovač CNC strojů, dnes - operátor bezplatné linky.

Národnost: česká

Kontaktní osoba: přítelkyně

Nynější onemocnění:

Pacient po subluxační zlomenině poranění C5 – C7 páteře s inkompletní lézí míšního segmentu C - 7 v roce 2005 (autonehoda- mikrospánek). Kvadruplegie, úplné ochrnutí dolních končetin, částečné ochrnutí horních končetin, citlivost mírně zachovaná ze spodní strany obou horních končetin.

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Abúzus: cigarety ne, alkohol velice příležitostně

Alergická anamnéza: dosud nezjištěna žádná

Farmakologická anamnéza: bez medikace

Sociální anamnéza: žije s přítelkyní v bytě 3 +1, přístup do domu bezbariérový

Antropometrické údaje:

- Hmotnost: 75 kg
- Výška: 170 cm
- BMI: 25,95 – (nadváha 25,0 -29,9)

Klient s neurogením močovým měchýřem, který se čtvrtý měsíc po úraze učil metodu ČIK v rehabilitačním centru Kladruby, od té doby na metodě ČIK 5 -7krát denně. Při režimu ČIK má záněty močových cest dvakrát ročně.

Fyzikální vyšetření:

Pan C. je při plném vědomí, orientován, spolupracuje, mobilní s pomocí vozíku, bez dušnosti, cyanózy, normohydratace, BMI: 25,95 - (nadváha 25,0 -29,9), afebrilní, bez známek akutního infektu. Dolní končetiny má plegické, bez známek tromboembolické nemoci.

Subjektivní hodnocení pozorovatelem

Pan C. byl při rozhovoru uvolněný a přátelský. Říká, že se nikdy nespříčí s tím, že je na vozíku, ale ví, že bez něj neudělá ani krok. Myslím si, že mu hodně pomáhá víra a i to, že je sám k sobě přísný a hned se nevzdává. Během rozhovoru jsem zjistila, že ačkoliv je pan C. na vozíku, tak díky své snaze o soběstačnost překonává svou chuť do života leckteré zdravé lidi bez hendikepu.

13 Rozhovory s respondenty

Jako první odpovídal na otázky pan A. pak pan B. a nakonec pan C.

1 Výživa a metabolismus

1. Myslíte si, že vaše strava je vyvážená? (máte v potravě dostatek bílkovin, vitamínů, minerálu, ovoce, zeleniny?)

A.: „Byl jsem dvakrát na pobytu o správném životním stylu, vím jak na to, ale ne vždy se mi daří.“

B.: „Přes týden se stravuji sám, co si uvařím to si potom sním. Jídlo je opomíjené. Nevyváženou stravu mám přes týden a o víkendu se snažím jíst vyváženě, manželka mi vaří a peče, nemůžu po ní chtít, aby mi po práci ještě vařila. Stravovací návyky si bereme od dětství, z domova a z jídelen. No, a mimo to, co je vyvážená strava? Víte, kolik to stojí? Myslím ovoce, zelenina a maso? Fůru peněz a já mám jen invalidní důchod.“ Odpovídá tichým hlasem.

C.: „Nepočítám to, zda je vyvážená. Mám normální stravu.“

2. Máte nějaké oblíbené jídlo?

A.: „Celkově mám rád českou kuchyni, snažím se jíst vyváženou stravu, můj problém je sladké jídlo, to si neodpustím.“ Usměje se.

B.: „Špagety dle receptu své matky, která žila v Itálii.“ Zamyšleně hledí do dále.

C.: „Jím všechno.“

3. Kolikrát denně jíte? (máte i noční „nálety“ na ledničku?)

A.: Se smíchem dodává: „Jím pětkrát denně, v noci nemám pocit útočit na ledničku.“

B.: „Noční nálety už nemám, kromě snídaně jím 1-2krát přes den, ale večer už moc nejím. Vstávám po desáté hodině a snídám rohlíky s něčím. Pak si dám něco teplého nebo studeného, pak přijde manželka z práce a dáme si něco spolu.“

C.: „V noci nejím. Mám tři až čtyři normální porce - snídaní, oběd, večeři, někdy jím i pětkrát za den, ale malé porce, ne velké.“

4. Sníte vždy celou porci nebo jíte po částech? (např. sním půlku porce, za půl hodiny dojím.)

A.: „Jsem vychován postaru a sním celou porci, pokud není moc velká.“

B.: „Celou porci sním, byl jsem takhle vychován.“ Souhlasně kýve hlavou.

C.: „Sním celou porci.“

5. Jaké množství tekutin cca denně vypijete? A co máte / pijete nejraději?

A.: „Piju 2,5 -3,0 l tekutin, hlavně vodu, čaje, přírodní šťávy, pivo, kávu, víno.“

B.: „Vypiju 2 -3 l tekutin. Kdybych mohl tak řezaný pivo, tak jedno na oslavu. Teď holduju bylinným čajům - upřednostňuju kořen pampelišky, chutná mi ta nahořklá chuť. Zkusila jste to?“ Povytahuje obočí. „Rád si dám Espresso s mlékem, ale to pak říkám manželce, že zlobím. Zrovna jsme si koupili kávovar se ženou k vánocům, tak to občas neodolám.“ Lehce zamrká.“

C.: „Nejraději mám vodu se sirupem a vypiju tak kolem dvou litrů za den, ale je to málo, já vím.“ Říká s provinilým úsměvem.

6. Preferujete určitý druh jídla nebo kuchyně?

A.: „Jím všechno.“

B.: „Nemám vyhraněnou kuchyni, ale mám rád dobrý jídlo.“

C.: „Ne, upřednostňuji českou kuchyni.“

7. Užíváte nějaké náhradní výživové látky nebo vitamínové preparáty?

A.: „Hlavně v zimních měsících užívám doplňky stravy i vitamíny.“

B.: „Ne, co já vím, neužívám nic.“

C.: „Ne nic takového.“

8. Jakou máte kůži? (suchou, mastnou, citlivou...).

A.: „Po úraze mám kůži suchou, hlavně v místech pod výškou léze.“

B.: „Mám mastnou kůži, suchou, v místech pod výškou léze. Nohy mám studený jako led.“

C.: „Na rukou a nohách mám suchou kůži, promazávám si jí tělovým krémem.“

9. Máte nějaké kožní defekty? Poranění? Hojí se Vám rány dobře nebo obtížně?

A.: „Nemám žádné defekty, člověk se musí hodně hlídat, protože se rány hojí velmi pomalu a komplikovaně.“ Říká smířeně.

B.: „Na ochrnutých částech těla se rány hojí špatně, používám přírodní preparáty - konopná mast, dělaná doma, která funguje. Ta z krámu není ono, co si do masti dám, to vím jen já.“ Dodává se smíchem.

C.: „Občas když je to suchý tak to praskne, ošetřím to Betadinou a je to pak dobrý.“

10. Jaký je Váš stav vlasů, nehtů?

A.: „Vlasy docela vypadávají, nehty jsou křehké a lámou se.“ Kouká se na své nehty.

B.: „Vlasy mám normální, mám jeden centimetr krátký sestřih, tak nemůžu moc hodnotit. Nehty, mám vroubkované, ale to mám delší dobu, ale nepiluju je, když jsou bez deformací.“

C.: Říká: „Vlasy a nehty mám v pořádku. Nemám s nimi problém.“

11. Máte vlastní chrup?

A.: „Mám paradentózu a částečnou náhradu.“

B.: „Ano, mám pusou plnou svých zubů.“ Usměje se.

C.: „Ano.“

12. Kolik vážíte? Kolik měříte?

A.: „115 kilo, 183centimetrů.“

B.: „90 kilo, 170 centimetrů.“

C.: „75 kilo, 170 centimetrů.“

Pan A. byl dvakrát na pobytu o správném životním stylu, ví, jak by se měl správně stravovat, ale ne vždy se mu daří, aby jeho strava byla denně plnohodnotně vyvážená. Má rád českou kuchyni, ale jak sám přiznává, miluje sladké a to si těžko umí odepřít. Stravuje se pětkrát denně, sní celou porci, pokud není moc velká. Denně vypije 2,5 – 3,0 l tekutiny, hlavně vodu, čaje, přírodní šťávy, pivo, kávu, víno. V zimních měsících užívá doplňky stravy a vitamíny. Kůže po úraze má suchou, hlavně v místech pod výškou léze. Nemá žádné defekty, musí se hodně hlídat, protože se mu rány hojí velmi pomalu a komplikovaně. Vlasy mu vypadávají, nehty jsou křehké a lámou se. Má paradentózu a částečnou náhradu chrupu. V posledních měsících si drží stejnou váhu 115 kg, ví, že má obezitu I. stupně, rád by zhubl, ale po nemoci mu to teď moc nejde.

Pan B. provádí osobní hygienu obvykle ráno, večer mu pomáhá manželka. Je upravený, vlasy má umyté, krátce zastřižené, vousy upravené. Nehty krátké, čisté. Kůže nejeví známky dehydratace ani hyperhydratace. V posledních měsících si drží svojí váhu, chuť k jídlu má dobrou. Obvykle jí třikrát denně a sní celou porci. Má rád dobré jídlo, nepreferuje žádnou národní kuchyni. Denně vypije 2-3 l tekutin hlavně vodu, bylinné čaje a občas slabou kávu. Žádné vyrážky nebo alergie pan B. na kůži momentálně nemá, dle jeho slov se mu na ochrnutých částech těla špatně hojí rány, na případná poranění používá přírodní preparáty. Nemá zubní protézu, chrup má zdravý, sanovaný.

Pan C. nemá žádnou vyhraněnou dietu, jí vše a upřednostňuje českou kuchyni. Stravuje se čtyřikrát až pětkrát denně a jí menší porce. Nemá žádné oblíbené jídlo, a jak uvádí: „Jí všechno.“ Denně vypije 2 litry, a jak sám uvádí, je si vědom toho, že by měl vypít víc tekutin. Nemá žádné defekty na kůži, suchou pokožku má na ruce a na nohou. Chrup má zdravý.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

1. Jak vnímáte svůj zdravotní stav a životní pohodu?

A.: „*Jako každý jiný člověk, patří to již k mému životu. Jsem manžel, otec, děda, bratr, strýc atd.*“

B.: „*Samozřejmě kriticky, vzalo mi to jisté žití, nemám práci, nemůžu nic... není to pozitivní... Potřebuju sponzora na vrata, na dálkové ovládání, aby se mi sama otevírala.*“

C.: „*Nevím, co na to mám odpovědět. Cítím se dobře, v rámci možnosti, vše u mě ovlivňuje momentální zdravotní stav plus komplikace.*“

2. Jakým způsobem pečujete o své zdraví?

A.: Uvážlivě prohlašuje: „*Vedle toho, že musím vést podnik (restauraci s pivnicí), musím pečovat a své zdraví. Pohyb, pravidelné kontroly moči, rehabilitace, tělo je více háklivé na prochlazení, v létě mám problém s termoregulací.*“

B.: Odkášlává si. „*Batmiga proti vnitřním spazmům, rakytník, různé bylinky.*“

C.: „*V rámci zdravotního stavu pečuji o sebe normálně, vitamíny užívám jen přírodní.*“

3. Jaký je Váš momentální zdravotní stav?

A.: „*Momentálně jsem po zánětu močových cest a po chřipce čtrnáct dní antibiotika, zároveň čtrnáct dní rehabilitace v Centru Paraple. Čeká mě kontrola prostaty, kontrola apnoe a poruch spánku. Jinak se cítím docela dobře.*“

B.: Smutně odpovídá: „*Rakovina ledvin. Na hovno.*“

C.: „Momentálně jsem zdravý, kromě vozíku se cítím dobře.“

4. Jaký je Váš vztah k současným aktivitám (práci) a jaké máte plány do budoucna?

A.: „Hlavní náplní mého života je nyní práce, starost o rodinu, jsem novopečený dvojnásobný děda, plánuji do budoucna předání podniku svým synům, abych se více se svou ženou mohl věnovat i nám dvěma.“

B.: Na moment se zamyslí: „Handbike, vyhrabat se z rakoviny.“

C.: „Nevím, co Vám mám na to odpovědět. Práci mám dobrou, nevím, co mám měnit. Budoucnost neřeším, řeším přítomnost. Mám hodnou přítelkyni, mám práci, co víc ještě k tomu mám dodat.“

5. Uvědomujete si rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem?

A.: Tichým hlasem dodává: „Uvědomuji, ale zatím nejsem schopen to okamžitě změnit.“

B.: „Ano, uvědomuji si, co může pak přijít. Rakovina je v podvědomí všech lidí brána jako nemoc, která zabíjí.“

C.: „Ano uvědomuji si je.“

6. Myslíte si, že pečujete o své zdraví dostatečně?

A.: „Snažím se, ale určitě mám velké nedostatky v péči, věk člověk nezastaví a stále se objevují nové a nové problémy.“

B.: „Neznám jiné. Dle mého názoru ano, ale nejsem lékař. Myslím si, že dostatečně.“

C.: „Snažím se, jestli dostatečně nebo ne nevím, ale snažím se.“

7. Dodržujete aktivity, které podporují Vaše tělesné a duševní zdraví?

A.: „Snažím se hýbat, koupil jsem si handbike, snažím se stýkat s lidmi, které mám rád, čas od času divadlo, kino.“

B.: „Snažím se sportovat, jsem uvězněn ve zlatém hnízdě, nemám dostatečně finančních prostředků na to, abych si nechal udělat výjezdovou rampu z baráku, žiju na vsi.“

C.: „Snažím se v rámci možnosti, aby tělo fungovalo.“

8. Dodržujete lékařská a ošetřovatelská doporučení a následnou péči v případě nemoci?

A.: „Myslím, že ano, snažím se řídit pokyny lékařů.“ Lehce pokyvuje hlavou.

B.: „Ano.“

C.: „Ano, chodím na pravidelné kontroly na urologii.“

Pan A. před úrazem nikdy vážněji nestonal. Svůj zdravotní stav a životní pohodu po úraze vnímá dle svých slov jako každý jiný člověk, patří to už k jeho životu. Je manžel, otec, děda, bratr, strýc atd. Uvědomuje si, že vedle toho, že musí vést podnik - restauraci s pivnicí, musí víc pečovat o své zdraví. Hlavní náplní jeho života je nyní práce a starost o rodinu. Je novopečený dvojnásobný děda a plánuje do budoucna předání podniku svým synům, aby se mohl více věnovat své ženě. Pravidelné kontroly moči a rehabilitaci bere jako samozřejmost každodenního života. Jeho tělo je více „háklivé“ na prochlazení, v létě má problémy s termoregulací. Snaží se o své zdraví pečovat, ale ví, že má v této oblasti velké nedostatky. Dle jeho slov: „Věk člověk nezastaví a stále se objevují nové a nové problémy.“ Snaží se hýbat, koupil si handbike a stýká se s lidmi které má rád, čas od času

navštíví divadlo, kino. Momentálně je po zánětu močových cest a po chřipce, čtrnáct dní byl na rehabilitaci v Centru Paraple, kde užíval antibiotika. Čeká ho kontrola vyšetření prostaty, kontrola spánkové apnoe a poruch spánku. Jinak se cítí docela dobře. Dodržuje lékařské a ošetrovatelské doporučení a snaží se řídit pokyny lékařů. Pan A. je plně informován o své diagnóze a přeje si, aby mu nebyly zatajovány žádné informace. Během rozhovoru působí velmi příjemně, s jasnou představou o budoucnosti.

Pan B. nemá žádné dietní omezení. Snaží se co nejvíce pečovat o své zdraví, ale po oznámení recidivy rakoviny ledvin si velice uvědomuje svůj zdravotní stav a závažnost svého onemocnění a jeho komplikace i možnost úmrtí nesmrtelnost. Dle doporučení lékaře a léčitele užívá Batmigu proti vnitřním spazmům, rakytník a různé bylinky. Sportuje a účastní se závodů na handbiku, když mu to jeho finance dovolí.

Pan C. se s přihlédnutím ke svému zdravotnímu stavu cítí dobře. O své zdraví pečuje, dle svých slov normálně, užívá jen přírodní vitamínové doplňky. Je spokojen se svou prací, v osobním životě je mu oporou přítelkyně. Chodí na pravidelné kontroly na urologii.

Během rozhovoru působil velmi vyrovnaným a spokojeným dojmem.

2 Vylučování

1. Trpíte zácpou?

A.: „Někdy částečně, chodím jednou za 2-3 dny.“

B.: „Ano, střevo je ochrnuté. Každý den odchází stolice průběžně, jednou za čas po pivu černém nebo řezaným jdu za 2-3 dny. Velké vyprázdnění je za 7-14 dní. Mám líné střevo, tak mi to aspoň, říkala rehabilitační sestra v Kladrubech.“

C.: „Ne netrpím.“

2. Používáte obvyklého postupu při vyprazdňování nebo užíváte projímadla?

A.: „Vyprazdňuji se samovolně, někdy s lehkou mechanickou dopomocí.“

B.: „Projímadla velmi zřídka.“ Odkašlává si.

C.: „Žádný projímadla nepoužívám. Chodím jednou, dvakrát za den pravidelně. Jsem tak naučený. Předtím než jsem se to takhle naučil se mi stávala nehoda, no jak to říct, jsem se pokakal.“

3. Máte potíže nebo poruchu při vyprazdňování?

A.: „Většinou nemám, ale proces trvá půl hodiny až hodinu.“

B.: „Ano trpím zácpou.“ Přikyvuje.

C.: „Možná při stolici, těžko se odhaduje čas.“

4. Máte nějaké problémy s materiálem cévek (kvalitou) nebo desinfekcí? Jakou?

A.: „Nemám problém.“

B.: „Ne.“

C.: „Kvalita cévek je dobrá, desinfekci nepoužívám.“

5. Jaké cévky preferujete?

A.: „Preferuji Coloplast.“

B.: „Gelové Coloplast, je to jednodušší, kvůli už danému gelu na cévce.“

C.: „Gelový od Coloplastu, jsou v zeleném obalu, používám jen cévku a širokou nádobu a tak se cévkují a v noci mám bažanta a tak se do něj vycévkuji.“

6. Máte nějaké problémy s autokatetrizací – např. technické?

A.: „Dokážu se vycévkovat kdekoli.“

B.: „Ne, občas se trefit.“

C.: „Problémy normálně nemám. V létě mívám problémy, záněty močového měchýře. Nevím kdy a jak, nevím proč, ale v létě když je 40 stupňů, tak se tělo přehřívá a tak mám zánět a neumím zchladit tělo. Nefunguje mi termoregulace.“

7. Jak zvládáte psychicky samocévkování ? (např. frustrace...)

A.: „To trvalo několik měsíců, nyní už problém nemám.“

B.: „Už ne tolik jako ze začátku, cévkování na veřejnosti je nepříjemné.“

C.: „Dobře.“

8. Nebolí vás něco během autokatetrizace?

A.: „Většinou ne, někdy však je cévkování nepříjemné, třeba při špatném navlhčení nebo jiném posedu.“

B.: „Ne, je to ochrnuté a necitlivé.“

C.: „Ne, nebolí mě nic. Nemám problém se zavedením, posunutím ani vyndáním katétru. Tělo si zvyklo bez problému. Zaplať pámbůh, tohle mi funguje dobře.“

9. Míváte záněty močových cest? A jak často?

A.: „Mívám 2 -3krát ročně, ale já se cévkují teprve dva roky.“

B.: Říká uvážlivě: „Batmiga to zachránila, už nemám záněty tolik jako dříve, ale mívám záněty i dvakrát měsíčně. Momentálně jsem dlouhodobě bez zánětu. Nevím, zda je to Batmigou nebo bylinkovými čaji.“

C.: „Asi tak dvakrát za rok.“

10. Máte dostatek cévek na měsíc, a když ne, jak řešíte tento problém?

A.: „Pět cévek na den nestačí skoro nikomu, musíme neustále žebrot.“ Uvádí lehce rozčileným hlasem.

B.: „Málo, občas dokupuji sám, někdy pomůže rodina.“

C.: Říká rozhněvaným tónem hlasu: „Ne, podle doktora mám mít pět cévek na den, ale já potřebuji sedm cévek na den. Sháním je po domluvě s Centrem Paraple, kde se snaží mi cévky doplnit anebo je sháním po kamarádech. Jo, nadlimitní pacient, od toho se všichni odvracejí. Zkoušeli jsme to v Budějovicích s mojí přítelkyní a domluvili jsme si schůzku s revizním lékařem. I když jsme měli domluvenou schůzku, a lékař věděl, že přijedeme, tak tam nebyl a raději dával od toho ruce pryč. Nikdo s tím nechce nic mít, a pokud žádám cévky navíc, tak mi řeknou, abych si cévky koupil sám. Na urologii mi třeba dali velikost cévky 10, ale ty jsou slabé a jde to pomalu. Ale jedině tam mi pomůžou a dají, co potřebuji. Lékaři tvrdí, že limit cévek je pro mě na den dostačující.“

11. Váš největší problém u cévkování? (hygiena, zázemí...).

A.: „Přivítal bych jednotnou desinfekci na ruce i přirození.“

B.: „Problémem bývá hygiena a mimo domov nedostatek soukromí. Všechny potřeby mám u sebe v batohu. A když mi dojde desinfekce, tak jdu někam k umyvadlu a v těchto podmínkách si zavedu opatrně cévku jen tak.“

C.: Říká: „Žádný, když se mi chce čůrat, tak jdu a neřeším to. Najdu si takové místo, abych měl soukromí. Když chci, tak do dvou až tří minut se jdu vyčurat.“

12. Jak podle Vás ovlivnilo cévkování kvalitu Vašeho života?

A.: „Je to sice nepříjemné, ale člověk si zvykne. Od doby, co se samocévkují, se výrazně snížil počet zánětu a uroinfekcí. Ve srovnání s plenami, které jsem dříve používal, je to obrovský kvalitativní skok kupředu. Teď mi stačí jen malá inkontinenční vložka.“

B.: „Zvykl jsem si, jinak si to už nedokážu představit. Dříve jsem hodně trpěl na záněty.“

C.: „Trochu mi to vadí, ale je to jediná možnost, jak se vymočit. Předtím jsem měl krátce permanentní katétr, pak pleny. Nešlo odhadnout množství a čas, kdy se mi bude chtít jít vyčurat. Postupem času se to srovnalo. V Kladruších mi řekli, že to pro mě bude vhodné. Tam jsem také odkoukal od ostatních vozíčkářů posed, postup a vše potřebné. Trvalo mi tři měsíce, než jsem se naučil pořádně techniku. Nevěřím tomu, že se to někdo naučí za den. Určitě záleží na postižení, je to prostě individuální. Ale katetrizace je daleko lepší než permanentní katétr. Každému kdo může, bych doporučil samocévkování.“

13. Jaký největší problém pociťujete, když jste mimo domov a musíte se cévkovat?

A.: „Úroveň některých sociálních zařízení není dobrá.“ Říká odevzdaně.

B.: „Je to pro mě obrovský problém, tam kam jdu, musí být záchod, desinfekci musím mít stále při sobě. Ne všude jsou čisté takové záchody, a někdy jsem bohužel nucen se vycévkovat před ostatními na toaletě. Není mi příjemné, když mám potřebu se vyčurat a jsem na veřejnosti, tak se musím se vycévkovat, i když jsou tam děti.“

C.: „Nemám problém, můžu se cévkovat v autě, ale neřídím při tom. Jsem na to docela pyšný, protože v autě, kde je málo místa, to zvládne málokdo. Když navštívím bezbariérové toalety, tak jsem zatím nikde neměl problém.“

14. Jak pociťujete Vy sám Vaší volbu samocévkování a jak to přijala Vaše rodina? Máte pocit, že Vás dostatečně podporuje?

A.: „Je to nutnost, zvyknete si. Rodina nemá problém.“

B.: „Podpora je velká, vůbec jim to nevadí. A když jsem na návštěvě, tak nemají vůbec problémy. Na návštěvě u bratrance se mi stalo, že jsem neměl dostatek cévek. Tak jsme sedli do auta a zajeli do lékárny, sice jsme zaplatili třitisícepětset korun, ale v danou chvíli pro mě bylo důležitější, že jsem mohl zůstat na návštěvě.“

C.: „Po úraze jsem zůstal sám, teď mám hodnou přítelkyni, nevadí jí to, nemá s tím žádný problém.“

15. Jak dlouho se samocévkujete (kolik let)?

A.: „Dva roky.“

B.: „Šest let.“

C.: „Devět let určitě, možná devět a půl roku.“ Potřásl souhlasně hlavou.

16. Co bylo impulsem k samocévkování?

A.: „Já jsem se vyklepával, ale ke konci používání této metody mi zůstávalo v měchýři velké množství zbytkové moči, to mě donutilo se cévkovat.“

B.: „Záněty močového měchýře.“

C.: Dodává: „V Kladrubech to takhle měli, jakmile to jde, začnete to používat. U permanentního katétru si myslím, že je více zánětů. Jezdíte s pytlíkem, je to lepší bez něj. Jste takový svobodnější.“

Pan A. trpí zácpou částečně, chodí na stolicí každé 2-3 dny. Vyprazdňuje se samovolně, někdy s lehkou mechanickou pomocí (drážděním konečníku). Při vyprazdňování potíže většinou nemá, ale proces trvá půl hodiny až hodinu. Vyprazdňování močového měchýře provádí metodou ČIK 5-6krát denně, dva roky. Klient se rozhodl k samocévkování po třinácti letech manuálního vyklepávání močového měchýře, kdy mu zůstávalo v měchýři velké množství zbytkové moči. Na doporučení svého ošetřujícího urologa se začal samokatetrizovat. Z počátku samocévkování psychicky špatně snášel, ale nyní už v této oblasti nemá problém. Dle svých slov se dokáže vycévkovat kdekoliv. Při autokatetrizaci necítí bolest, ale někdy je cévkování nepříjemné (při špatném navlhčení, jiném posedu atd.). Záněty močových cest mívá 2-3krát ročně. Je informován, že při známkách uroinfektu, by měl vyhledat lékaře. Někdy používá plenu. Preferuje cévky od firmy Coloplast, s jejich kvalitou a složením materiálu je spokojen. Přivítal by jednotnou desinfekci na ruce i přirození. Samocévkování je nutnost, na kterou si zvykl, bere to jako každodenní rutinu, ale stále musí myslet na to, aby měl cévky u sebe. Jako velký problém vnímá, že mimo domov není úroveň sociálních zařízení dobrá. Další velký problém pociťuje v nedostatku počtu cévek na den, dle jeho slov: „Pět cévek na den nestačí nikomu, musím neustále žebrať.“

Pan B. má problémy s vyprazdňováním, jeho střeva jsou ochablá po úrazu. Má diagnostikovanou inkontinenci stolice. Na stolicí chodí nepravidelně 2-3 týdně, trpí zácpou. Občas si pomáhá digitálním vybavením stolice. Laxativa používá jen zřídka. Dbá na zvýšenou hygienu po stolici a péči o kůži. Klient má neurogenní močový měchýř a je na režimu ČIK 5-6krát denně po dobu šesti let. Bolest při cévkování nepociťuje, protože má paraparézu dolních končetin. Ze začátku samocévkování měl psychický blok, že ČIK sám nezvládne provádět každý den. Pro tuto metodu vyprazdňování se rozhodl po domluvě se svým ošetřujícím urologem z důvodu opakovaných zánětů močového měchýře. Postupem času si na tento způsob vyprazdňování zvykl. Občasné záněty močových cest řeší s pomocí Batmigy. Preferuje katetrizační gelové cévky od firmy Coloplast, které mu vyhovují nejvíce. Od stejné firmy používá i desinfekci. Nemałym problémem pana B. je nedostatečný počet cévek na den/měsíc. Má jich málo a často je musí dokupovat z vlastních prostředků. Aby tolik nezatěžoval rodinný rozpočet, tak omezuje příjem tekutin, čímž zatěžuje své ledviny a zvyšuje riziko zánětu močových cest. Při cestách mimo obvyklá místa si musí vždy zjistit informace o místním hygienickém zázemí, které ve většině případů není přizpůsobeno potřebám vozíčkářů. Prostředky pro katetrizaci a desinfekci musí mít stále u sebe.

Pan C. problémy s vyprazdňováním neuvádí. Na stolicí chodí pravidelně každý den v určitou hodinu, laxativa neužívá. S intermitentní katetrizací se potkal poprvé

v rehabilitačním ústavu v Kladrubech a od té doby je na režimu ČIK. Za dobu svého postižení prakticky jiný způsob vyprazdňování močového měchýře nezkoušel. Pravidelně se cévkuje 5-7krát denně po dobu devíti a půl roku. Preferuje gelové katétry od firmy Coloplast. Mívá dvakrát ročně záněty močového měchýře, což dle jeho slov není ve srovnání s ostatními paraplegiky špatný výsledek. V letních měsících mívá problémy s termoregulací. Pan C. je velice nespokojen s kvótami počtu cévek hrazených ze zdravotního pojištění v souladu se zákonem.

3 Spánek, odpočinek

1. Kolik hodin běžně denně spíte?

A.: „Osm až devět hodin.“

B.: „I dvanáct hodin skoro každý den, ale pořád nespím, ale válím se v posteli, co mám taky jiného dělat.“

C.: „Sedm až osm hodin.“

2. Spíte tvrdě nebo se v noci probouzí? Pokud ano, proč?

A.: „Budím se 4-5krát za noc na polohování.“

B.: „Mám přerušovaný křehký spánek. Budím se 10-15krát za noc na polohování.“
Odpovídá s povzdechem.

C.: „Probouzím se na čůrání a na polohování jak kdy, někdy jednou, ale někdy i třikrát, čtyřikrát za noc. Nikdy to není stejné.“

3. Máte po spánku pocit odpočinku?

A.: „V poslední době moc ne. Proto vyšetření apnoe a kvality spánku.“

B.: „Jak kdy.“

C.: „Mám.“

4. Spíte i přes den?

A.: „Někdy, snažím se nespát.“

B.: „Ne vždy.“

C.: „Ne.“

5. Máte nějaké rituály před spaním? (otevření okna, četba knihy, poslech hudby...)

A.: „Usínám často u televize.“

B.: „Ne, nemám.“

C.: „Ne.“

6. Jak vnímáte svojí individuální kvantitu a kvalitu spánku a odpočinku?

A.: „Snažím se ji řešit.“

B.: „Jak kdy. Někdy je to lepší, někdy horší.“

C.: „Nemám s tím problém sedm, až osm hodin mi stačí. A když si potřebuji odpočinout, tak mi stačí půl hodinky mimo vozík.“

7. Užíváte nějaké léky na spaní, pokud ano, jaké?

A.: „Mirtazapin Sandos 15 mg.“

B.: „Ne neužívám, zkoušel jsem nějaké, ale nepůsobí to na mě.“

C.: „Ne, spím bez léků.“

Pan A. spí osm až devět hodin denně, přes den se snaží nespát. V noci se budí 4-5krát na polohování. Často usíná večer při televizi. Při nespavosti užívá Mirtazapin Sandos 15mg. V poslední době nemá pocit odpočinku po spánku, tento problém se snaží řešit a je objednán na vyšetření apnoe. Doufá, že mu lékaři pomohou a nastaví mu lepší medikaci.

Pan B. spí i dvanáct hodin denně. Spánek má přerušovaný, každý hluk ho probudí. Problém se spánkem mívá zejména při stresu a z obavy z nemoci. Noční cévkování mu narušuje klidný spánek tím, že když se probudí, musí se přesunout na vozík, na toaletě se musí soustředit na správnou techniku cévkování, a pak se přemístit zpět do postele. Má problémy s usínáním. Léky na spaní neužívá. Žádné rituály před spaním nemá. Jen potřebuje naprosté ticho a klid. Někdy usíná i přes den, protože se cítí i po několika málo hodinách unavený.

Pan C. spí sedm až osm hodin denně, léky na spaní neužívá a nemá žádné rituály před spaním. Probouzí se jen z důvodu katetrizace nebo polohování.

Aktivita, cvičení

1. Jak si udržujete tělesnou kondici? (cvičení nebo jiné aktivity ve volném čase a při relaxaci).

A.: „Snažím se každý den protáhnout, chodím plavat, v létě kolo, dvakrát ročně je na programu delší rehabilitace, jízda na vozíku, masáže.“

B.: „Pouze handbike, jinak za celodenní cviky považuju dojet si normálně na záchod anebo do koupelny. Snažil jsem se cvičit před tím, než mi řekli o rakovině ledvin. Ale potom se mi život trochu obrátil naruby, teď už se moc nesnažím. Změnila se politika, sebrali nám práci a tím i peníze. A když mi někdo zavolá, tak jsem moc rád, že nejsem sám. Připadám si doma, jako ve zlaté kleci.“

C.: „Snažím se sportovat, handbike, posilovna v rámci možností.“

2. Zvládáte snadno základní denní životní aktivity? (sebepéče, soběstačnost, aktivity, které vyžadují vynaložení energie a úsilí jako je hygiena, vaření, nakupování, stravování, práce, udržování domácnost aj.).

A.: „Vše zvládám sám, takže také pohyb.“

B.: „S dopomocí zvládnou skoro všechno. Jsem nervózní, když mi chce někdo pomoc, a tak mi už nikdo moc pomáhat nechce.“ Říká trochu našťvaným tónem.

C.: „S dopomocí jo, zvládám.“

3. Brání Vám nějaký faktor v provozování aktivit? (např. dušnost, angina pectoris, neuromuskulární poruchy, svalové křeče při námaze, onemocnění srdčnými nebo plicními chorobami atd.)

A.: „Někdy lehká dušnost, při větším zatížení křeče, bolesti zad nebo kloubů.“

B.: „Ne.“

C.: „*Občas spazmy, někdy jsou velké, nevím, kde ten problém vzniká, nevím.*“

Pan B. se účastní čtyřikrát ročně týdenních pobytů v rehabilitačním Centru Paraple v Praze, kde se věnuje nejen rehabilitaci, ale také se realizuje společensky s lidmi podobně hendikepovanými. Řeší spolu problémy zdravotní, sociální i osobní. Podnikají společně výlety, návštěvy divadla, cvičení ve vodě, golf a jiné. Z neverbálních projevů je znát, že své postižení úplně nepřijal, ale velmi houževnatě s ním bojuje a snaží se plnohodnotně a kvalitně žít. Stále vzpomíná na doby, kdy chodí. Mírně se mu chvěje hlas, hladí se v oblasti stehén.

Pan B. ví, že by měl cvičit doma každý den, aby se zachovala hybnost kloubů, většinou však necvičí, protože se cítí unavený. Přesun na vozík a z vozíku zvládá bez pomoci. Domácí práce zvládá s dopomocí manželky. Pan B. dále uvádí: „Každou pomoc, kterou manželka sama nezvládne, si musím zaplatit nebo prosit ostatní.“ Ve volném čase se věnuje jízdě na handbiku, zúčastnil se i několika celorepublikových soutěží.

Pan C. sportuje, chodí do posilovny a jezdí na handbiku. Snaží se být soběstačný, ale některé věci zvládá pouze s dopomocí. Mimo plánované otázky rozhovoru se mi svěřil, že se s hendikepem nikdy nesmíří, ale je si vědom, že bez vozíku, dle jeho slov, neudělá ani krok.

Vnímání, poznávání

1. Nosíte brýle? (na dálku, nablízko, používáte kontaktní čočky?)

A.: „*Nosím brýle na čtení, dvě dioptrie.*“

B.: „*Ano, oboje.*“

C.: „*Nikdy jsem nenosil brýle.*“

2. Trpíte bolestmi? (eventuálně, jak je bolest tlumena)

A.: „*Svaly, klouby, prsty na rukou.*“ *Hladí si pravý loket.*

B.: „*Levý bok – rakovina, ničím netlumím, spazmy a brnění v ochrnutých částech těla.*

Někdy to až bolí. „*Posteskne si.*

C.: „*No, bolí mě pravé rameno, když najdu polohu, tak je to lepší. Mám také bolesti kolem krční páteře, když pracuji na PC. To mě pak bolí celé tělo.*“

3. Učíte se rád novým věcem?

A.: „*Jsem konzervativní, nemám rád změny, když je to nutné, tak musím.*“

B.: „*Ano*“ *Říká nadšeně. „Ale ty věci, které mě baví. Ty co mě, nebaví, se nerad učím, asi jako každý.“*

C.: „*Jak kterým, jazyky mi moc nejdou a ostatní věci mi moc nevadí.*“

Všichni respondenti se shodují, že bolest je součástí jejich každodenního života paraplegika. Je to velmi vysilující. Bolesti jim začali v době po poranění, spazmy a brnění v ochrnutých částech těla je pro ně velice nepříjemné a trvají několik měsíců, ale i roků po poranění. Někdy je velice těžké najít příčinu bolesti.

Vlivem úrazu došlo u pana A. ke ztrátě citlivosti pod oblastí pupku. Nejvíce ho trápí bolesti kloubů, svalů a prstů na rukou, které řeší masážemi a rehabilitací. Pan A. nemá moc rád

změny v životě, je spíše konzervativní. Ale když je to nutné, tak se přizpůsobí situaci. Zrak a sluch jsou bez obtíží, nosí brýle na čtení.

Vlivem úrazu došlo u pana B. ke ztrátě citlivosti od pasu dolů. Bolestmi netrpí, analgetika neužívá. Občas se objevují spasmy v podobě záškubů jednotlivých oblastí nebo křečí, nejčastěji v oblasti nohou, břicha a zad. Zrak a sluch jsou bez obtíží, žádné kompenzační pomůcky nepoužívá. Klient se rád učí novým věcem, rád se vzdělává hlavně v oblasti léčitelství a sportu. Jen mu v tom dle jeho slov brání občasné bolesti v levém boku v důsledku nádorového onemocnění, které zatím ničím netlumí.

Pan C. se rád učí novým věcem, jen učení jazyků mu moc nejde. Na bolest si stěžuje, ale je s ní smířen. Zrak a sluch má v pořádku. Možná i díky své víře působí vyrovnanějším a rozhodnějším dojmem.

4 Sebekoncepce, sebeúcta

1. Jaký máte názor na sebe? Jak se vnímáte ve svých schopnostech, zálibách, talentu, v oblasti tělesné, citové, poznávací, v celkovém vzhledu?

A.: *„Jsem rád mezi lidmi, umím svoji práci, rád zpívám, patnáct let jsem členem pěveckého sboru, miluji divadlo. Umím rozeznat lidi, mám rád tanec i pohyb. Jsem rád mezi dobrými lidmi. Ke vzhledu se nevyjadřuji.“*

B.: Se slzami v očích říká: *„Mám hendikep a velký, s vnoučaty si mohu hrát jen omezeně, a to bolí.“*

C.: *„Já jsem na sebe dost přísný. Psychika je dobrá věc. Rychle to nejde nikdy a tělo si řekne samo, jaký čas potřebuje. Od úrazu jsem se naučil větší trpělivosti.“*

Pan A. je společenský, rád je mezi lidmi. Nemá pocit méněcennosti, umí svoji práci. Rád zpívá, patnáct let je členem pěveckého sboru a miluje divadlo. Má rád tanec i pohyb. Na vozíku soutěžil v tanci v televizní soutěži. Ke vzhledu se nevyjadřuje, je rád mezi dobrými lidmi.

Pan B. se občas cítí méněcenný, hlavně když tráví čas s vnoučaty. Jeho hendikep mu dovoluje si s nimi hrát, jen omezeně a to ho psychicky i fyzicky „bolí.“ Má obavy se zabezpečením své rodiny a stále se nemůže i po tolika letech vyrovnat se změnami, které přináší jeho ochrnutí končetin a život na vozíku. Doma se muselo vše předělat, od koupelny, zárubní, podlah, ložnice, kuchyně, vchodu do domu, nájezdu k domu atd. V zimě ve sněhu nemůže sám ven, na úřady, k lékaři, za kamarády, do bazénu - je izolován v domě a plně závislý na manželce a rodině. Pan B. má dostatek informací a reálnou představu o svém současném stavu. Někdy se cítí v psychické nepohodě a ztrácí chuť k životu. Ve společnosti známých se dokáže bavit, před cizími je mírně nervózní. Jeho největší oporou je manželka.

Pan C. uvádí, že je na sebe dost přísný. I díky své víře lépe nahlíží na svůj zdravotní stav a je dle svých slov pokornější a trpělivější.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

1. Jak vnímáte svoji životní roli a z toho vyplývajících závazky a odpovědnost?

A.: *„Jsem manažer firmy, manžel, otec, děda, takže hlavně odpovědnost, není možné to podceňovat.“*

B.: „Mám výčitky z pádu ze střechy vůči svým potomkům.“ Mírně se mu chvěje hlas, hladí se v oblasti stehén.

C.: „Normálně, jako každý vozičkář. Mám odpovědnost za přítelkyni, rodinu, pejska.“

2. Jak moc Vám narušila Vaše nemoc soulad nebo vztahy v rodině, zaměstnání?

A.: „Moje vztahy spíše upevnila, je důležité mít kolem sebe kvalitní lidi.“

B.: „Ve vztazích nenarušila, mám velmi dobré zázemí. Manželka mě velice podporuje ve všem.“

C.: „Zaměstnání jsem už pak nemohl dělat a rozvedla se se mnou manželka.“

Pan A. je manažerem firmy, je manžel, otec, děda. Má určitou zodpovědnost, kterou nepodceňuje. Hendikep po úrazu rodinné vztahy spíše upevnil, jak sám uvádí: „Je důležité mít kolem sebe kvalitní lidi.“

Pan B. udává, že finanční problémy v rodině před jeho úrazem neměli. Oba byli s manželkou pracující. Po úraze má stále výčitky z pádu ze střechy. Největší starost mu dělá, že nemůže svou rodinu zajistit „jako chlap.“ Stále pociťuje veliké překážky od státu, nejvíce, že nemůže najít práci. Sám uvádí: „Manželka mě ve všem velice podporuje, bez ní bych to nedal.“

Pan C. svou současnou životní roli přijímá dobře. Je rád, že má zaměstnání a přítelkyni, i když po úraze musel změnit obor a rozvedla se s ním manželka. Momentálně je spokojen.

Sexualita, reprodukční schopnost

1. Máte v sexuálním životě pocit uspokojení nebo neuspokojení?

A.: „U každého je to jinak, člověk ochrnutím přijde o mnoho krásných životních prožitků, vše se dá alespoň částečně nahradit prožitkem jiným.“

B.: S lítostí v hlase říká: „Nemám sex, mám vše ochrnuté.“

C.: „Uspokojení mám.“

Klient A. na sexualitu nahlíží tak, že: „U každého je to jinak, člověk ochrnutím přijde o mnoho krásných životních prožitků, vše se dá alespoň částečně nahradit prožitkem jiným.“

Pan B. žije s manželkou dvacet osm let a stále se mají rádi. Spolu mají syna a dceru. Dle jeho slov mají harmonický vztah. Po úraze se jejich sexuální život „vytratil“ kvůli ochrnutí. Upřednostňují jiné radosti života než sex.

Pan C. je, žije s přítelkyní pět let. Jejich sexuální život je uspokojivý. Problémy neuvádí, ve vztahu je spokojen.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

1. Jakým způsobem zvládáte stres?

A.: „Docela těžko, jsem citlivější než před úrazem. Snažím se komunikovat.“

B.: „Jde to těžko, jsem více citlivý, mám medikaci Citalecu, ta mi pomáhá od depresí.“

C.: „Když jsem v napětí tak si jdu zacvičit do posilovny.“

2. Máte podporu v rodině? Jakým způsobem Vás podporují?

A.: „Rodina drží pohromadě, je nás víc než třicet, to je velká podpora.“

B.: „Veliká podpora, podporují mě, jak můžou psychicky i fyzicky, snaží se.“

C.: „Přítelkyně mě podporuje hodně.“

3. Zvládáte snadno běžné situace?

A.: „Jak které, nejtěžší je vždy srážka s lidskou blbostí, jinak to jde.“

B.: „Někdy s dopomocí, složitější záležitosti řeší manželka.“

C.: „Snažím se.“

Pan A. je po úraze citlivější, stres zvládá hůře, snaží se komunikovat se svojí početnou rodinou, která ho podporuje a „drží pohromadě.“ Běžné situace zvládá dobře, ale dle jeho slov: „Jak které, nejtěžší je vždy srážka s lidskou blbostí, jinak to jde.“

Pan B. zvládal stresovou situaci před pár měsíci velice špatně, bylo to v době, kdy mu byla oznámena recidiva nádorového onemocnění. Společně s podporou manželky a medikací Citalecu od svého ošetřujícího urologa se momentálně cítí vyrovnaněji a psychicky silněji. Má velkou oporu v manželce a v rodině.

Pan C. zvládá stresové situace poměrně dobře. Při větším napětí navštěvuje posilovnu, hodně ho podporuje přítelkyně. Je psychicky vyrovnaný.

5 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

1. Jak vnímáte svoje životní hodnoty, cíle?

A.: „Věřím v rodinu, v člověka, v dobro, dokonce jsem přesvědčen, že láska a slušnost může zvítězit nad lží, závistí a nenávistí.“

B.: „Věřím ve fyzično, v abstrakt nevěřím. V žádného boha nevěřím, ale věřím ve fyzično, raději věřím ve vesmír.“

C.: „Nejraději bych se postavil znovu na nohy, ale hlavou zed' neprorazíte.“

2. Máte nějaké přesvědčení?

A.: „Momentálně jsem přesvědčen, že se lidstvo samo likviduje.“

B.: „Vydržet co nejdéle, alespoň radou pomoci. Připadám si jako ve filmu na Samotě u lesa, ve scéně s panem Lorencem: „V životě Vás nebudu houpat, slibuju! Ne! Ne! U vás jsem skončil! Nenechám se přece zmrzačit.“ Z neverbálních projevů (hlazení rukou ve vlasech, hlazení brady) je znát, že stále ještě bojuje sám se sebou. Rozhovor nechtěl ukončit, je rád, když mu někdo naslouchá.

C.: „Ano jsem věřící katolík.“

3. Jakou víru vyznáváte?

A.: „Že se z toho snad lidský druh dostane-prozře.“

B.: „Žádnou, jen víru v sebe sama. Duchy, myslím Boha, nikdo neviděl a nikdo mi ho nikdy neukázal a já ho neviděl, tak tomu nevěřím. Vesmír je jasný, tomu věřím.“

C.: „V rámci možností chodím do kostela. Před úrazem jsem chodil do kostela pravidelně. Teď už moc ne.“

4. Ovlivňuje Vás víra (nebo něco jiného) ve Vašem rozhodování?

A.: „Snažím se pomocí této víry a rozumu dělat ta správná rozhodnutí.“

B.: „Věřím v selský rozum, matematiku, fyziku, chemii. Jako každý člověk, všemu taky nerozumím, ale radit umím, jo to mi jde.“ Odpovídá s úsměvem.

C.: „Jsem věřící a netahám to do sportu a ani do vztahu.“

Pan A. věří v rodinu, v člověka, v dobro, dokonce je přesvědčen, že láska a slušnost může zvítězit nad lží, závistí a nenávistí. Momentálně je přesvědčen, že se lidstvo samo likviduje a že se z toho snad dostane-prozře. Snaží se pomocí této víry a rozumu dělat ta správná rozhodnutí.

Pan B. nevyznává žádnou víru, je ateista. Věřící v selský rozum a ve fyziku. Momentálně se nejvíce trápí zhoršením svého zdravotního stavu.

Pan C. je věřící katolík, ale již nenavštěvuje tak často kostel jako před úrazem. Svojí víru, jak říká, nikomu nevnucuje. Jeho největším přáním je postavit se na vlastní nohy.

Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře. Hlavním důvodem výběru tématu je a byla má práce na Urologické klinice intenzivní péče VFN v Praze, jejímž přednostou je profesor Tomáš Hanuš. V poslední době jsem se na našem oddělení čím dál častěji setkávala s pacienty paraplegiky, kteří se autokatetrizovali. Překvapilo mě, že metoda ČIK se v České republice potýká s nemalým finančním problémem, což je důsledkem nedostatečné spoluúčasti zdravotních pojišťoven na úhradě katétrů.

Respondenti, kteří byli vybráni, byli dva tetraplegici a jeden paraplegik. Všichni tři respondenti mají poraněnou páteř důsledkem úrazu a žijí v domácím prostředí. Všichni dotazovaní žijí v partnerském svazku a pohybují se pomocí invalidního vozíku. Vybráni byli cíleně respondenti, kteří se minimálně dva roky intermitentně katetrizují v domácím prostředí. Jako další kritérium pro výběr jsem zvolila, muže v produktivním věku, neboť mají největší zastoupení mezi pacienty s poraněním páteře. Jako metodu jsem zvolila kvalitativní šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru.

U dvou případů byla urologem doporučena metoda ČIK, která měla vést ke zmírnění nebo odstranění komplikací. Třetímu respondentovi byla metoda ČIK nabídnutá v rehabilitačním zařízení Kladruby. Jarmila Čermáková, která se ve své bakalářské práci z roku 2013 (s. 46) zabývá korelací mezi komplikacemi u pacientů po poškození míchy a stavem jejich výživy uvádí: „Inkontinentní pacienti přicházejí ze spinálních jednotek většinou s permanentním močovým katétrelem nebo s epicystostomií. U pacientů Rehabilitačního ústavu Kladruby s permanentním močovým katétrelem je preferováno převedení do režimu čisté intermitentní katetrizace (ČIK) nebo čisté intermitentní autokatetrizace (ČIAK). Pro pacienty s kvadruplegickým postižením existují i pomůcky pro úchop katétru, aby tuto každodenní činnost zvládli sami.“

Hlavní cíl bakalářské práce je zaměřen na kvalitu života paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře. Po zavedení ČIK se ve všech třech případech snížil výskyt komplikací zánětu močového měchýře a zlepšila se celková kvalita života. Respondenti sami uvádějí, že je to obrovský kvalitativní skok dopředu. Nemusejí nosit jednorázové pleny a při zvládnutí správné techniky a dodržování pitného režimu se dá na tuto metodu zvyknout a přijmout jí jako součást života. Mimo jiné se jim snížila frekvence zánětů močového měchýře a uroinfekce. Pan C. dokonce říká: „Trvalo mi tři měsíce, než jsem se naučil pořádně techniku. Nevěřím tomu, že se to někdo naučí za den, záleží na postižení, je to prostě individuální. Ale katetrizace je daleko lepší než permanentní katétr. Každému kdo může, bych doporučil samocévkování.“

Jsem si vědoma, že součástí diskuze je porovnání výsledků s dříve provedeným výzkumným šetřením z důvodu ověření validity dat. Bohužel se mi v odborných pracích nepodařilo najít stejné či obdobné šetření, které by se alespoň částečně shodovalo se mnou provedeným šetřením. Detailně se intermitentní katetrizací u paraplegiků zabývá fyzioterapeutka a ergoterapeutka Zdeňka Faltýnková z Centra Paraple, která k tomuto tématu publikuje, a primář spinální jednotky v Motole MUDr. Jiří Kříž. Novinky se pacienti dozvídají i v časopise Helios (časopis pro pacienty s poruchami vyprazdňování močového měchýře).

V zahraniční literatuře je toto téma zmiňováno poměrně často v odborných časopisech.

1. dílčím cílem bylo zjistit, jaké mají respondenti, paraplegici s intermitentní katetrizací močového měchýře, stravovací potřeby a návyky, jaký je jejich současný zdravotní stav a jakým způsobem pečují o své zdraví.

Z rozhovorů vyplývá, že ani jeden z respondentů nemá žádnou vyhraněnou dietu. Všichni se snaží stravovat co nejlépe, i když někdy jejich strava není až tak vyvážená. Všichni tři respondenti dodržují dle možností pitný režim. Dva respondenti za den vypijí 2 -3 litry tekutin, jeden respondent 2 litry tekutin. Martina Matoušová (2009, s. 14), která se ve své bakalářské práci zabývá evakuací močového měchýře pomocí ČIK uvádí: „Současně je potřeba upravit pitný režim, a to tak, aby denní příjem tekutin nepřesáhl 2000 ml. Denní příjem tekutin se musí průběžně upravovat, aby byla denní diuréza zachována ve fyziologických mezích.“

Všichni tři respondenti vědí o svých slabých stránkách v péči o kůži a snaží se jim předejít. Otázky ohledně denních aktivit a cvičení byly přijaty pozitivně. Všichni tři respondenti jezdí na handbiku. Z neverbálních projevů u pana A. a pana C. je znát, že své postižení úplně nepřijali, ale velmi houževnatě s ním bojují a snaží se plnohodnotně a kvalitně žít. Stále vzpomínají na dobu před úrazem, kdy chodili. Pan B. se navenek projevoval suverénně a rozhodně, ale zároveň se trápil strachem a nejistotou z prognózy jeho momentálního onemocnění. Dva respondenti uvádějí, že užívají jako doplněk stravy bylinky a přírodní vitamíny.

Stanovené cíle se mi podařilo splnit.

2. dílčím cílem bylo zjistit specifické potřeby vyprazdňování u paraplegiků s intermitentní katetrizací.

Z rozhovorů vyplývá, že dva ze tří respondentů mají problémy s vyprazdňováním stolice a trpí zácpou. Tento problém jsem již zmiňovala v teoretické části. Všichni se shodují, že neužívají pravidelně laxativa. U respondentů se liší doba, po kterou se katetrizují. Jeden uvádí dva roky, druhý šest let a třetí devět a půl roku. Důvodem pro volbu derivace moče intermitentní katetrizací byla snaha o zlepšení životního komfortu a omezení zánětů močových cest. V otázce, zda měli nějaké psychické problémy s intermitentní katetrizací na veřejnosti se dva respondenti zmiňují, že ze začátku ano, třetí ne. Všichni tři se shodují, že jim nejvíce vyhovují gelové katétry od firmy Coloplast. Jako jeden z velkých problémů dva z respondentů uvádí špatné zkušenosti se sociálními zařízeními mimo domov.

Z odpovědí jsem zjistila, že všichni respondenti se shodují, že počet pěti katétrů na měsíc jim nestačí. Všichni tři respondenti řeší tento nedostatek po svém a katétry dokupují, anebo jim zbylé katétry darují sestry z urologických ambulancí nebo klinik. Všichni se shodují na tom, že musí „žebrot“ a to je velice ponižující. Nejvíce mne zaujala odpověď pana P, který se snažil tento problém vyřešit přes revizního lékaře. Ten i přes sjednanou schůzku s žádostí o „nadlimitního“ pacienta, se lékař neobtěžoval omluvit a na dohodnutý termín nedorazil.

Ve výše zmíněné bakalářské práci Martiny Matoušové (2009, s. 49) je uvedeno: “ Z 82 dotazovaných uvedlo počet 0-4 katetrizací 14 respondentů (17 %), počet 4-6 katetrizací 48 respondentů (59 %) a 20 respondentů (24 %) uvedlo počet 6-10 katetrizací. Na otázku ohledně dostatečného počtu pomůcek k ČIK z téže práce Martiny Matoušové (2009, s. 53), z 82 dotazovaných (100 %) odpovědělo kladně 56 respondentů

(68 %), 15 respondentů (18 %) uvedlo odpověď částečně a 11 dotazovaných (14 %) odpovědělo, že nemají dostatek pomůcek. “

Přestože je ČIK účinnou prevencí vzniku uroinfekcí, čímž šetří zdravotním pojišťovným další náklady na léčbu, ze zdravotního pojištění je hrazeno měsíčně jen 180 ks katétrů. Zbytek si musí pojištěnci hradit sami. S ohledem na to, že značná část paraplegiků je v invalidním důchodu a nemá moc finančních prostředků nazbyt, snaží se šetřit např. oplachováním již použitých katétrů, což pochopitelně vede zpět k častým uroinfekcím.

I tak se jedná o excelentní techniku, která podstatně redukuje výskyt uroinfekcí, které dříve bývaly častou příčinou smrti. Správně indikovaná metoda ČIK, také významně snižuje výskyt komplikací, které jsou téměř o polovinu nižší než při permanentní katetrizaci.

Stanovené cíle se mi podařilo splnit.

3. dílčím cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika spánku a odpočinku u paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře a jaké je zastoupení denních aktivit s důrazem na cvičení.

Z rozhovorů vyplývá, že spánek je u všech respondentů narušený a to buď z důvodu polohování a nebo autokatetrizace. Jeden respondent uvádí, že užívá hypnotika. Dva respondenti neužívají žádné medikamenty.

Stanovené cíle se mi podařilo splnit.

4. dílčím cílem bylo zmapovat otázku sebeúcty, sexuality a zvládání stresových situací paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře.

Z rozhovorů vyplývá, že otázka sexuality je pro všechny respondenty věc soukromá. Ani jeden nechtěl podrobněji uvést problémy v sexuálním životě. Všichni respondenti uvádí, že žijí ve společném svazku s manželkou nebo přítelkyní. Pan A. a pan B. uvádějí, že nemají žádné sexuální prožitky. Pan C. problémy v sexu žádné neuvádí a je ve vztahu spokojen.

Adéla Kokořová (2015, s. 26), která se ve své bakalářské práci zabývá partnerským životem osob po poranění míchy a poškození mozku uvádí: „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.“

Stanovené cíle se mi podařilo splnit.

5. dílčím cílem bylo zjistit důležitost životních hodnot a víry u paraplegiků s intermitentní katetrizací močového měchýře.

Každý z respondentů vyznává jiné životní hodnoty. Jeden respondent věří v rodinu, v člověka a je přesvědčen, že láska a slušnost může zvítězit nad lží, závistí a nenávisť. Druhý respondent věří ve fyziko a vesmír a třetí by nejraději chtěl porazit svůj hendikep a znovu chodit. Jeden z respondentů uvádí, že je věřící, dva jsou ateisti. Nicméně se domnívám, že panu C. víra pomáhá k překonání překážek s jeho hendikepem.

Stanovené cíle se mi podařilo splnit.

Bakalářská práce se věnuje intermitentní katetrizaci u paraplegiků, která je sice odbornou veřejností považována za standardní metodu, avšak v řadě nemocnic není stále dostatečně využívána a prioritně doporučována klientům jako možnost derivace moči.

Mohu se jen domnívat, že je to hlavně z důvodu nedostatečné informovanosti nelékařského zdravotnického personálu. Věřím, že i díky certifikovanému kurzu intermitentní katetrizace pro nelékařské zdravotnické pracovníky se tato metoda bude používat více a dostane se více do povědomí zdravotních sester.

Během posledního století došlo v oblasti míšního poranění k novým poznatkům, které vedly k rozvoji urodynamických vyšetřovacích metod a nových strategií péče o dolní močové cesty. V České republice se péčí o pacienty s různou příčinou a různým stupněm úniku moči zabývá stále početnější tým odborníků urologie, urogynekologie či gynekologie v rámci mezioborové spolupráce dalších lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků. Vytvářejí se různá odborná mezioborová sdružení jako například Incoforum o.p.s nebo EUNI Incoboard, sekce SUNU při České urologické společnosti, Urologynekologická společnost a další. Podpora člověka po spinálním poškození je nesmírně důležitá, proto CZEPA na spinálních jednotkách a na spinálních rehabilitačních jednotkách pořádá interaktivní poradny. Centrum Paraple od roku 1994 poskytuje lidem s poškozením míchy a jejich rodinám poradenské a sociálně rehabilitační služby a usiluje o podporu veřejnosti pro lidi na vozíku s poškozením míchy. Tento vývoj má významný dopad na prognózu a kvalitu života pacientů s intermitentní katetrizací.

Během patnáctileté praxe na urologické klinice a na základě častého kontaktu s lékaři i pacienty jsem zjistila, jak často je problematika správné edukace intermitentní katetrizace u paraplegiků opomíjena. Obtíže při řešení problematiky intermitentní katetrizace, ale nevznikají pouze ze strany zdravotníků. Plně souhlasím s Petrou Fišerovou (2013, s. 59), která se ve své bakalářské práci zabývá znalostí sester o katetrizaci močového měchýře. Ve svém výzkumu pomocí dotazníku uvádí: Zájem o další vzdělání v oblasti katetrizace močového měchýře projevilo 77,8 % respondentů z 82 dotazovaných, 22,2 % respondentů nemá zájem o další vzdělávání v této oblasti. A pouhých 44,4 % respondentů se účastnilo vzdělávací akce na toto téma. Myslím si, že takovéto kurzy by měly zlepšit dostupnost péče a zvýšit kvalitu života nemocných žijících nutností pravidelně se katetrizovat, ať už v permanentním nebo intermitentním režimu, v domácí či institucionální péči. Větší informovanost o správnosti metody intermitentní katetrizace by se měla více dostat do povědomí středního nelékařského personálu, už jen z toho důvodu, že počet paraplegiků i tetraplegiků stoupá každým rokem, jak se zmiňuji v teoretické části.

Souhlasím s Martinou Matoušovou (2009, s. 64), která se ve své bakalářské práci zabývá evakuací močového měchýře pomocí ČIK, kde uvádí: „Myslím si, že by bylo dobré udělat jednu informační brožurku, která by obsahovala stručný popis metody ČIK, obrázkový návod, jak si správně omýt ruce a zevní ústí močové trubice a také zavedení katétru u žen a u muže.“

Doporučení pro praxi

Výstupem mé bakalářské práce je edukační proces u pacienta s intermitentní katetrizací. Ten budu prezentovat na certifikovaném kurzu intermitentní katetrizace v červnu 2016 ve VFN Urologické klinice, viz příloha F.

Závěr

Bakalářská práce se věnuje intermitentní katetrizaci u paraplegiků, která je sice odbornou veřejností považována za standardní metodu, avšak v řadě nemocnic není stále dostatečně využívána a doporučována klientům prioritně jako možnost derivace moči. Důvodem je zřejmě, nedostatečné informovanosti nelékařského zdravotnického personálu. Věřím, že i díky certifikovanému kurzu intermitentní katetrizace pro nelékařské zdravotnické pracovníky tato metoda najde širší uplatnění a dostane se do širšího povědomí zdravotních sester a k další odborné veřejnosti.

Diagnóza paraplegie či tetraplegie znamená život na vozíku. A začíná mnohdy celoživotní kolotoč starostí. Lidé upoutaní na invalidní vozík mají život složitější než lidé zdraví. Ale mohou vést plnohodnotný život, být rovnocennými milujícími partnery a rodiči.

Seznam použité literatury:

- Bach, A., Eberhardt, H., & Frick, A. (1999). Efficacy of silver- coating central venous catheters in reducing bacterial colonization. *Critical care medicine*, pp. 515-521.
- Balounová, H. (2011). Kazuistika muže s poraněním páteře v oblasti TH 8 -9. *Sestra*, 21(6), pp. 36-39.
- Baumová, I. (2009). Dysfunkcí močového měchýře Intermitentní katetrizace jako součást léčby. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*, 5 (5), pp. 24-27.
- Breza, J., Kliment, J., & Valanský, L. (2007). *Všeobecná a špeciálna urológia: pre poslucháčov lekárskech fakúlt. (2., neznen. vyd., 259 s.)* Bratislava: Vydavateľstvo UK.
- Búziková, M. (2009). Edukácia v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s poraněním miechy- čistá intermitentná katetrizácia. In *Cesta k modernímu ošetrovateľství sborník příspěvků z odborné konference konané ve dnech 17.9 a 18. 9. 2009 ve FN Motol: Edukácia v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s poraněním miechy- čistá intermitentná katetrizácia. (p. 204)*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole.
- Centrum Paraple pomáhá lidem s poškozením míchy najít cestu dál: Míšní poranění. (2011). Centrum Paraple pomáhá lidem s poškozením míchy najít cestu dál: Míšní poranění. Retrieved from <http://www.paraple.cz/informace/misni-poraneni.html>
- Coloplast. (2011). Coloplast. SpeediCath: Všechno, co potřebujete vědět o čisté intermitentní katetrizaci, 17.
- Čermáková, J. (2013). Korelace mezi komplikacemi u pacientů po poškození míchy a stavem jejich výživy (Bakalářská práce). Praha.
- Faltýnková, Z. (2011). Jak na to doma: KZS Fyzioterapie míšních lézí při UNIFY ČR ve spolupráci se Svazem paraplegiků, 34. Retrieved from <http://www.czepa.cz/news/edukacni-materialy-publikace/>
- Faltýnková, Z. (2011). KZS Fyzioterapie míšních lézí při UNIFY ČR ve spolupráci se Svazem paraplegiků <http://www.czepa.cz/news/edukacni-materialy-publikace/>, 33. Retrieved from <http://www.czepa.cz/news/edukacni-materialy-publikace/>
- Faltýnková, Z. (2012). Desatero moudrého vozíčkáře, 14. Retrieved from <http://www.vozejkov.cz/Articles/detail/desatero-moudreho-vozickare/>
- Faltýnková, Z., & Kříž, J. (2012). Léčba a rehabilitace pacientů s míšní lézí: Příručka pro praktické lékaře. Příručka pro praktické lékaře, pp. 15.
- Fišerová, P. (2013). Znalosti sester o katetrizaci močového měchýře (Bakalářská práce). Brno.
- Guttmann, L., & Frankel, H. (1966). The value of intermittent catheterization in the early management of traumatic paraplegia and tetraplegia. *Paraplegia*(4), pp. 63-84.
- Hanuš, T. (1983). Intermitentní katetrizace. *Časopis lékařů českých*, 122(37), pp. 1135-1137.
- Hanuš, T. (2005). Intermitentní katetrizace močového měchýře - indikace, technika, komplikace. *Časopis lékařů českých*, 2005(10), 674 -677.

- Hrabálek, L. (2011). Poranění páteře a míchy. (1. vyd., 27 s.) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Chrobok, J., & Prokop, L. (2006). Úrazy páteře. *Sestra*, 16(2), pp. 49-50.
- Jirků, H., & Kyriánová, A. (2006). Doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči o pacienty po poškození míchy. *Paraplegické Fórum*, (1), 36.
- Kojecký, Z. (2014). Actreen® Hi-Lite - Nová generace potahovaných močových katetrů pro intermitentní katetrizaci: Ambulantní péče. *Braunoviny*, 1. Retrieved from <http://braunoviny.bbraun.cz/actreenz-hi-lite-nova-generace-potahovanych-mocovych-katetru-pro-intermitentni-katetrizaci>
- Kokořová, A. (2015). Partnerský život osob po poranění míchy a poškození mozku (Bakalářská práce). Praha.
- Koloušková, K. (2012). Poranění páteře v ošetrovatelské péči (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Lékařská fakulta).
- Kříž, J. (2010). Nebezpečná poranění míchy. *Zdravotnictví medicína: Pacientské listy*, 2010(22).
- Kříž, J., & Hyšperská, V. (2009). Rizikové stavy u pacientů v chronické fázi po poškození míchy. *Neurologie pro praxi*, 10(3), pp. 137-142.
- Kříž, J., & Chvostová, Š. (2009). Vyšetřovací a rehabilitační postupy u pacientů po míšní lézi. *Neurologie pro praxi*, 10(3), pp. 143-147.
- Kusyová, Z. (2010). Katetrizace močového měchýře. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*, 20(10), pp. 72-74.
- Kutnohorská, J. (2010). Historie ošetrovatelství. Praha: Grada.
- Lapides, C., Diokno, A., Silber, S., & Lowe, B. (1972). Clean intermittent self catheterization in the treatment of urinary tract disease. *The Journal of Urology* (107), pp. 458-461.
- Matoušová Martina, M. (2009). Evakuace močového měchýře pomocí ČIK (čisté intermitentní katetrizace), (Bakalářská práce).
- Naňka, O., Elišková, M., & Eliška, O. (2009). Přehled anatomie. (2., dopl. a přeprac. vyd. , 416 s.) Praha: Galén.
- Předpis č. 428/2013 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014, *Zákony pro lidi, Česká republika*
- Roušalová, P. (2016). Certifikovaný kurz: Vzdělávání - Akreditace [Online]. Retrieved from http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/certifikovany-kurz_3081_3.html
- Schoener, C., Guggenbichler, J., Lugauer, S., & Regenfus, A. (1999). Silver catheter study, methods and results of microbiological investigations. *Infections*(27), pp. 54-55.
- Sutorý, M., & Wendsche., P. (2009). Péče o vyměšování moči a stolice u pacientů s transverzální míšní lézí. *Neurologie pro praxi*, 10(3), pp. 160-164.
- Svěráková, M. (2012). Edukační činnost sestry-úvod do problematiky. (p. 63). Praha: Galén.

- Šámal, V. (2010). Urologická péče o pacienta po spinálním poranění. *Praktický lékař*, 90(4), pp. 206-211.
- Šámal, V., Kyrianová, A., Šrám, J., Mečl, J., & Fogl, J. (2011). Čistá intermitentní katetrizace v léčbě neurogenních dysfunkcí dolních močových cest po spinálním poranění porovnání výsledků při použití hydrofilních a standardních PVC katétrů. *Česká urologie-moderní časopis pro klinické a praktické urology*, 15(4), pp. 229-236.
- Techniky a možnosti hrazení pojišťovnou: Inkontinence a urologické problémy. (2010). *Techniky a možnosti hrazení pojišťovnou: Inkontinence a urologické problémy* [Online]. Retrieved from <http://www.zelenahvezda.cz/pacientska-sekce/p-inkontinence/intermitentni-mocove-katetrizace-techniky-a-moznosti-hrazeni-pojistovnou>
- Vilímková, Ž. (2011). Léčebně- rehabilitační plán a postup po poranění páteře a míchy (Bakalářská práce). Brno.
- Vorlíček, J., Abrahámová, J., & Vorlíčková, H. (2012). *Klinická onkologie pro sestry*. (2., přeprac. a dopl. vyd., 448 s.) Praha: Grada.
- Wilson, M. (2015). Clean intermittent self-catheterisation: working with patients. 2 (24), pp. 76-85
- Zachoval, R. (2015). Prolomení limitů preskripce je nezbytné. *Helios: Časopis pro pacienty s poruchami vyprazdňování močového měchýře*, (4), 3.
- Zákon č. 369/2011 Sb., o veřejném pojištění a o změně a doplnění souvisejících zákonů, Sbírka zákonů, Česká republika
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, Sbírka zákonů, Česká republika

Použité zkratky

AD - syndrom autonomní dysreflexie

ALP -alkalická fosfatáza

apod - a podobně

BMI- tělesný hmotnostní index

CC- cervikokraniální

C -Th- cervikotorakální

ČIK- čistá intermitentní katetrizace

DVD-Digital Versatile Disc

EPI-suprapubická epicystostomie

FN- fakultní nemocnice

GIT- gastrointestinální systém

ICHs- ischemická choroba srdeční

KN- krajská nemocnice

ml- mililitr

mmHg- milimetr rtuťového sloupce

např- například

O₂- kyslík

PDE-5 - inhibitory fosfodiesterázy 5. typu

PEG- perkutánní endoskopická gastrostomie

PMK- permanentní močový katétr

RÚ- rehabilitační ústav

SJ- spinální jednotka

SRJ- spinální rehabilitační jednotka

St C - stupeň Celsia

TESE-(Micro Epididymal Sperm Aspiration)- mikrochirurgické odsátí spermií z nadvarlete

tj. - to jest

TLM- traumatická léze míšň

tzv. - takzvaný