UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu

Kompenzační a protetické pomůcky pro osoby s míšní lézí

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Vypracovala:

PhDr. Rostislav Čichoň, Ph.D. **Marta Köhlerová, DiS.**

Praha, březen 2017

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své bakalářské práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto bakalářskou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:	Fakulta / katedra:	Datum vypůjčení:	Podpis:

Poděkování:

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce, panu PhDr. Rostislavu Čichoňovi, Ph.D., za poskytnutí potřebných podkladů, za cenné podněty při vedení mé bakalářské práce a za jeho ochotu a čas.

Dále bych chtěla poděkovat své konzultantce, paní Mgr. Petře Brédové, za odborné připomínky.

V neposlední řadě patří moje poděkování rodině za její podporu.

Abstrakt

Název:

Kompenzační a protetické pomůcky pro osoby s míšní lézí

Cíle:

Hlavním cílem práce je poskytnutí komplexního souboru informací o kompenzačních a protetických pomůckách pro osoby s míšní lézí v kontextu se základními fakty o spinální problematice, zdravotními důsledky míšní léze, jejích možných komplikací a s nastíněním systému postupné léčebné péče.

Metody:

Sběr dat pomocí strukturovaného řízeného rozhovoru s malou skupinou osob s míšní lézí.

Výsledky:

Osoby s míšní lézí mají potřebné vybavení kompenzačními a protetickými pomůckami. Celková situace na trhu s kompenzačními a protetickými pomůckami je pro osoby s míšní lézí příznivá.

Klíčová slova:

Kompenzační pomůcka, protetická pomůcka, spinální program, poranění míchy, paraplegie, tetraplegie, pentaplegie, úhrady pomůcek.

Abstract

Title:

Compensation and prosthetic aids for persons with spinal cord lesion

Objectives:

The main goal of this work is providing a comprehensive set of information about compensation and prosthetic aids for people with spinal cord lesion in the context of basic facts about spinal problems, health consequences of spinal cord lesion, its possible complications and explanation of progressive health care.

Methods:

Data collection using the structured guided interview with a small group of people with spinal cord lesion.

Results:

People with spinal cord lesion have necessary equipment of compensation and prosthetic aids. The overall market situation with compensation and prosthetic aids is favourable for persons with spinal cord lesion.

Keywords:

Compensatory aid, prosthetic device, spinal programme, spinal cord injury, paraplegia, tetraplegia, pentaplegia, payment of compensatory aid.

Obsah

1 Úvod 11

2 Základní fakta o spinální problematice 13

2.1 Anatomie hřbetní míchy 13

2.2 Funkce hřbetní míchy 13

2.3 Etiologie míšního poranění 14

2.4 Neurologický obraz míšního poranění 14

3 Zdravotní důsledky míšní léze a možné komplikace 15

3.1 Autonomní dysreflexie 15

3.2 Ortostatická hypotenze 15

3.3 Tromboembolická nemoc 16

3.4 Poruchy močení 16

3.5 Poruchy vyprazdňování 16

3.6 Obezita 16

3.7 Poruchy kožního krytu 17

3.8 Spasticita 17

3.9 Osteoporóza 17

3.10 Paraartikulární heterotopické osifikace 17

3.11 Snížení možností sebeobsluhy 18

3.12 Imobilita 18

4 Systém postupné léčebné péče o pacienty s míšní lézí 19

4.1 Akutní péče 19

4.2 Subakutní péče 19

4.3 Chronická péče 20

5 Základní terminologie pojmů kompenzační a protetická pomůcka 21

5.1 Kompenzační pomůcka 21

5.1.1 Základní dělení kompenzačních pomůcek 21
5.2 Protetická pomůcka 22
5.2.1 Základní dělení protetických pomůcek 23
5.3 Role ortotika – protetika u pacientů s míšní lézí 23
6 Vybraná důležitá kritéria při výběru kompenzačních a protetických pomůcek u pacienta/klienta s míšní lézí 24
6.1 Rozdíly v potřebnosti pomůcek 24
6.1.1 Základní kompenzační pomůcky pro osoby s míšní lézí a jejich kritéria. 24
6.1.2 Pomůcky u paraplegie 26
6.1.3 Pomůcky u tetraplegie 27
6.1.4 Pomůcky u pentaplegie 27
6.2 Výběr vhodných pomůcek v jednotlivých fázích života po úraze 28
6.2.1 Spinální jednotka ve vztahu ke kompenzačním pomůckám 28
6.2.2 Rehabilitační ústav ve vztahu ke kompenzačním pomůckám 29
6.2.3 Návrat do domácího prostředí 29
6.3 Způsob úhrady pomůcek 30
6.3.1 Pomůcky plně nebo částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění 30
6.3.2 Pomůcky nehrazené ze zdravotního pojištění s možností úhrady ve smyslu zák. č. 329/2011 Sb., ve spojení s vyhl. č. 388/2011 Sb., příspěvkem na zvláštní pomůcku od krajského Úřadu práce 31
6.3.3 Nadace 31
6.3.4 Samoplátce 32
7 Metodologie práce 33
7.1 Cíle a úkoly práce 33
7.2 Metodologie řízeného strukturovaného rozhovoru 34
7.2.1 Výzkumný soubor 34
7.2.2 Sběr dat 35
7.2.3 Metoda analýzy dat 35

8 Data a výsledky 37

9 Diskuse 53

10 Závěr 56

Seznam použité literatury 57

Seznam použitých grafů 59

Seznam obrázků 61

Seznam příloh 65

Seznam použitých zkratek

C	krční páteř
TH	hrudní páteř
L	bederní páteř
S	křížová oblast páteře
lat.	latinsky
ADL	aktivity of daily living – běžné denní činnosti
např.	například
atd.	a tak dále
tzv.	takzvaně
apod.	a podobně
č.	číslo

1 Úvod

Jak se mnozí autoři knih a článků o míšním poranění shodují, je toto poranění jedno z nejvíce devastujících. Zasahuje do velkého množství tělesných struktur (svalového aparátu, trávicího, vylučovacího a dýchacího systému, sexuálních funkcí atd.). Míšní léze je pro pacienta/klienta jak fyzicky, tak psychicky hodně zatěžující. A nejenom pro něj, ale i pro jeho nejbližší – rodinu, přátele. Po míšním poranění se život handicapovaných radikálně změní a často se učí vše od začátku – starat se o sebe a fungovat v sociální a pracovní sféře. Každý rok přibude kolem 200 - 250 osob s míšním poraněním.

Na spinální jednotce v Liberci pracuji téměř 10 let. Setkala jsem se s mnoha pacienty a mohla sledovat část jejich životní etapy po míšním poranění. Jsou zde hospitalizováni pacienti v subakutní a chronické fázi. V subakutní fázi se učí s nově vzniklou životní situací pracovat, soustředí se na intenzivní rehabilitační program, začínají se seznamovat s problematikou míšních lézí a orientovat se ve světě kompenzačních a protetických pomůcek. V chronické fázi řeší zdravotní komplikace, kterými jsou nejčastěji dekubity, osifikace, zhoršení spasticity, urologické obtíže nebo bolestivé stavy. Nejenže se pozornost soustředí na zdravotní stav po lékařské stránce, ale přihlíží se i k životnímu stylu pacienta, jeho dennímu režimu, pracovní a sportovní aktivitě. Hledají se preventivní opatření, která by zdravotní komplikace co nejvíce eliminovala. V tomto momentě se hodně soustředíme na kompenzační a protetické pomůcky. Největším problémem bývá nevhodný výběr pomůcky, nejčastěji mechanického vozíku nebo antidekubitního sedacího polštáře. Problém nastává i s předepsáním vhodnější pomůcky, pokud ještě neuplynula doba, po kterou pacient pomůcku využívá, a nemá tudíž nárok na novou hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Ceny nových kompenzačních a protetických pomůcek jsou poměrně vysoké na to, aby si je pacient/klient mohl uhradit z vlastních zdrojů. Pomůcky se mohou předepisovat po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, a doba na schválení a dodání bývá celkem dlouhá – až měsíc. Na českém trhu je mnoho výrobců a distributorů kompenzačních a protetických pomůcek, výběr je opravdu veliký, ale někdy je obtížné se dostatečně zorientovat v nabídce.

Svou bakalářskou práci jsem zaměřila na problematiku kompenzačních a protetických pomůcek u osob s míšní lézí. Má práce má charakter empiricko - teoretický.

2 Základní fakta o spinální problematice

2.1 Anatomie hřbetní míchy

Hřbetní mícha (lat. medulla spinalis) je provazec nervové tkáně, 40 – 50 cm dlouhý, široký od 10 do 13 mm. Hřbetní mícha je uložena v páteřním kanálu a je obklopena míšními obaly. Páteřní kanál (lat. canalis vertebralis) tvoří tělo obratle s jeho obloukem, zadní plocha meziobratlové ploténky a vazy. V krčním a v horním hrudním úseku má mícha průřez oválný, v ostatních částech je průřez kruhovitý (Čihák, 2004).

Začátek míchy je mezi týlní kostí a atlasem. Kraniálně mícha plynule pokračuje v prodlouženou míchu (lat. medulla oblongata), která je součástí mozkového kmene. Mícha končí u muže v úrovni meziobratlové ploténky L1/L2, u žen ve výši obratlového těla L2, kuželovitým zakončením zvaným konus míšní (lat. conus medullaris) (Čihák, 2004).

Míchu obalují dvě měkké pleny míšní a jedna tvrdá plena míšní.

Z míchy vystupují míšní nervy, kterých je 31 párů, a tvoří míšní segmenty. Míšní segment je úsek míchy, z něhož se sbírají kořenová vlákna do jednoho páru míšních nervů. Míšních segmentů je 31: 8 krčních segmentů (C1 – 8), 12 hrudních segmentů (Th1 – 12), 5 bederních segmentů (L1 – 5), 5 křížových segmentů (S1 – 5), 1 až 3 kostrční segmenty (Co). Dolní bederní a křížové míšní nervy vytváří kaudálně od míchy chvost vláken – tzv. koňský ohon (lat. cauda equina) (Čihák, 2004) (viz obrázek č. 1).

2.2 Funkce hřbetní míchy

Mícha společně s mozkem tvoří centrální nervový systém.

Míšní nerv vzniká spojením dvou kořenů: předního kořene (lat. radix ventralis) a zadního kořene (lat. radix dorsalis). Zadní kořeny se před spojením ztlušťují v míšní uzlinu (lat. ganglion spinale). Přední kořeny mají povahu motorickou, zadní kořeny senzitivní. Míšní nervy jsou nervy smíšené (Linc, Doubková, 2001).

Porušení motorických vláken vede k obrně příslušného svalstva, porušením vláken senzitivních dochází ke ztrátě citlivosti příslušné kožní oblasti, i hluboké citlivosti příslušných svalů a kloubů (Linc, Doubková, 2001) (viz obrázek č. 2).

Poškození míchy je jedním ze zdravotních postižení, které devastuje organismus na více úrovních - ztráta hybnosti a citlivosti na trupu a končetinách, poruchy autonomního nervového systému - porucha močení, defekace, porucha sexuálních funkcí, a další rizika a komplikace (Kolář, 2009).

2.3 Etiologie míšního poranění

V České republice přibývá ročně zhruba 200 – 250 nových pacientů s míšním poraněním. Nejčastější příčina poranění míchy je úraz, při kterém dojde k poranění páteře a páteřní kanál je utlačen luxovaným obratlem nebo jeho kostními úlomky. Úrazy jsou způsobeny autonehodami, pády z výšky, při sportovních aktivitách. Další možné příčiny mohou být neúrazové, a to cévní myelopatie, záněty nebo nádory (Kolář, 2009).

2.4 Neurologický obraz míšního poranění

Léze míchy v určitém segmentu může mít různý neurologický obraz. Rozlišujeme paraplegii/parézu, kvadruplegii/parézu, pentaplegii. Pokud je mícha úplně přerušena, hovoříme o kompletní transverzální míšní lézi. Je-li zachován částečně pohyb nebo čití pod úrovní míšní léze, hovoříme o nekompletní transverzální míšní lézi. Paraplegie vzniká při lézi od segmentu Th2 distálně, tetraplegie při lézi segmentů C až Th1. Pentaplegie je léze nad segmentem C4 a současně jsou postiženy spolu s končetinami a trupem i svaly bránice. Bezprostředně po vzniku míšní léze nastává období míšního šoku, které trvá nejčastěji kolem 6 týdnů. V tomto období lze u pacienta pozorovat plnou atonii, areflexii a anestezii. Po odeznění míšního šoku se může částečně obnovit jak citlivost, tak hybnost (Kolář, 2009).

Míšní šok je náhlá ztráta funkce pod poškozeným segmentem míchy. Jde o blokádu vzruchů procházejících míchou. Nemusí být bezpodmínečně spojen s anatomickým přerušením míchy (Malý, 1999).

3 Zdravotní důsledky míšní léze a možné komplikace

Míšní poranění znamená mnohá rizika pro zdravotní stav těchto pacientů/klientů. Ty nejdůležitější jsou zde uvedeny.

Studie Secondary health conditions in person with spinal cord injury: a longitudinal study from one to five years postdischarge (Sekundární zdravotní stav u osob s míšním poraněním: dlouhodobá studie od jednoho do pěti let od vzniku poranění) se zabývá zdravotními komplikacemi po míšním poranění. Z výsledků vyplývá, že důležitý je koordinovaný multidisciplinární přístup a že sekundární zdravotní komplikace jsou častou příčinou úmrtí a rehospitalizace.

3.1 Autonomní dysreflexie

Autonomní dysreflexie je život ohrožující akutní stav. Objevuje se v období po odeznění fáze míšního šoku u pacientů s míšní lézí, kdy se navracejí reflexy. Jedná se zejména o míšní léze v oblasti krční a horní hrudní (nad Th6). Autonomní dysreflexie se projevuje především rychlým zvýšením krevního tlaku, snížením srdečního pulzu, zarudnutím v obličeji, zvýšeným pocením, bolestí hlavy, úzkostí. Příčinou takového stavu je porucha sympatoparasympatické kontroly např. při distenzi močového měchýře a střeva. Autonomní dysreflexie nesmí být podceňována a léčba musí být rychlá (Faltýnková, 2014).

3.2 Ortostatická hypotenze

S ortostatickou hypotenzí se setkáváme zejména u pacientů v akutním a subakutním stadiu. Může se rozvinout i u chronických pacientů, kteří delší čas setrvávají v horizontální poloze – při nemoci nebo po operačním zákroku (Kříž, Hyšperská, 2009). Ortostatická hypotenze vzniká vlivem poškození vegetativních nervů. Zvyšuje se průsvit cév a dochází k nedostatečné cirkulaci krve v ochrnutých částech těla. Pacient má pocit závrati nebo slabosti při změně polohy těla z horizontály do vertikály (Faltýnková, 2014). Vertikalizace musí probíhat postupně s pomocí kompresních punčoch na dolní končetiny, případně lze krátkodobě využít antihypotenziv (Kříž, Hyšperská, 2009).

3.3 Tromboembolická nemoc

Tromboembolická nemoc má stejný patofyziologický podklad jako ortostatická hypotenze. Je snížen vazomotorický tonus spolu s absencí svalové pumpy. Největší riziko představuje prvních několik týdnů po úraze. V chronickém stavu to může být období po dlouhodobější imobilizaci, operačních výkonech, zlomeninách atd. (Kříž, Hyšperská, 2009).

3.4 Poruchy močení

Míšní centrum pro močení je ve výši segmentů S2 – S4 (oblast obratlů Th12 – L1). Odtud je vedena informace o náplni močového měchýře směrem k mozku. Při míšní lézi tato informace neprochází. Močový měchýř se tedy musí pravidelně (cca po 3 hodinách) vyprazdňovat pomocí čisté intermitentní katetrizace nebo zavedením permanentního močového katetru nebo epicystotomií, aby se zabránilo močovým infekcím a epizodám autonomní dysreflexie (Faltýnková, 2014).

3.5 Poruchy vyprazdňování

Vlivem porušení centrálního a periferního nervového systému vzniká střevní dysfunkce. Může docházet ke ztrátě pocitu nutkání na stolici, obstipaci, inkontinenci, k prodloužení času pasáže střevem a nekoordinované evakuaci stolice. Je zde riziko vzniku zácpy nebo až subileózního stavu. Vyprazdňování se uskutečňuje pomocí rektálního stimulancia, miniklizmatu nebo digitální evakuace po 2 – 3 dnech (Kříž, Hyšperská, 2009).

3.6 Obezita

Osoby s míšním poraněním mají problémy s udržením si hmotnosti. Omezením pohybových aktivit a změnou metabolismu základních živin se snižuje energetický výdej organismu. Aktivní svalová hmota ubývá. Důležitý je pravidelný pohybový režim a dietní opatření (Kříž, Hyšperská, 2009).

3.7 Poruchy kožního krytu

Nejčastější poruchou kožního krytu jsou dekubity (proleženiny). V akutní fázi většinou vznikají špatnou ošetřovatelskou péčí, v chronickém stadiu z viny samotného pacienta. Na samotném začátku jsou to zdánlivě bezvýznamné oděrky nebo zarudnutí (dlouhodobé setrvání v jedné poloze), z kterých se mohou dekubity následně vyvinout. Terapie by se měla zahájit co nejdříve odlehčením postiženého místa. Rozvinutý dekubit většinou vyžaduje dlouhodobou léčbu a mnohdy i chirurgický zákrok (plastická operace). Významnou roli zde hrají antidekubitní pomůcky a pravidelné polohování pacienta (Kříž, Hyšperská, 2009).

Ztráta citlivosti pod místem léze vede také ke špatnému odhadu teploty okolí těla. Mohou vzniknout popáleniny nebo omrzliny (Kříž, Hyšperská, 2009).

3.8 Spasticita

Jedná se o zvýšené svalové napětí a šlachových reflexů, které se projevuje v ochrnutých částech těla po odeznění fáze míšního šoku. Objevují se mimovolní záškuby, chvění nebo křeče (Faltýnková, 2014). Projevy jsou u pacientů různé a mohou i různě obtěžovat v běžném životě. Náhlé zhoršení spasticity může poukazovat na další problém v těle pacienta (kožní defekt, zlomenina…). Léčba spasticity je komplikovaná (Kříž, Hyšperská, 2009).

3.9 Osteoporóza

Bezprostředně po míšním poranění začíná kostní resorpce, která je doprovázená zvýšenou hladinou kalcia. Kostní hmota ubývá a vzniká vyšší riziko zlomenin. Nejčastější zlomeninou je zlomenina dlouhých kostí (Kříž, Hyšperská, 2009).

3.10 Paraartikulární heterotopické osifikace

Paraartikulární heterotopické osifikace se také nazývají zvápenatiny. Vznikají z dlouhodobé imobilizace na lůžku nebo mikrotraumatizací měkkých tkání v okolí kloubu. Nejčastěji se vyskytují v okolí velkých kloubů - kyčlí, kolenních kloubů,

ve stehenním svalstvu. Hybnost v kloubech se omezuje a brání pacientovi ve vykonávání běžných denních činností. Extrémní osifikace jsou řešeny operačně (Faltýnková, 2014).

3.11 Snížení možností sebeobsluhy

Poškození míchy má za následek ochrnutí některých svalových skupin – paraplegie je vyjádřena zejména na dolních končetinách a částečně na trupu, tetraplegie zahrnuje i svalové skupiny na horních končetinách. Celkově se mění pohybové stereotypy a důsledkem toho i sebeobsluha, která je o to obtížnější. Osoby s míšním poraněním se neobejdou bez kompenzačních pomůcek (vozík, pomůcky pro sebesycení, pomůcky pro osobní hygienu apod.)

3.12 Imobilita

Imobilita je stav, který vzniká poruchou pohybového nebo nosného aparátu, nervového systému. Příčina vzniku je nemoc nebo úraz, kdy dochází k dočasné nebo trvalé ztrátě pohybových schopností jedince. Imobilní osoba je závislá na dopomoci ze sociálního okolí. Důležitá je kvalitní zdravotní péče (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

4 Systém postupné léčebné péče o pacienty s míšní lézí

V České republice v současné době existuje tzv. spinální program. Jeho historie je poměrně krátká. V 50. - 60. letech minulého století byly první pokusy k vzniku tzv. spinálních center od prof. Beneše, které nebyly naplněny. První spinální jednotka vznikla až v roce 1992 v Úrazové nemocnici v Brně (prof. Wendsche). Následně vznikly spinální jednotky v Ostravě, v Liberci a v Praze. V současné době existují tedy 4 spinální jednotky, které poskytují odbornou péči pacientům po poranění míchy z celé České republiky. Každá spinální jednotka má určenou svou spádovou oblast. Na spinální jednotky je překládán pacient nejčastěji z některého spondylochirurgického pracoviště. Po odeznění akutního stadia ze spinálních jednotek pacient pokračuje do rehabilitačních ústavů, v kterých byly zřízeny spinální rehabilitační jednotky – Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Rehabilitační ústav Hrabyně a Rehabilitační ústav Kladruby. Léčba těchto pacientů je dlouhodobá (Kříž, 2013).

Cílem spinálního programu je poskytnutí maximální odborné a kvalitní péče (léčebné, sociální) pacientům po míšním poranění (Kříž, 2013).

Veškerá péče je hrazena zdravotními pojišťovnami, ale přesto je i časově omezena délkou pobytu v zařízení bez přerušení.

4.1 Akutní péče

Již v minulosti byla snaha centralizovat péči o spinální pacienty, od začátku vzniku poranění, na neurochirurgických a spondylochirurgických odděleních (např. Brno, Hradec Králové, Praha, Olomouc, Liberec, Ústí nad Labem). Na tato oddělení jsou pacienti po poranění míchy dopravováni bezprostředně po úraze. V této akutní fázi probíhá ošetření poranění páteře a míchy, stabilizace stavu a vyřešení přidružených komplikací. Akutní fáze trvá zhruba 1. - 2. týden po úraze (Kříž, 2013).

4.2 Subakutní péče

Po překonání kritického období v akutní fázi je pacient překládán na spinální jednotku. Zde pokračuje intenzivní rehabilitační program. Spinální jednotky mezi sebou úzce spolupracují ve smyslu zastupitelnosti při nedostatku lůžek. Průměrný pobyt

na spinální jednotce trvá zhruba 2 – 3 měsíce. Ze spinální jednotky pacient pokračuje na spinální rehabilitační jednotku příslušného rehabilitačního ústavu, které byly již zmíněny, s dobou hospitalizace 3 – 5 měsíců (Kříž, 2013).

4.3 Chronická péče

Po návratu z rehabilitačního ústavu do domácího prostředí je důležité pokračovat v rehabilitaci. Pro tyto účely slouží ambulantní rehabilitační zařízení (podmínkou je bezbariérovost), Centrum Paraple o.p.s., ParaCENTRUM Fénix nebo opakovací pobyty v rehabilitačních ústavech atd. Pravidelná, systematická a dlouhodobá rehabilitační péče je součástí zdravého životního stylu osob po míšním poranění (Faltýnková, 2014).

Komplexní péče u osob s míšním poraněním je dlouhodobá. Intenzivní spinální program bezprostředně po vzniku poranění trvá asi 8 měsíců. „*Cílem léčby a rehabilitace pacientů s míšním poraněním je minimalizace následků neurologického postižení a maximální návrat pohybových a dalších funkcí organismu. Tréninkem nových náhradních pohybových vzorů s využitím zbylého funkčního potenciálu a pomůcek je těmto osobám umožněno co nejefektivněji zvládat svou soběstačnost.*“ (Faltýnková, 2014, s. 23)

5 Základní terminologie pojmů kompenzační a protetická pomůcka

Možnost využití kompenzačních a protetických pomůcek pomáhá osobám s míšní lézí k úspěšnější socializaci, edukaci a integraci do společnosti. Návrat do běžného života není tak složitý a bolestný při ztrátě pohybových funkcí organismu a s tím spojených komplikací. Tyto prostředky podporují prevenci vzniku komplikací a sekundárních změn, které způsobuje imobilita. Podporují maximální soběstačnost a samostatnost jedince (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

5.1 Kompenzační pomůcka

Autorky Bendová, Jeřábková, Růžičková (2006) ve svých skriptech Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami popisují kompenzační pomůcku jako pomůcku, která má v co největší možné míře eliminovat nebo alespoň minimalizovat negativní důsledky zdravotního postižení jedince. Není rozdílu, zda se jedná o postižení motorické, zrakové, sluchové, řečové nebo mentální. Pomůcky slouží v oblastech lokomoce, komunikace, prostorové orientace, sebeobsluhy.

MUDr. Votava (2009) rozlišuje kompenzační pomůcky od protetických pomůcek jejich dobou využití. Kompenzační pomůcky se využívají při činnostech s cílem usnadnit jejich provedení. S kompenzační pomůckou jsou tyto činnosti snazší než bez ní. Protetické pomůcky se používají dlouhodobě.

5.1.1 Základní dělení kompenzačních pomůcek

Existuje několik pohledů na základní dělení kompenzačních pomůcek. MUDr. Votava (2009) dělí pomůcky například podle postižení nebo omezení, podle jejich výroby a dostupnosti, podle typů denních činností atd. Autorky Bendová, Jeřábková, Růžičková (2006) vytvořily klasifikaci podle pravidla ontogeneze jedince a účelnosti praktického využití jednotlivých prostředků. Autoři Vyskotová, Čichoň (2013) rozdělili kompenzační pomůcky podle omezené funkce, kterou pomáhají kompenzovat: pomůcky usnadňující nebo umožňující stabilitu a pohyb v prostoru, pomůcky

umožňující provádět běžné denní činnosti, pomůcky umožňující provádět pracovní aktivity, pomůcky umožňující provádět volnočasové a sportovní aktivity.

Nejznámější a nejvíce používané dělení můžeme nalézt v katalozích firem, které kompenzační pomůcky nabízejí. Uvedu zde systém dělení od firmy DMA (2016), která je podle mého názoru největším distributorem kompenzačních pomůcek u nás v České republice.

- Pomůcky k chůzi (berle, hole, chodítka, příslušenství k holím a berlím)
- Klozetová křesla (pojízdná, pevná, toaletní nádoby)
- Pomůcky do koupelny (sedačky do vany, sedačky na vany, sedačky do sprchy, křesla do sprchy, madla do koupelny…)
- Pomůcky na WC (nástavce, madla…)
- Polohovací lůžka a příslušenství
- Mechanické vozíky (standardní, odlehčené, dětské, polohovací…)
- Elektrické vozíky (interiérové, exteriérové)
- Elektrické skútry
- Ústavní a domácí péče (zvedáky, podložky na přesun…)
- Pomůcky pro sebeobsluhu (pro stravování, hygienu, oblékání…)
- Bandáže (neoprenové, elastické)

5.2 Protetická pomůcka

Protetická pomůcka je taková pomůcka, která pacientovi/klientovi slouží dlouhodobě. Má fixační, korekční, podpůrnou, extenční nebo odlehčovací funkci. Výrobou a distribucí těchto pomůcek se zabývá obor ortopedická protetika (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006). Mgr. Rudolf Půlpán (2011), autor knihy Základy protetiky, používá základní dělení tohoto oboru na 5 podoborů. Toto odborné dělení také popsal MUDr. Votava (2009).

1. Ortotika (náhrada nebo podpora oslabených funkcí organismu)
2. Protetika (náhrada ztracené části těla a její funkce)
3. Epitetika (kosmetická náhrada ztracené části těla)
4. Kalceotika (výroba speciálně upravené obuvi)
5. Adjuvatika (tzv. kompenzační pomůcky)

5.2.1 Základní dělení protetických pomůcek

Protetické pomůcky se mohou dělit podle různých kritérií. Rozlišujeme výrobu individuální a sériovou. Individuální protetickou pomůcku na míru konkrétnímu pacientovi/klientovi vyrábí ortotik – protetik. Ve své práci uvádím dělení firmy Sanomed (2016), která má podle mého názoru přehledně zpracovaný katalog nabídky sériově vyráběných protetických pomůcek:

- Krk - krční límce
- Trup – bandáže a ortézy
- Horní končetiny – bandáže a ortézy
- Loket – bandáže a ortézy
- Rameno – bandáže a ortézy
- Klíční kost – klavikulární bandáž
- Koleno – bandáže a ortézy
- Lýtko a stehno - bandáže
- Hlezno – bandáže a ortézy
- Antiembolické punčochy
- Noha – korektory a vložky
- Rehabilitace – toaletní a lokomoční potřeby
- Spánek a sezení

5.3 Role ortotika – protetika u pacientů s míšní lézí

Svou nezastupitelnou roli v problematice míšních poranění má i profese ortotik - protetik. Pacienti/klienti s míšní lézí často potřebují individuálně zhotovenou protetickou pomůcku. Obvykle to například bývá končetinová ortéza na správné tvarování funkčního úchopu tetraplegiků v akutní a subakutní fázi (viz obrázek č. 3) nebo končetinové ortézy na dolní končetiny pro vertikalizaci. Ne vždy je možné pro pacienta/klienta vybrat sériovou ortotickou pomůcku a i v těchto případech je nutná spolupráce s ortotikem - protetikem, který je schopen pomůcku vyrobit na míru. Existence profese, která respektuje individuální proporce těla a specifické potřeby každého jednoho pacienta/klienta, a podle toho vyrobí protetickou nebo kompenzační pomůcku, je smysluplná.

6 Vybraná důležitá kritéria při výběru kompenzačních a protetických pomůcek u pacienta/klienta s míšní lézí

Pacienti/klienti s míšní lézí jsou riziková skupina s velkou škálou komplikací, které jsem popisovala v předchozích kapitolách. Abychom zdravotním komplikacím předcházeli, je důležité vybrat správnou kompenzační a protetickou pomůcku. Tyto pomůcky by měly co nejefektivněji sloužit po dobu jejich užívání. Měly by pacientům/klientům pomáhat a nezhoršovat jejich zdravotní stav nebo soběstačnost.

Nároky kladené na kompenzační a protetické pomůcky mohou být: funkční, technické, estetické, ergonomické, ekonomické (Vyskotová, Čichoň, 2013).

6.1 Rozdíly v potřebnosti pomůcek

Podle výšky míšní léze se odvíjí celkový neurologický obraz pacienta/klienta. Každý pacient/klient má svá pohybová omezení v ADL činnostech a s tím je spojena i potřeba kompenzačních pomůcek. Celkově můžeme říci, že čím výše je míšní léze (směrem kraniálně), tím se pohybová schopnost pacienta/klienta snižuje a tím více je potřeba kompenzačních pomůcek. Díky kompenzačním pomůckám může osoba s míšní lézí mít téměř plnohodnotný život.

6.1.1 Základní kompenzační pomůcky pro osoby s míšní lézí a jejich kritéria

6.1.1.1 Mechanický nebo elektrický vozík

Kompenzační pomůcka ortopedický vozík se předepisuje uživateli na 5 let. Je to pomůcka, která se využívá několik hodin každý den. Je proto velmi důležité vybrat vhodný vozík. Nesprávným naměřením parametrů vozíku může docházet k mnoha zdravotním komplikacím, např.: asymetrie sedu vede ke svalovým dysbalancím a ke skolióze, zhoršení sebeobsluhy v důsledku špatné manipulace s vozíkem, k poruše kožního krytu z nesprávné šířky nebo hloubky sedu a nesprávné výšky zádové opěrky (Faltýnková, 2015).

6.1.1.2 Antidekubitní sedací polštář

Antidekubitní sedací polštář (též sedák) je nezbytným doplňkem každého vozíku. Z úhrady zdravotního pojištění je předepisován na dobu 3 let. Osoby s míšním poraněním jsou ohroženy dekubity v důsledku dlouhodobého sezení ve vozíku. Na trhu je v současné době velké množství různých antidekubitních sedacích polštářů. I s jejich výběrem ale opatrně. Jako ideální řešení se nabízí měření tlaku na sedací části těla pomocí Pressure Mapping, který pomůže vybrat vhodný antidekubitní sedací polštář. Sedák určuje i stabilitu těla (Faltýnková, 2015). Podle studie Spinal cord injury and time to instability in seated posture (Poranění míchy a nestabilita vsedě), která měřila stabilitu sedu u osob s míšní lézí, se potvrdilo, že nejčastější pády z vozíků jsou právě kvůli celkové posturální nestabilitě těchto osob.

6.1.1.3 Polohovací lůžko

Polohovací lůžko je důležitou podmínkou pro správné a snadné polohování, ošetřovatelskou péči sester, rodiny i osobních asistentů osob s míšním poraněním. Bývá i zásadním pomocníkem při autokatetrizaci (Kříž, Faltýnková, 2012). Z vlastní praxe na spinální jednotce jsem vypozorovala, že polohovací lůžko nevyužívají plně aktivní osoby s míšním poraněním (paraplegie, kvadruplegie s nízkou lézí v krční páteři). Důležitý je výběr vhodné antidekubitní matrace z důvodu rizika dekubitů.

6.1.1.4 Pomůcky pro osobní hygienu

Pro zlepšení ADL činností při osobní hygieně je vhodná bezbariérová koupelna se sedačkou a s madly do sprchy, sedačkou do vany, zvedáky, nástavci na WC, protiskluzovou podložkou do vany atd. Pravidelná hygiena je důležitá při péči o kožní kryt.

6.1.1.5 Pomůcky pro inkontinenci

Osoby s míšním poraněním trpí z větší části různým stupněm inkontinence. Musejí využívat pomůcky pro inkontinenci jako jednorázové močové katétry, kondomový urinál, sběrné urinální sáčky, plenkové kalhotky, vložné pleny, podložky (Kříž, Faltýnková, 2012). Pravidelné vyprazdňování je důležitá prevence autonomní dysreflexie, močové inkontinence nebo ileu.

6.1.1.6 Pomůcky na vertikalizaci

Vedle kompenzačních pomůcek pro chůzi sériové výroby (berle, hole, chodítko) potřebují osoby s míšním poraněním často speciálně vyrobené tzv. stavěcí ortézy na dolní končetiny. Vyrábí je ortotik – protetik na míru pacienta/klienta. Vertikalizace je důležitá jako prevence ortostatických kolapsů, osteoporózy, paraartikulární heterotopické osifikace, kontraktur, zmírnění spasticity.

6.1.1.7 Bezbariérové bydlení

Aby osoba s míšním poraněním mohla vést v co největší možné míře plnohodnotný život, je nezbytné bezbariérové bydlení pro volný pohyb v interiéru. Ale také je důležité umožnit klientovi sociální a pracovní kontakt s okolím mimo domov. K tomu pomáhají různé prostředky jako výtahy, nájezdy, plošiny, ovládací systémy na dálku, kolejnicové závěsné systémy atd.

6.1.2 Pomůcky u paraplegie

Paraplegie je poranění míchy od segmentu T2 distálně k tzv. epikonu míšnímu (L5 – S2). Pacienti/klienti mají částečně ochrnuté trupové svalstvo a svaly dolních končetin. Se snižující se míšní lézí přibývá aktivita svalstva trupu a postupně i dolních končetin. Někteří pacienti/klienti jsou schopni chůze na krátkou vzdálenost.

Příklady kompenzačních pomůcek:

mechanický vozík

antidekubitní sedací polštář

pomůcky k chůzi (chodítko, berle…)

pomůcky do koupelny (sedačka do sprchy, madla do koupelny…)

polohovací lůžko a příslušenství

pomůcky na močovou katetrizaci

bezbariérová úprava bydlení

speciálně upravené ruční řízení auta

6.1.3 Pomůcky u tetraplegie

Pacienti/klienti s tetraplegií mají míšní lézi od segmentů C5 až Th1. Při tomto poranění je částečné ochrnutí horních končetin a trupového svalstva, dolní končetiny jsou bez aktivní hybnosti.

Příklady kompenzačních pomůcek:

mechanický nebo elektrický vozík

antidekubitní sedací polštář

pomůcky do koupelny (sedačka do sprchy, madla do koupelny…)

polohovací lůžko a příslušenství

pomůcky na močovou katetrizaci

bezbariérová úprava bydlení

speciálně upravené ruční řízení auta

pomůcky pro sebeobsluhu (pro stravování, hygienu, oblékání…)

6.1.4 Pomůcky u pentaplegie

Pacienti/klienti s míšní lézí nad segmentem C4 mají nejtěžší neurologický deficit ze všech míšních poranění. Současně jsou postiženy spolu s končetinami a trupem i svaly bránice. Tyto osoby jsou trvale odkázány na úplnou plicní ventilaci, částečně ovládají krční svaly, hybnost na dolních a horních končetinách nemají.

Příklady kompenzačních pomůcek:

elektrický vozík se speciálním ovládáním (např. bradou nebo ústy)

antidekubitní sedací polštář

speciální příslušenství na ovládání počítače

polohovací lůžko a příslušenství

pomůcky do koupelny (koupací lůžko…)

zvedáky

bezbariérová úprava bydlení (plošiny, nájezdové rampy…)

6.2 Výběr vhodných pomůcek v jednotlivých fázích života po úraze

Důležitý je správný postup při výběru kompenzační nebo protetické pomůcky. Uživatel by měl být zorientovaný v problematice a vyhledat požadovanou pomůcku u více dodavatelů a prodejců. V ideálním případě dostane možnost pomůcky osobně vyzkoušet, porovnat je mezi sebou a zvolit si pro sebe tu nejvhodnější. Výběr pomůcek může konzultovat s uživatelem se stejným handicapem, specializovanou poradnou při organizaci sdružující občany se stejným zdravotním handicapem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, sociálním pracovníkem, lékařem, ortotikem - protetikem nebo technikem z firmy dodávající vybranou pomůcku. Každá kompenzační pomůcka má ze zákona určenou dobu užívání. Pokud je výběr pomůcky nesprávný, je obtížné po tuto dobu pomůcku vyměnit, aniž by musel uživatel novou uhradit z vlastních finančních zdrojů. Pomůcku hrazenou z veřejného zdravotního pojištění lze vyměnit pouze v případě výrazné změny zdravotního stavu (Žižka, 2012).

6.2.1 Spinální jednotka ve vztahu ke kompenzačním pomůckám

Na spinální jednotce jsou pacienti hospitalizovaní v subakutní fázi. Pacienti začínají s intenzivním rehabilitačním programem, který je cílený na míšní léze. Postupně se vertikalizují, učí se nácvik přesunů na vozík a zpět, manipulaci s vozíkem, jízdu ve vozíku, ADL činnosti. Ze zkušeností na spinální jednotce Krajské nemocnice Liberec doporučují lékaři první 3 měsíce krční límec (míšní léze krční páteře) nebo tříbodové korzety po traumatologických zlomeninách obratlů (míšní léze hrudní a bederní páteře) pro lepší fixaci páteře po operačním řešení zlomenin. Tetraplegikům ortotik – protetik vyrábí polohovací rukavice na tvarování funkčního úchopu (viz obrázek č. 3). Mechanický vozík mají pacienti na spinální jednotce zapůjčený po celou dobu hospitalizace. Sedí na antidekubitním sedáku. Spinální jednotka je plně bezbariérová.

Kompenzační a protetické pomůcky mají pacienti na spinální jednotce zapůjčené a do rehabilitačního ústavu odcházejí pouze s nezbytně nutnými pomůckami. Jsou to většinou krční límce, tříbodové korzety (pokud nebylo doporučeno odložit), polohovací rukavice, berle (pokud byl pacient schopný chůze o berlích).

Je-li hospitalizován pacient v chronické fázi postižení pro komplikace – dekubitus, osifikace apod., řeší se na spinální jednotce, zda má pacient/klient vhodné kompenzační pomůcky a dostatečné bezbariérové bydlení, aby po ukončení hospitalizace nedošlo opět ke zhoršení zdravotního stavu.

6.2.2 Rehabilitační ústav ve vztahu ke kompenzačním pomůckám

Do rehabilitačního ústavu odcházejí pacienti/klient ze spinální jednotky ve stabilizovaném stavu a připraveni na intenzivnější rehabilitační program, který ústavy poskytují. Učí se větší soběstačnosti v ADL činnostech, připravují se na návrat do domácího prostředí, seznamují se s volnočasovými aktivitami. Se zkušenými odborníky v problematice míšních lézí vybírají vhodné kompenzační pomůcky, např. vozík, antidekubitní sedák, polohovací lůžko, pomůcky na hygienu apod. Konzultují nutné úpravy domácího prostředí. Toto období je velice důležité pro výběr kompenzačních pomůcek, které jim budou pomáhat po dobu k tomu určenou.

6.2.3 Návrat do domácího prostředí

Po ukončení pobytu v rehabilitačním ústavu se většina pacientů/klientů vrací zpět do svého domácího prostředí. Měli by mít domácí prostředí upravené v maximální možné míře – bezbariérový vstup, koupelna, WC atd. Do domácího prostředí odjíždějí s vybranými kompenzačními pomůckami, které jsou plně nebo částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. V tomto období řeší další dovybavení kompenzačními pomůckami, např. automobil, pomůcky pro sport apod.

Postupně se učí plnohodnotně fungovat ve svém domácím prostředí, překonávat vnitřní i vnější bariéry, starat se sami o sebe. Měli by pokračovat v ambulantní rehabilitaci a snažit se předcházet možným zdravotním komplikacím. Osoba s míšní lézí je poučena z předchozích zdravotnických zařízení (spinální jednotka, rehabilitační ústav) o tzv. režimu dne, který by měla dodržovat. Jedná se zejména o změnu polohy těla během dne a kontrola predilekčních míst na těle, která jsou ohrožena vznikem dekubitů. I proto je důležitý výběr vhodných kompenzačních a protetických pomůcek. Osoby s míšní lézí by se měly udržovat v celkově dobré fyzické a psychické kondici.

Někteří pacienti/klienti se vrací zpět do práce. Pracovní prostředí by mělo být v co největší možné míře upraveno bezbariérově. Po návratu do domácího prostředí řeší i sociální podporu od státu – invalidní důchod, příspěvky pro zdravotně postižené, příspěvek na péči, průkaz osoby se zdravotním postižením, daňové slevy a poplatkové úlevy, podpora ze strany nestátních subjektů (Faltýnková, 2012).

6.3 Způsob úhrady pomůcek

JUDr. Zdeněk Žižka (2012) ve své publikaci Pomůcky pro osoby se zdravotním postižením rozděluje úhrady kompenzačních pomůcek do 4 skupin:

1. pomůcky plně nebo částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění
2. pomůcky částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, s doplatkem ceny hrazeným příspěvkem na zvláštní pomůcku od Krajského úřadu práce
3. pomůcky nehrazené ze zdravotního pojištění s možností úhrady ve smyslu zák. č. 329/2011 Sb. ve spojení s vyhl. č. 388/2011 Sb. příspěvkem na zvláštní pomůcku od krajského Úřadu práce
4. pomůcky nehrazené z veřejného zdravotního pojištění ani ze sociálních zdrojů (hrazené z vlastních prostředků uživatele)

6.3.1 Pomůcky plně nebo částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Pomůcky, které hradí zdravotní pojišťovna v plné míře nebo jen z části, musí předepsat odborný lékař (ortoped, rehabilitační lékař, traumatolog, urolog…). Každá pojišťovna vydává vlastní číselník, kde lze nalézt informace, která pomůcka je bez doplatku a která s doplatkem (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Pomůcky hrazené z veřejného zdravotního pojištění jsou například: ortézy sériově vyráběné, ortéza individuálně zhotovená, korzet typu Jewetta, vozík mechanický včetně příslušenství, vozík speciální, vozík s elektrickým pohonem pro provoz obvykle v exteriéru nebo pro lehký provoz obvykle v interiéru, rukavice kožené pro vozíčkáře, berle podpažní, chodítko, lůžko polohovací elektrické nebo mechanické, podložka

antidekubitní, sedačka na vanu, zvedák, pomůcky pro inkontinentní pacienty atd. (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

6.3.2 Pomůcky nehrazené ze zdravotního pojištění s možností úhrady ve smyslu zák. č. 329/2011 Sb., ve spojení s vyhl. č. 388/2011 Sb., příspěvkem na zvláštní pomůcku od krajského Úřadu práce

Tento příspěvek lze získat od místně příslušného krajského Úřadu práce. Žádost je na speciálním tiskopise vydaném ministerstvem. Žadatel musí splnit všechny zákonné předpoklady, ze kterých je zásadní příslušný zdravotní handicap. Hodnotí posudkový lékař (Žižka, 2012).

Hlavní podmínky pro poskytnutí tohoto příspěvku jsou dvě: pomůcku nehradí zdravotní pojišťovna a žadatel nedostal v přesně vymezeném časovém období jinou pomůcku z této kategorie. Takovéto pomůcky by měly pomáhat odstraňovat, zmírňovat nebo překonávat důsledky zdravotního postižení (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Příklady pomůcek jsou: úprava motorového vozidla, stavební práce spojené s nezbytnou úpravou koupelny a WC, nájezdové ližiny, přenosná rampa, rozšíření dveří na pořízení schodišťové plošiny, speciální komponenty osobního počítače atd.

6.3.3 Nadace

Možností k získání dalších finančních prostředků na pomůcky je žádost o nadační příspěvek. Uvádím příklad z webových stránek nadace Agrofert. Žadatel vyplní formulář žádosti o individuální příspěvek od nadace (zdravotní stav, pravidelný měsíční příjem, měsíční životní náklady, částku příspěvku….) K žádosti přiloží požadované přílohy (zdravotní dokumentace, kopie průkazu ZTP/P, nabídka dodavatele pomůcky…) a odešle na adresu nadace. V případě kladného vyřízení podepíše žadatel darovací smlouvu a příspěvek mu bude poskytnut. Ve stanovené lhůtě zašle doklady o využití příspěvku.

Nadace pacienti/klienti využívají například pro doplatky na ortopedické vozíky nebo změnu kompenzační pomůcky, která je nutná z důvodu zhoršení zdravotního stavu a u které ještě nevznikl nárok na novou.

Příklady nadací: Nadace Leontinka, Nadace Charty 77, Konto bariéry, Sport bez bariér, Výbor dobré vůle, Centrum Paraple, Nadační fond manželů Livie a Václava Klausových, Nadace Dagmar a Václav Havlových „Vize“ atd.

6.3.4 Samoplátce

Pokud pacient/klient vyčerpal nebo nevyužil všechny předchozí možnosti financování kompenzačních a protetických pomůcek (pojišťovna, úřad práce, nadace), může si vybranou pomůcku hradit z vlastních finančních zdrojů. Většinou si pacienti/klienti kupují drobné kompenzační pomůcky (pomůcky na oblékání, sebesycení…) nebo si upravují bezbariérové bydlení.

7 Metodologie práce

K získání informací od respondentů k tématu kompenzačních a protetických pomůcek jsem zvolila neinvazivní metodu řízeného strukturovaného rozhovoru (viz příloha č. 3). Rozhovor jsem prováděla se skupinou 10 osob s míšní lézí. Respondenti podepsali informovaný souhlas (viz příloha č. 2). Téma bakalářské práce bylo schváleno Etickou komisí (viz příloha č. 1).

7.1 Cíle a úkoly práce

Hlavním cílem práce je poskytnutí komplexního souboru informací o kompenzačních a protetických pomůckách pro osoby s míšní lézí v kontextu se základními fakty o spinální problematice, zdravotními důsledky míšní léze, jejích možných komplikací a s nastíněním systému postupné léčebné péče.

K naplnění cíle mé práce jsem si zvolila následující hypotézu:

H: Osoby s míšní lézí mají potřebné vybavení kompenzačními a protetickými pomůckami a jsou s ním spokojeni.

Pro dosažení cíle práce a ověření hypotézy jsem si dala následující úkoly:

- prostudovat dostupnou odbornou literaturu z oblasti míšního poranění
- seznámit se s aktuální nabídkou kompenzačních a protetických pomůcek na českém trhu
- zorientovat se v problematice hrazení kompenzačních a protetických pomůcek
- vybrat respondenty s míšní lézí pro sběr dat
- sestavit soubor otázek pro řízený strukturovaný rozhovor
- provést rozhovory s respondenty
- vyhodnotit získané výsledky
- vyvodit ze získaných výsledků závěry pro možné teoretické nebo praktické využití

7.2 Metodologie řízeného strukturovaného rozhovoru

Jan Hendl (2012) ve své knize Kvalitativní výzkum uvádí následující fakta o řízeném strukturovaném rozhovoru: Řízený strukturovaný rozhovor patří mezi kvalitativní výzkumy. Kvalitativní výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky může během výzkumu modifikovat nebo doplňovat. Z tohoto důvodu se kvalitativní výzkum považuje za pružný typ výzkumu. Zpráva z výzkumu obsahuje rozsáhlé citace z rozhovorů a poznámek, které si výzkumník zaznamenával při práci v terénu. Hlavním nástrojem kvalitativního výzkumu je výzkumník sám a snaží se o izolování určitého tématu. Takovémuto typu výzkumu je často vytýkáno, že výsledky jsou spíše sbírkou subjektivních dojmů. Výzkumník pracuje s omezeným počtem jedinců, obvykle na jednom místě, a proto vznikají obtíže se zobecňováním výsledků. Analýza dat z přísně strukturovaného rozhovoru s takzvanými uzavřenými otázkami je jednodušší. V krátkém čase je možné získat mnoho odpovědí od řady osob a má plynulejší průběh.

Ke svému výzkumu jsem volila formu řízeného strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Jak popisuje Hendl (2012) v knize, data z tohoto typu rozhovoru se snadněji analyzují. Je vhodný, pokud ho není možnost opakovat, a výzkumník má málo času se respondentovi věnovat. Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami obsahuje řadu pečlivě formulovaných otázek, na které respondenti odpovídají. Jak píše Miovský (2006) v knize Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu: řízený rozhovor stojí na pomezí mezi dotazníkem a rozhovorem. Více vede k uniformním odpovědím, protože účastníci výzkumu se musí přizpůsobit předem vytvořené struktuře. Miovský (2006) a Hendl (2012) se oba shodují v názoru, že díky osobnímu kontaktu dosáhneme validnějších odpovědí.

7.2.1 Výzkumný soubor

Rozhovor jsem prováděla s malou skupinou osob s míšním poraněním. Na pracovišti spinální jednotky Liberec mi bylo umožněno vybírat respondenty z řad jejích ambulantních pacientů/klientů. Soubor byl proto omezen na pacienty/klienty ze spádové oblasti liberecké spinální jednotky (Liberecký kraj, Královéhradecký kraj). Díky daným možnostem jsem sesbírala data od 10 respondentů. Mnoho chronických pacientů/klientů následnou ambulantní rehabilitaci nevyužívá, proto jsem pracovala

s malým souborem respondentů, který představuje zhruba 75% docházejících pacientů/klientů. Všichni zúčastnění si přečetli a podepsali informovaný souhlas.

Pro cílovou skupinu jsem určila následující kritéria:

- pacient/klient s míšním poraněním
- pacient/klient v chronickém stádiu
- věk 18 – 70 let
- muži i ženy

Pro účely výzkumu bylo nutné, aby pacienti/klienti prošli obdobím od vzniku míšního poranění až do návratu do domácího prostředí. Výhodou bylo, pokud využili kompletního spinálního programu, ale nebylo to striktní podmínkou. Dlouholetí chroničtí pacienti/klienti (více než 20 let po míšním poranění) mají jiné životní zkušenosti, které jsou pro výzkum určitě zajímavé.

7.2.2 Sběr dat

Pro sběr dat jsem zvolila řízený strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Soubor otázek jsem rozdělila do 3 skupin: základní údaje (věk, pohlaví, pojišťovna…), demografická část (bydliště, typ bydlení…), část o kompenzačních a protetických pomůckách. Průměrná délka rozhovorů se pohybovala 7 – 9 minut. Respondenti dobře chápali otázky, otázky jsem musela doplňovat minimálně. Žádný z respondentů rozhovor předčasně neukončil. Rozhovory jsem nahrávala do svého mobilního telefonu. Nahrané rozhovory jsem přepisovala. Při přepisování jsem využila korekce.

7.2.3 Metoda analýzy dat

Pro lepší pochopení a objasnění odpovědí na jednotlivé otázky řízeného strukturovaného rozhovoru jsem k zobrazení dat použila sloupcové grafy. U některých otázek jsem v rámci autentičnosti citovala respondenty. Pod jednotlivými grafy jsem krátce interpretovala výsledky na základě svých pracovních zkušeností na spinální jednotce. V diskusi jsem se pak snažila sumarizovat informace, zachytit eventuální vztahy mezi jednotlivými daty a postupovat od jednotlivých konkrétních dat k obecným závěrům.

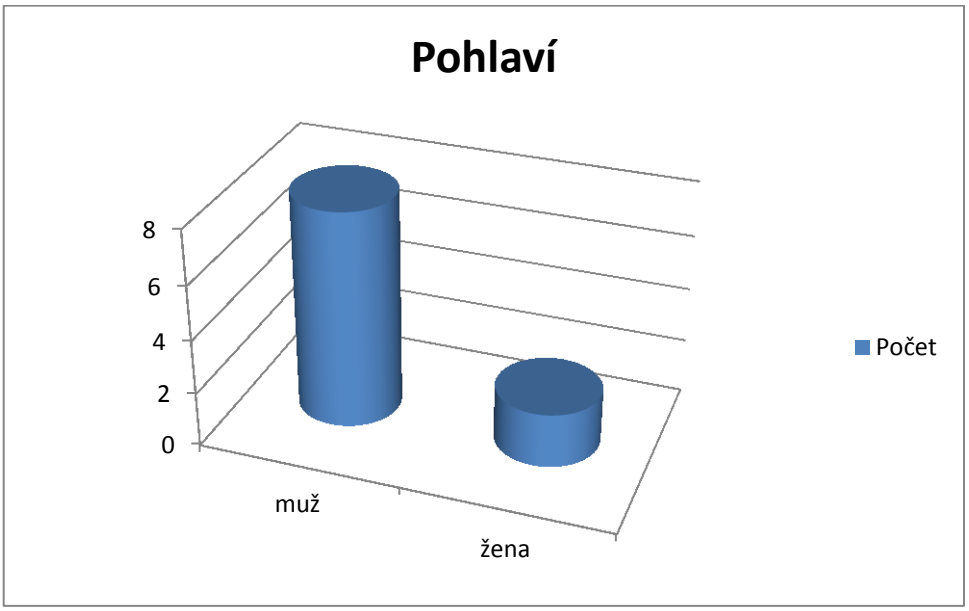
Rozhovory byly prováděny s malou skupinou respondentů (10 osob) s míšní lézí. Jelikož můj pilotní projekt byl realizován pouze na spinální jednotce v Liberci, měla jsem omezený počet pacientů/klientů z řad ambulantních pacientů, kteří docházejí na rehabilitaci. Proto jsem volila metodu řízeného strukturovaného rozhovoru, který si neklade nároky na velké množství respondentů.

8 Data a výsledky

Celkový počet řízených strukturovaných rozhovorů byl 10. V mém pilotním výzkumu bylo 8 mužů a 2 ženy.

Průměrná doba rozhovorů byla 9 minut u 30% osob, 8 minut u 40% dotazovaných a 7 minut u 30% respondentů.

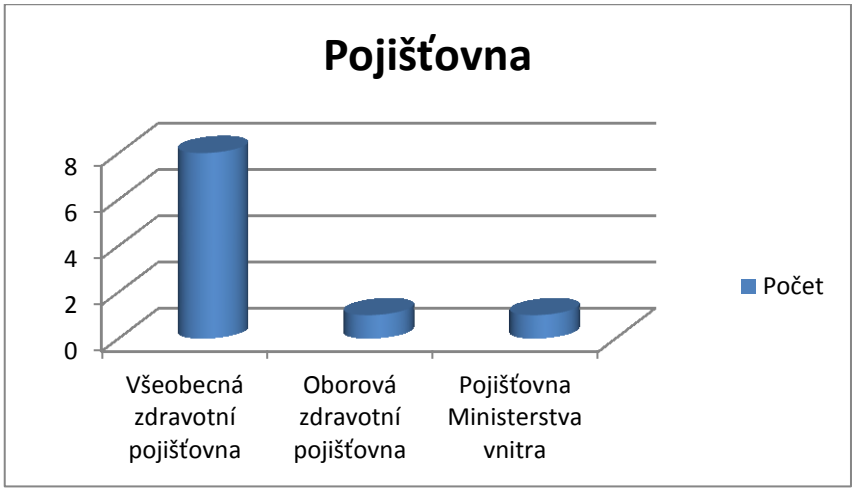
Graf č. 1: Pohlaví



Zdroj: vlastní

80% respondentů je mužského pohlaví, 20% respondentů je ženského pohlaví. Z poslední celkové statistiky spinální jednotky v Liberci (2003 – 2015) vyplývá, že míšní poranění mají častěji muži než ženy. Proto i v tomto vzorku respondentů je malý počet žen (viz příloha č. 4).

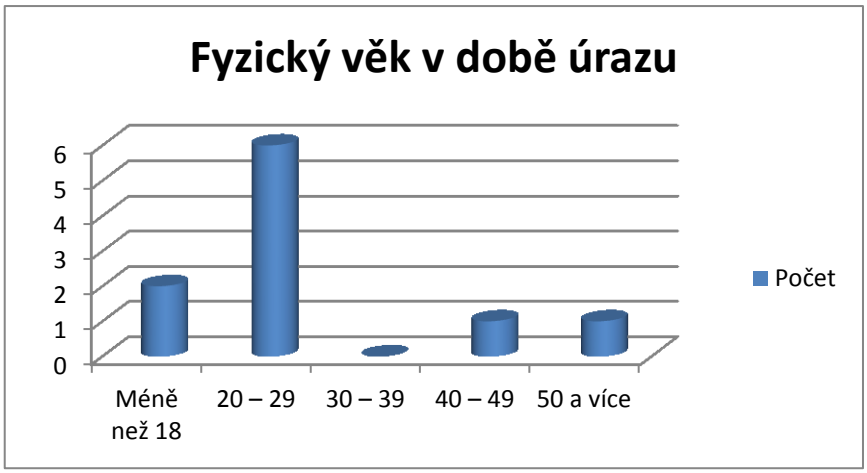
Graf č. 2: Pojišťovna



Zdroj: vlastní

Občan ČR si může vybírat z několika zdravotních pojišťoven. Nejvíce pojištěnců má Všeobecná zdravotní pojišťovna. Typ pojišťovny jsem chtěla zjistit v závislosti na otázce: Měl/a jste problém se schválením pomůcek? 5 respondentů odpovědělo kladně, z toho 4 jsou pojištěni u Všeobecné zdravotní pojišťovny a 1 u Oborové zdravotní pojišťovny.

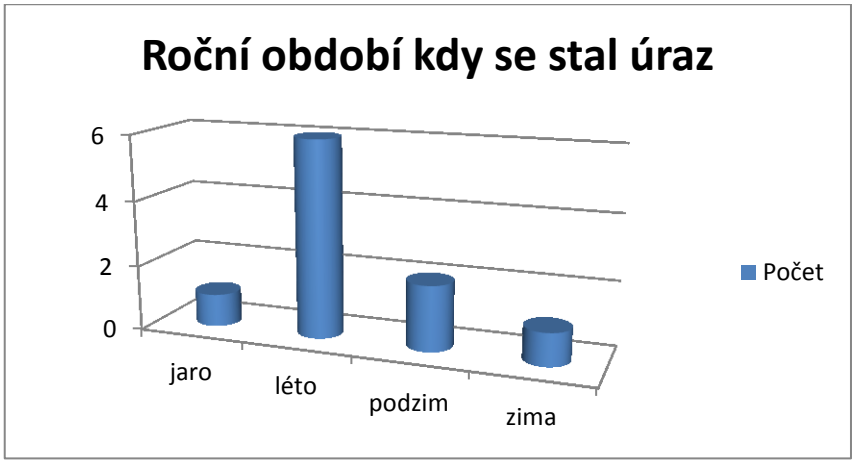
Graf č. 3: Jaký byl Váš fyzický věk v době úrazu?



Zdroj: vlastní

Všechny míšní léze respondentů vznikly úrazem. 60% dotazovaných bylo mladí lidé v produktivním věku.

Graf č. 4: Kdy se stal úraz?



Zdroj: vlastní

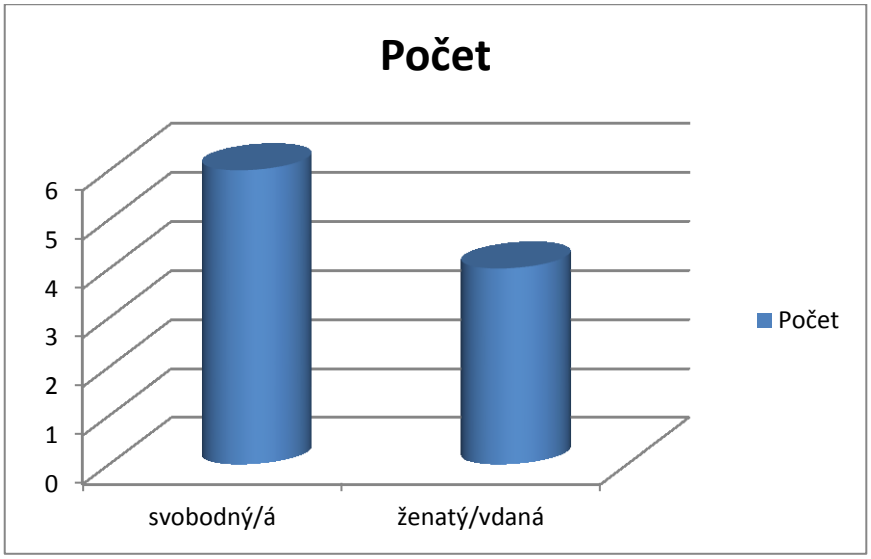
60% respondentů si poranilo míchu v letním období, 20% na podzim, 10% na jaře a 10% v zimě. Z větší části procent se jednalo o autonehody, motonehody, skok do vody (viz graf č. 8).

Graf 5: Jaká je Vaše výška míšní léze?

Zdroj: vlastní

60% respondentů jsou paraplegici, 40% respondentů jsou tetraplegici. Podle statistiky spinální jednotky Liberec (2003 – 2015) bylo v tomto období let více úrazů v hrudní nebo bederní oblasti. Pentaplegie je velice ojedinělý případ a na spinální jednotce v Liberci byli hospitalizováni pouze 2 pacienti v období 2003 – 2015, v mém vzorku respondentů nebyli (viz příloha č. 4).

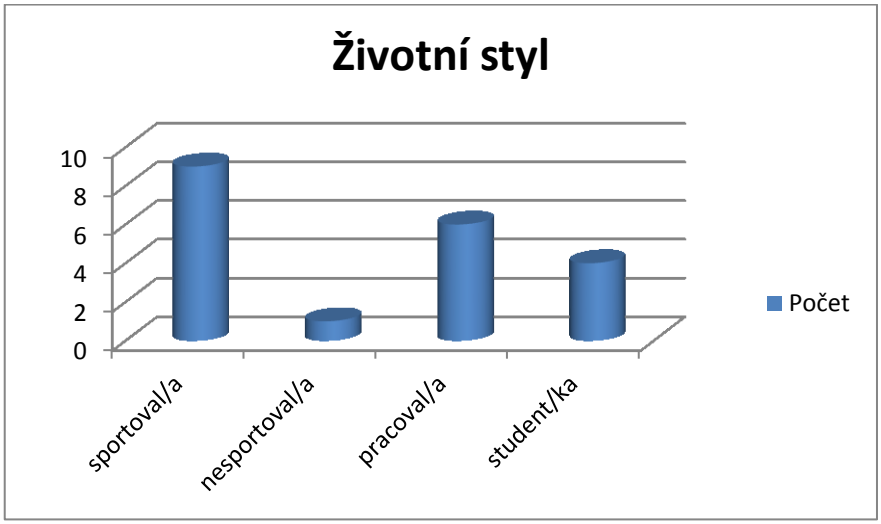
Graf č. 6: Jaký byl Váš rodinný stav před úrazem?



Zdroj: vlastní

60% respondentů bylo před úrazem svobodných, 40% ve svazku manželském.

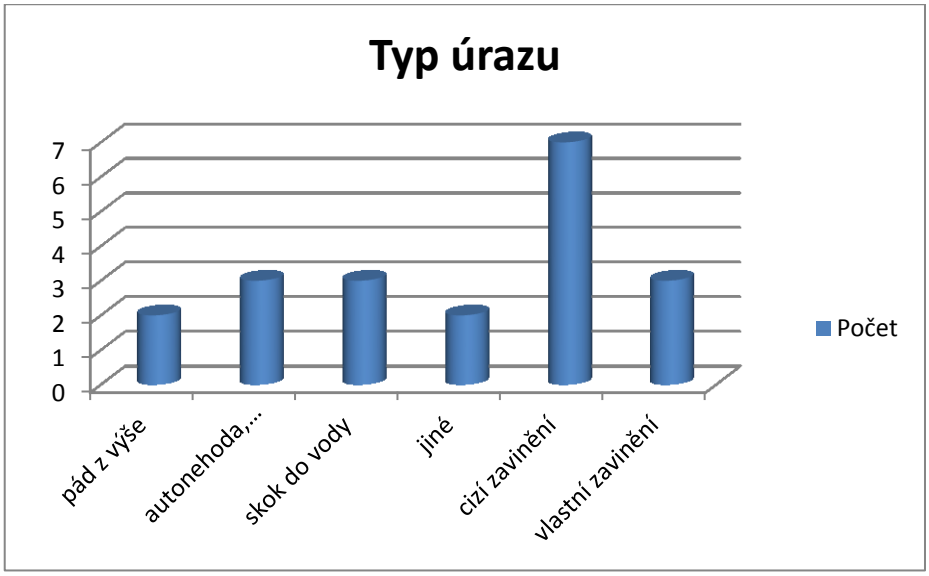
Graf č. 7: Jaké životní aktivity jste provozoval/a před úrazem?



Zdroj: vlastní

60% respondentů bylo pracujících, 40% studentů. 90% oslovených respondentů provozovalo některý druh sportu (většinou rekreačně) a bylo před úrazem aktivních. Bylo by určitě zajímavé vědět, zda se věnují sportu i po úraze. Tato doplňující otázka jim položena nebyla. Nikdo z respondentů neuvedl v otázce, které kompenzační pomůcky využívají, kompenzační pomůcku na sport.

Graf č. 8: O jaký typ úrazu se jednalo?



Zdroj: vlastní

Všichni respondenti si míšní lézi způsobili úrazem. 70% úrazů bylo vlastním zaviněním, 30% zavinila druhá osoba. Ze statistiky počtu pacientů ze spinálních rehabilitačních jednotek v letech 2005 – 2013 vyplývá, že z celkového počtu míšních lézí za rok je v průměru u cca 65% osob míšní poranění způsobeno úrazem.

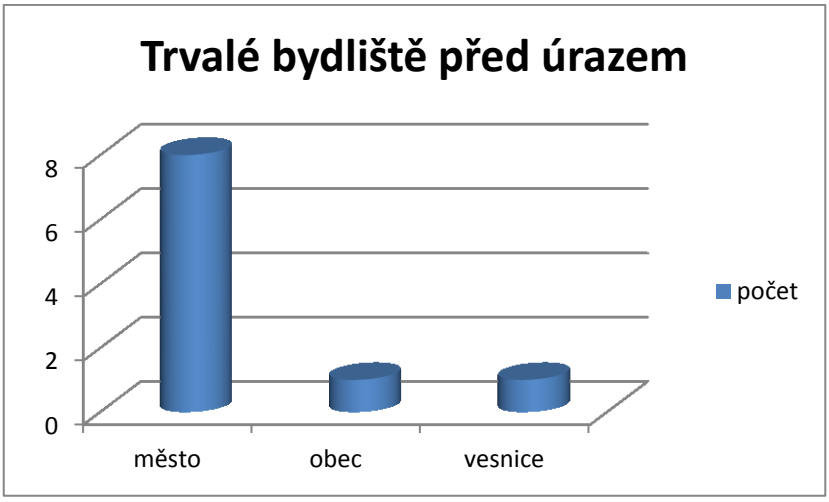
Graf č. 9: Byl/a jste pojištěn/a proti úrazu?

Zdroj: vlastní

50% respondentů bylo pojištěno proti úrazu, 50% ne. Tato otázka měla podotázku: Došlo ke krácení plnění pojistné události? Jedna osoba uvedla kladnou

odpověď a důvodem krácení byl úraz vlastním zaviněním. Myslím si, že pacienti/klienti často nebývají pojištěni proti úrazu.

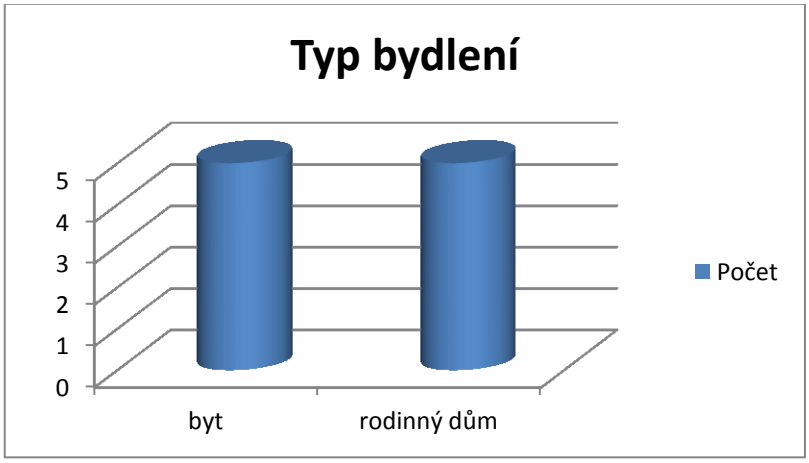
Graf č. 10: Jaké bylo místo Vašeho trvalého bydliště?



Zdroj: vlastní

80% respondentů bydlelo před úrazem ve městě, 10% v obci a 10% na vesnici. Pouze jeden respondent se přestěhoval do jiného města. 90% respondentů zůstalo bydlet na stejném místě a 50% z nich pouze upravilo své bydlení na bezbariérové (viz graf č. 12).

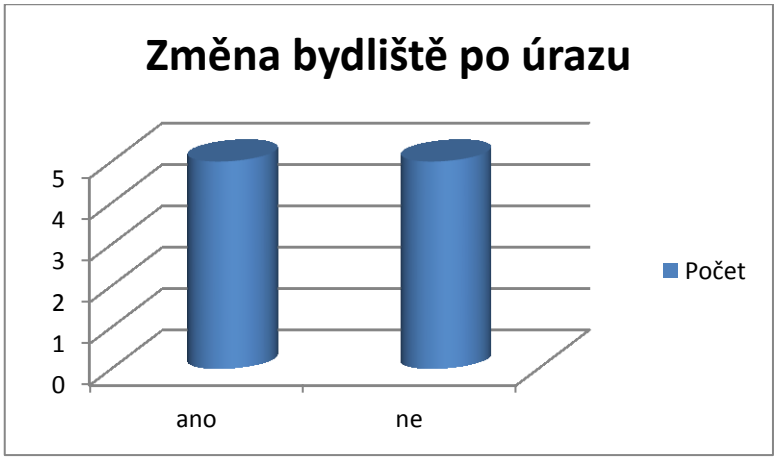
Graf č. 11: Jaký máte typ bydlení?



Zdroj: vlastní

50% respondentů bydlí v bytě a 50% v rodinném domě.

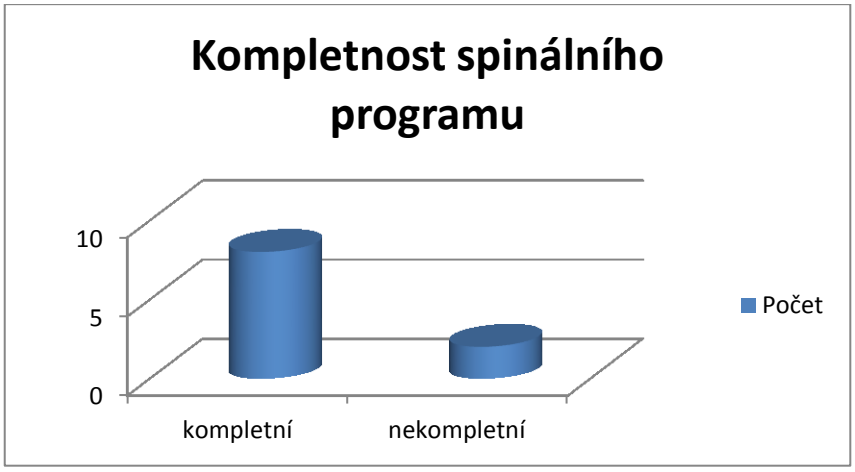
Graf č. 12: Změnil/a jste bydliště po úraze?



Zdroj: vlastní

50% respondentů změnilo bydliště po úraze a 50% se vrátilo do stejného typu bydlení jako před úrazem. Doplňující otázka byla: Jaké důvody vedly ke změně bydliště? Většina uvedla, že bydlení nešlo upravit na bezbariérové.

Graf č. 13: Jakými zdravotnickými zařízeními jste prošel/a od vzniku úrazu až po návrat do domácího prostředí?



Zdroj: vlastní

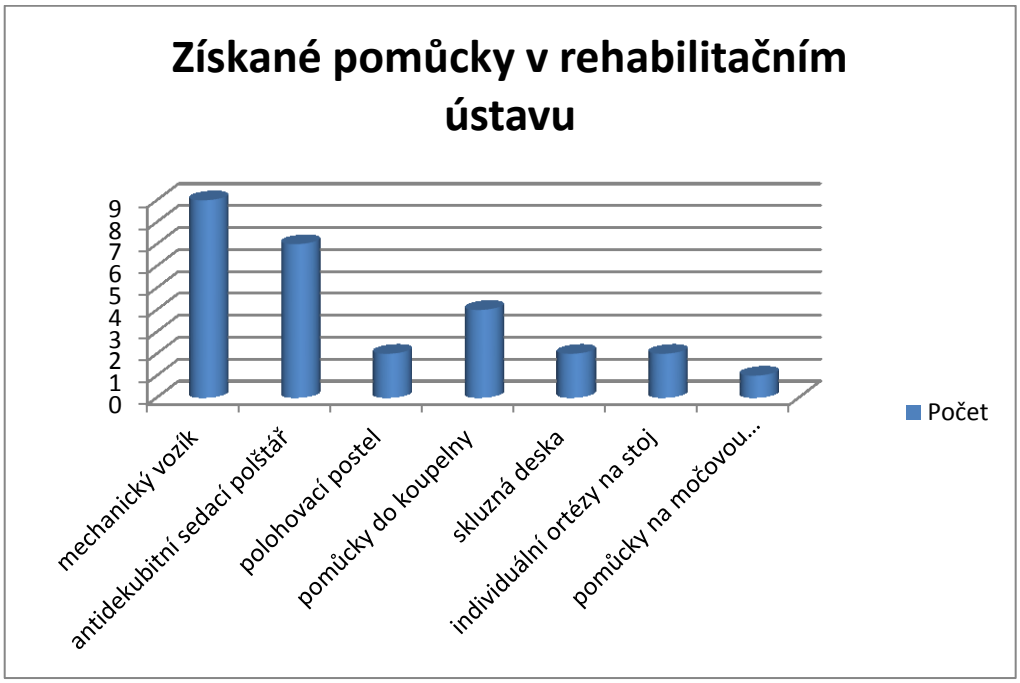
80% respondentů prošlo všechna zdravotnická zařízení, která nabízí spinální program (traumatologické oddělení, neurochirurgické oddělení, spinální jednotka, rehabilitační ústav…). Pouze 2 osoby neměly možnost využít hospitalizaci na spinální jednotce bezprostředně po vzniku úrazu. Těmto osobám se stal úraz v roce 1971 a 1975, kdy spinální jednotky nebyly ještě zřízeny.

Graf č. 14: S jakými pomůckami jste odcházel/a ze spinální jednotky?

Zdroj: vlastní

90% respondentů odcházelo ze spinální jednotky bez kompenzačních nebo protetických pomůcek. Potřebné pomůcky jim byly na spinální jednotce pouze zapůjčeny po dobu hospitalizace (např. mechanický vozík, antidekubitní sedací polštář, korzet, krční límec, polohovací rukavice). Kompenzační a protetické pomůcky se mohou předepsat až po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Pacienti/klienti pokračovali následně do rehabilitačního ústavu a tudíž ještě neukončili celkovou hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Jeden respondent uvedl, že měl zapůjčený mechanický vozík přímo ze spinální jednotky.

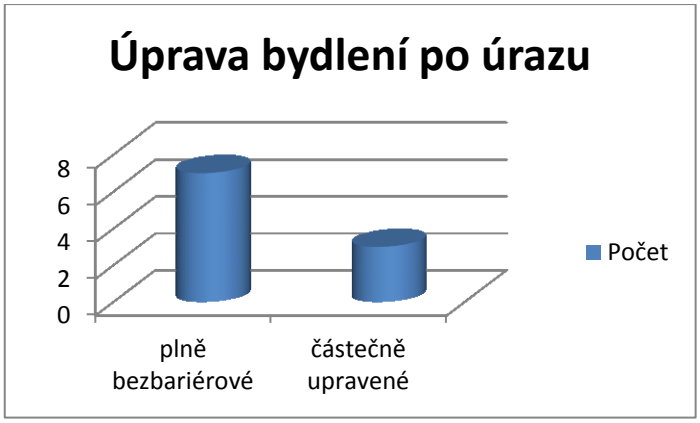
Graf č. 15: Jak Vás dovybavili v rehabilitačním ústavu?



Zdroj: vlastní

90% respondentů odcházelo z rehabilitačního ústavu s kompenzačními a protetickými pomůckami. V grafu jsem uvedla procentuálně nejdůležitější pomůcky. Pouze jeden respondent uvedl, že s pomůckou neodcházel.

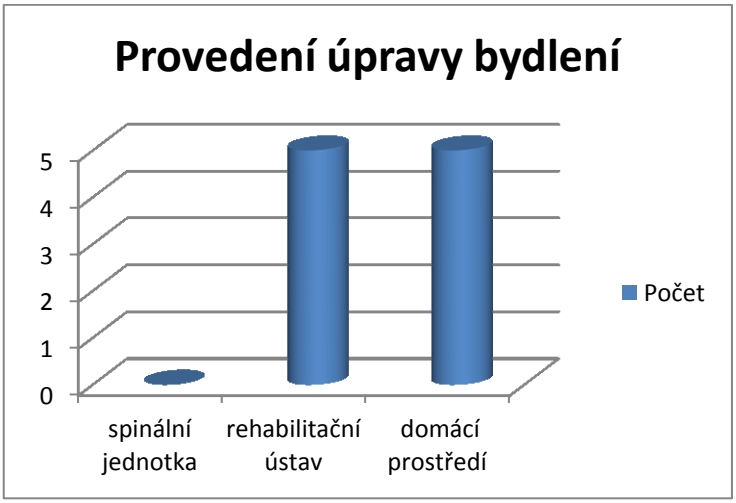
Graf č. 16: Jak máte upravené bydlení?



Zdroj: vlastní

Pouze 30% respondentů má částečně upravené bydlení, zbylých 70% upravilo své bydlení na plně bezbariérové. Nejčastější úpravy byly: nájezdy do domu, výtah, venkovní plošiny, schodišťové sedačky, úpravy WC a koupelny.

Graf č. 17: Kdy proběhly úpravy bydlení?



Zdroj: vlastní

V 50% proběhly úpravy bydlení během pobytu v rehabilitačním ústavu a v 50% po návratu domů. Nikdo otázku bydlení neřešil již v době hospitalizace na spinální

jednotce. Důvodem mohla být otázka budoucnosti a možné vyhlídky na zlepšení celkového zdravotního stavu. Otázkou zůstává, z jakých zdrojů byly úpravy bydlení hrazeny.

Graf č. 18: Kdo Vám pomohl zařídil tyto úpravy?

Zdroj: vlastní

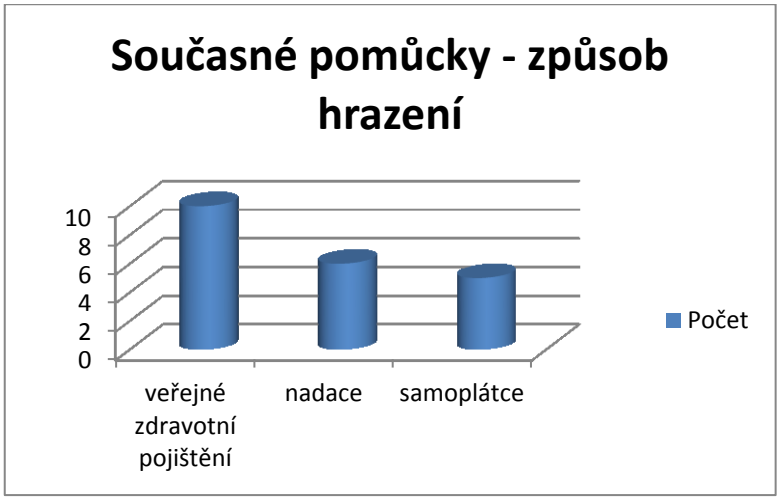
70% respondentům pomohla s úpravami bydlení rodina (manžel/ka, rodiče). 30% respondentů uvedlo jinak. 2 osoby se stěhovaly do plně bezbariérového bytu a v 1 případě se o bezbariérové bydlení postaralo město.

Graf č. 19: Jaké kompenzační pomůcky používáte v současné době?

Zdroj: vlastní

Všichni respondenti využívají mechanický nebo elektrický vozík a antidekubitní sedací polštář, který je jejich nezbytnou součástí. 70% respondentů má upravené řízení v osobním automobilu. Většinou si více kompenzačních a protetických pomůcek nepořizují, využívají spíše pomůcky pro lepší mobilitu. Například cévky nepovažují za kompenzační pomůcky.

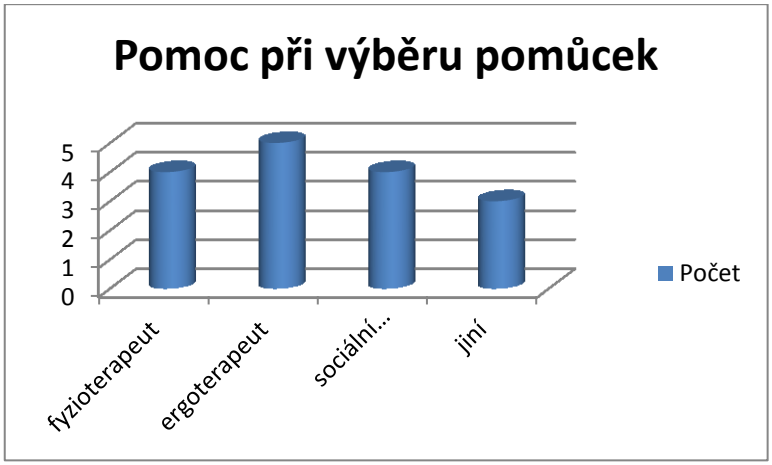
Graf č. 20: Jakým způsobem jste dané pomůcky získal/a?



Zdroj: vlastní

Všichni respondenti využili veřejné zdravotní pojištění k hrazení kompenzačních a protetických pomůcek, z 60% nadace a z 50% si hradili pomůcky z vlastních zdrojů. Ve větší míře využili všechny nabízené možnosti.

Graf č. 21: Pomáhal Vám někdo při výběru kompenzační nebo protetické pomůcky?



Zdroj: vlastní

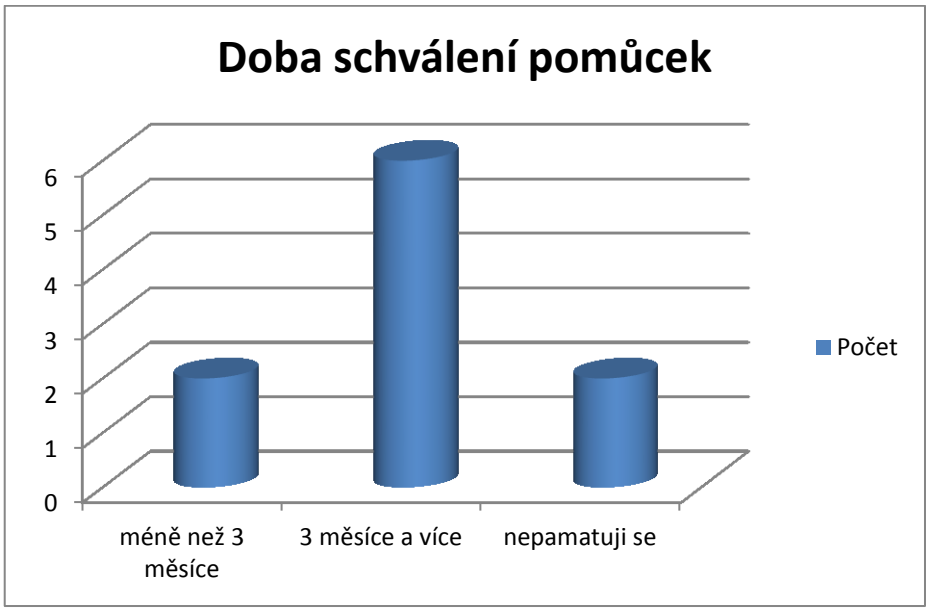
Z 50% pomáhal s výběrem pomůcek ergoterapeut, z 40% fyzioterapeut a sociální pracovník z rehabilitačního ústavu. S těmito osobami se pacienti/klienti nejvíce setkávají v době léčby po míšním poranění.

Graf č. 22: Měl/a jste problém se schválením pomůcek?

Zdroj: vlastní

50% respondentů mělo problém při schválení kompenzační nebo protetické pomůcky. Ve většině případů se jednalo o schválení mechanického/elektrického vozíku.

Graf č. 23: Jak asi dlouhá byla doba schválení pomůcek?

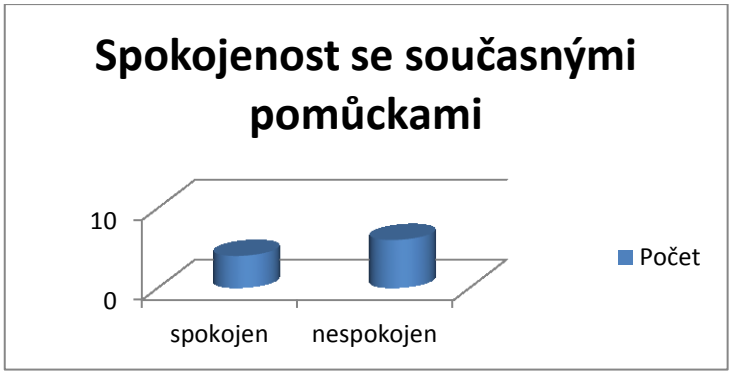


Zdroj: vlastní

60% respondentů uvedlo dobu na schválení pomůcek 3 měsíce a více. Pomůcky se schvalují v době ukončení pobytu ve zdravotnickém zařízení, v tomto případě je to

rehabilitační ústav. Otázkou zůstává, jak řeší pacienti/klienti dobu od propuštění do domácího prostředí ke schválení pomůcky.

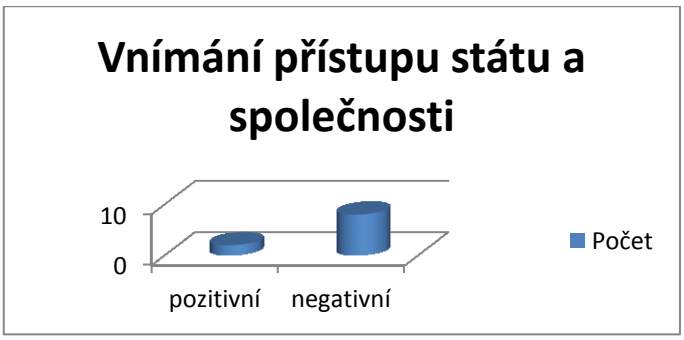
Graf č. 24: Jak jste v současnosti spokojen/a s Vaší vybaveností kompenzačními a protetickými pomůckami?



Zdroj: vlastní

V 60% byli respondenti nespokojeni se svojí vybaveností kompenzačními a protetickými pomůckami. Doplňující otázka byla: Kterou pomůcku by ještě využili? Odpovědi byly například: elektrický vozík na ven, individuální ortézy na stoj, druhý vozík, parapodium, přídatné kolečko na vozík, kolejnicový systém do bytu, vše nové a v lepším stavu.

Graf č. 25: Jak vnímáte přístup státu a společnosti k otázce vybavenosti kompenzačními a protetickými pomůckami pro osoby s míšní lézí?



Zdroj: vlastní

80% respondentů vnímá přístup státu a společnosti v otázce kompenzačních a protetických pomůcek negativně. Respondenti uváděli v odpovědích – citace:

„Mohlo by to být mnohem lepší. Spíš, mělo by to být mnohem lepší, ve všem.“

„Nemyslím si, že je to úplně dostatečný. Protože právě aktivní člověk potřebuje aktivní vozík, který je drahý, tak ten stát to vlastně nepodporuje. Podporuje jenom ten základ.“

„Na to se nedá odpovědět stručně. Já bych řekl, že pokryje to nejnutnější, ale mohlo by to být lepší. Jako je třeba nedostatečná v oblasti cévek, například těch cévek na den je hrozně málo. A doplatky na vozíky jsou nehorázný.“

„Jediný problém je výše doplatků u kompenzačních pomůcek. Můj názor je, že ceny jsou moc nadsazený.“

„Co se týče státu, tak to vnímám tak, že to je strašný. Třeba o doplatky tak nejde. Vadí mi, jakým způsobem schvalují příspěvky. Nekoukaj na to, co za člověka žádá. Koukaj na nějaké sociální zabezpečení, ale už nekoukaj na to, na co to potřebuje.“

„No, poslední dobou hrozně. Pojišťovna a organizace, co se tím zabývají, na tom jenom vydělávají. Invalidi musí chodit a žebrat. Poplatky jsou vysoký.“

„Vysoký doplatky.“

Graf č. 26: Máte v současné době nějaký zdravotní problém, který by vyžadoval změnu kompenzační pomůcky?

Zdroj: vlastní

50% respondentů má v současné době zdravotní problém. Všichni uvedli dekubitus a řešili změnou antidekubitního sedacího polštáře.

Graf č. 27: Máte osobní zkušenost se sociálním pracovníkem?

Zdroj: vlastní

80% respondentů má zkušenost se sociálním pracovníkem. Jednalo se o sociální pracovníky z rehabilitačního ústavu a z úřadu práce. Zkušenosti byly víceméně pozitivní.

9 Diskuse

Práce se zabývá potřebným vybavením osoby s poškozením míchy kompenzačními a protetickými pomůckami v období od pobytu na spinální jednotce až po návrat do běžného života. Vypracovala jsem malý dotazník a použila ho v rozhovoru se skupinou respondentů s míšní lézí z řad ambulantních pacientů/klientů spinální jednotky v Liberci.

Má bakalářská práce se skládá z části teoretické, kde jsem chtěla přiblížit problematiku míšní léze a z části metodologické, která obsahuje vyhodnocení výsledků řízeného strukturovaného rozhovoru s vybranými respondenty.

Respondentům jsem položila několik otázek k problematice kompenzačních a protetických pomůcek. Rozhovory jsem dělala pouze s 10 osobami, proto sesbíraná data a výsledky nelze použít jako pilotní selektované doporučení pro jiné osoby s míšní lézí. Více respondentů jsem z řad ambulantních pacientů, kteří docházejí na rehabilitaci na spinální jednotku v Liberci, bohužel neměla.

Zaujalo mě, že se mnozí respondenti ptali, co vlastně výraz kompenzační nebo protetická pomůcka znamená. Když jsem hned v úvodu rozhovoru vysvětlila pojmy, byl pro ně rozhovor jednodušší. Některé pomůcky, např. pro sport nebo pro hygienu, nepovažují za kompenzační. Setkala jsem se i s názorem, že například monoski není kompenzační pomůcka, protože přece klasické lyže také nejsou.

Všeobecnými a demografickými otázkami jsem chtěla o respondentech zjistit, jaké mají rodinné a sociální zázemí. Všichni respondenti jsou dobře sociálně zabezpečení a mají i dobré rodinné zázemí. Není to závislé na místě bydliště, věku, pohlaví, rodinném stavu apod. Ve všech případech se do budování „nového“ života aktivně zapojila rodina. Před a i po úraze jsou respondenti z mé skupiny aktivní, rádi sportují a přijímají nové informace. Většina z nich musela nechat zrekonstruovat nebo kompletně změnit bydlení na bezbariérové. Bylo by zajímavé dále zjistit, kolik respondentů pracuje, jak jim zaměstnavatel vychází vstříc a zda mají bezbariérové úpravy i na pracovišti. Tato otázka mě napadla až v průběhu vyhodnocování rozhovorů a proto nebyla do výzkumu zařazena.

80% respondentů mohlo využít kompletně nabízený spinální program. 20% dotazovaných mělo úraz před vznikem spinálních jednotek. Všichni se mohli vrátit do běžného života a včlenit se bez větších problémů zpátky do společnosti. K tomu jim

velkou měrou přispěl i správný výběr kompenzačních a protetických pomůcek, ze kterých jsou pro začátek nejdůležitější vozík a antidekubitní sedací polštář. Aby mohli být ještě více soběstačnější a mobilnější, přizpůsobili domácí prostředí svým potřebám a po skončení léčby se všichni vybavili potřebnými kompenzačními pomůckami. V průběhu jejich života po míšním poranění se množství pomůcek výrazně nezměnilo. Přibyly jen pomůcky k větší aktivitě: ruční ovládání automobilu, technické nakládání vozíku do automobilu, stavěcí ortézy, doplňky k vozíkům. Respondenti výběr pomůcek nejčastěji konzultují s ergoterapeutem, fyzioterapeutem a v menší míře se sociálním pracovníkem. Někteří se poradí i s jinou osobou s míšní lézí nebo využijí služeb odborníků z protetických firem. Správný výběr pomůcek je pro ně důležitý, protože eliminuje nebo minimalizuje vznik zdravotních komplikací, které jsem uvedla v teoretické části bakalářské práce. Zdravotní rizika jsou veliká a mívají někdy až fatální následky. Z větší části hradí kompenzační a protetické pomůcky z veřejného zdravotního pojištění nebo požádají o příspěvek nadace. Minimum pomůcek si kupují z vlastních prostředků. Ty vkládají spíše na rekonstrukci bydlení. V některých případech mají problémy se schvalováním pomůcek přes zdravotní pojišťovny, hlavně v situacích, kdy kvůli výrazné změně zdravotního stavu potřebují novou, vhodnější pomůcku. Většinou to není v závislosti na konkrétních zdravotních pojišťovnách. Pro každého člověka s handicapem je důležitý sociální kontakt, proto je zásadní minimalizace časového horizontu schválení potřebné kompenzační pomůcky.

Na stanovenou hypotézu, zda osoby s míšní lézí mají potřebné vybavení kompenzačními a protetickými pomůckami a jsou s ním spokojeni, jsem obdržela výpověď, která mně ji potvrdila jen z poloviny. Ano, respondenti mají potřebné vybavení kompenzačními a protetickými pomůckami, ale není zcela pravda, že jsou spokojeni. Svou nespokojenost nevyjadřují směrem k nabízeným pomůckám, ale ke způsobu jejich získávání a hrazení. V tomto vidí největší nedostatky. Většina z nich je spokojena s nabídkou protetických firem a velkým výběrem kompenzačních pomůcek, ale vadí jim stanovená dlouhá doba používání pomůcky vzhledem k jejímu relativně rychlému opotřebení. Je zřejmé, že aktivnější osoba bude kompenzační pomůcku rychleji opotřebovávat. Některé pomůcky se využívají každý den v interiéru a zároveň i v exteriéru, někdy i na sport, a je opravdu obtížné je udržet v dobrém stavu.

Tělo si v průběhu života po míšním poranění nachází náhradní pohybové strategie v ADL činnostech a rychleji se opotřebovává než u zdravého jedince. Proto je

velice důležité volit vhodné kompenzační a protetické pomůcky, abychom minimalizovali zdravotní komplikace.

Alarmující je, že 50% mých respondentů uvedlo aktuální zdravotní problém. Nejčastěji se jedná o dekubitus v oblasti sedací části těla. Dekubitus vidím jako nejrizikovější komplikaci po míšním poranění. Je otázkou, do jaké míry se na vzniku podílí lidský faktor (nedodržování pravidelných změn poloh těla, kontrola predilekčních míst na těle…) nebo kompenzační a protetická pomůcka (nevhodný výběr, rychlé opotřebení…). Ze svých zkušeností mohu říci, že většina (70%) pacientů/klientů, se kterými jsem se setkala, má alespoň jednu osobní zkušenost s dekubitem.

Celková situace na trhu s kompenzačními a protetickými pomůckami je pro osoby s míšní lézí příznivá. Respondenti jsou spokojeni. Zejména to ocení osoby, které jsou po míšním poranění více než 20 let. Firmy a distributoři dobře reagují na potřeby handicapovaných. Výběr pomůcek je veliký a technologie jdou rychle dopředu. Respondenti by uvítali, kdyby se některé pomůcky mohly pořídit současně, zejména mechanický a elektrický vozík. Dobu potřebnou na schválení pomůcek (uvádí cca 3 měsíce) řeší pouze v době, kdy opouští rehabilitační ústav, vrací se do domácího prostředí a potřebují se co nejdříve začlenit do společnosti.

Nabízí se otázka, proč přetrvávají problémy v oblasti zdravotních komplikací (dekubity, patologické držení těla) i přes velkou nabídku a variabilitu kompenzačních a protetických pomůcek na trhu. Z vlastní zkušenosti vidím nedostatečnou informovanost, prevenci a správné nastavení a zaměření pomůcek.

10 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na kompenzační a protetické pomůcky u osob s míšní lézí. Chtěla jsem orientačně zmapovat terén v této problematice. Ke zjištění informací jsem si vybrala malou skupinu 10 osob s míšní lézí a provedla s nimi řízený strukturovaný rozhovor. Otázkami jsem zjišťovala, jaké kompenzační a protetické pomůcky používají, kdo jim pomáhal s jejich výběrem, jak jsou spokojeni s celkovou situací na trhu, s firmami, jak vnímají přístup státu a společnosti k předepisování a získávání pomůcek. Zajímala mě i všeobecná a sociální fakta o respondentech – typ úrazu, výška míšní léze, aktivity, úpravy bydlení apod. Pozitivní zjištění bylo, že všichni dotazovaní jsou aktivní lidé, kteří se nepotřebují obklopovat řadou kompenzačních pomůcek, ale využívají pouze ty opravdu potřebné. Všichni respondenti se po úraze dobře včlenili zpět do společnosti. Z rozhovorů pro mě vyplynulo, že by si přáli, aby se alespoň doplatky u některých typů pomůcek snížily. Rádi by také viděli vstřícnější přístup státu při žádostech o pomůcky. Všichni jsou spokojeni se stále se zvyšujícím výběrem a kvalitou kompenzačních a protetických pomůcek, které se po míšním poranění pro ně staly nezbytnou součástí života.

Při sumarizaci zjištění z dotazníku jsem dospěla k názoru, že by bylo žádoucí formulovat další otázky, které by problematiku kompenzačních a protetických pomůcek ještě více přiblížily a upřesnily. Bylo by ale vhodné rozhovory provádět s větší skupinou respondentů, aby výsledky měly dostatečnou vypovídající schopnosti. Jsem však přesvědčena, že má bakalářská práce na téma Kompenzační a protetické pomůcky u osob s míšní lézí bude, kromě splnění požadavků na závěrečnou práci bakalářského studia, přínosem a inspirací pro detailní rozpracování této problematiky v nastíněných souvislostech.

Seznam použité literatury

BENDOVÁ, P., K. JEŘÁBKOVÁ a V. RŮŽIČKOVÁ. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 106 s. ISBN 80-244-1436-8

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3.* 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. 692 s. ISBN 978-80-247-1132-4

FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Co je dobré vědět…když chceš zdravě sedět.* Praha: CZEPA, 2015

FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Desatero moudrého vozíčkáře.* Praha: CZEPA, 2012

FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Vše okolo tetraplegie.* 2. vyd. Praha: CZEPA, 2014

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 408 s. ISBN 978-80-262-0219-6

KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 714 s. ISBN 978-80-7262-657-1

KŘÍŽ, Jiří a Zdeňka FALTÝNKOVÁ. *Léčba a rehabilitace pacientů s míšní lézí.* Praha: CZEPA, 2012

LINC, Rudolf a Alena DOUBKOVÁ. *Anatomie hybnosti III.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 202 s. ISBN 80-246-0201-6

MALÝ, Myrón a kol. *Poranenie miechy a rehabilitácia*. 1. vyd. Bratislava: Bonus Real, 1999. ISBN 80-968205-6-7

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4

PŮLPÁN, Rudolf. *Základy protetiky.* 1. vyd. Praha: Epimedia Publishing, 2011. 104 s. ISBN 978-80-260-0027-3

VOTAVA, Jiří. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. 72 s. ISBN 978-80-7372-449-8

VYSKOTOVÁ, Jana a Rostislav ČICHOŇ. *Kompenzační pomůcky a přístroje v rehabilitaci.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. 112 s. ISBN 978-80-7464-421-4

ŽIŽKA, Zdeněk. *Pomůcky pro osoby se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. 108 s. ISBN 978-80-87181-07-2

Internetové zdroje:

ADRIAANSEN, J. J. E., M. W. M. POST a S. GROOP. *Secondary health conditions in person with spinal cord.* J Rehabil Med [online]. 2013, (45): 1016 – 1022 [cit. 2017-01-16]. DOI: 10.2340/16501977-1207. ISSN 1650-1977. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

KŘÍŽ, Jiří a Veronika HYŠPERSKÁ. *Rizikové stavy u pacientů v chronické fázi po poškození míchy.* Neurologie pro praxi [online]. 2009, 10(3), s. 137-142, [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/03/03.pdf

KŘÍŽ, Jiří. *Spinální program v České republice – historie, současnost, perspektivy.* Neurologie pro praxi [online]. 2013, 14(3), s. 140-143, [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/07.pdf

Obecné individuální žádosti. *Nadace Agrofert* [online]. Nadace Agrofert: Global Vision, 2016 [cit. 2017-03-16]. Dostupné z: http://www.nadace-agrofert.cz/zadosti/

SHIN, Sunghoon a Jacob J. SOSNOFF. 2013. *Spinal cord injury and time to instability in seated posture.* Archives of Physical Medicine and Rehabilitation [online]. 94(8): 1615-1620 [cit. 2017-02-09]. DOI: 10.1016/j.apmr.2003.02.008. Dostupné z: 0003-9993/13/36 – see front mater 2013 by the American Congress of Rehabilitation Medicine

Statistika počtu pacientů na RSJ v letech 2005-2013. *Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP* [online]. Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP, 2017 [cit. 2017-03-16]. Dostupné z: http://www.spinalcord.cz/cz/statistiky/

Katalogové zdroje:

DMA 2016: kompenzační pomůcky. Praha, 2016. Dostupné také z: www.dmapraha.cz

Sanomed 2016: bandáže a ortézy, rehabilitační pomůcky. 2016. Dostupné také z: www.sanomed.cz

Seznam použitých grafů

Graf č. 1: Pohlaví 37

Graf č. 2: Pojišťovna 38

Graf č. 3: Jaký byl Váš fyzický věk v době úrazu? 38

Graf č. 4: Kdy se stal úraz? 39

Graf 5: Jaká je Vaše výška míšní léze? 39

Graf č. 6: Jaký byl Váš rodinný stav před úrazem? 40

Graf č. 7: Jaké životní aktivity jste provozoval/a před úrazem? 40

Graf č. 8: O jaký typ úrazu se jednalo? 41

Graf č. 9: Byl/a jste pojištěn/a proti úrazu? 41

Graf č. 10: Jaké bylo místo Vašeho trvalého bydliště? 42

Graf č. 11: Jaký máte typ bydlení? 42

Graf č. 12: Změnil/a jste bydliště po úraze? 43

Graf č. 13: Jakými zdravotnickými zařízeními jste prošel/a od vzniku úrazu až po návrat do domácího prostředí? 43

Graf č. 14: S jakými pomůckami jste odcházel/a ze spinální jednotky? 44

Graf č. 15: Jak Vás dovybavili v rehabilitačním ústavu? 44

Graf č. 16: Jak máte upravené bydlení? 45

Graf č. 17: Kdy proběhly úpravy bydlení? 45

Graf č. 18: Kdo Vám pomohl zařídil tyto úpravy? 46

Graf č. 19: Jaké kompenzační pomůcky používáte v současné době? 47

Graf č. 20: Jakým způsobem jste dané pomůcky získal/a? 48

Graf č. 21: Pomáhal Vám někdo při výběru kompenzační nebo protetické pomůcky? . 48

Graf č. 22: Měl/a jste problém se schválením pomůcek? 49

Graf č. 23: Jak asi dlouhá byla doba schválení pomůcek? 49

Graf č. 24: Jak jste v současnosti spokojen/a s Vaší vybaveností kompenzačními a protetickými pomůckami? 50

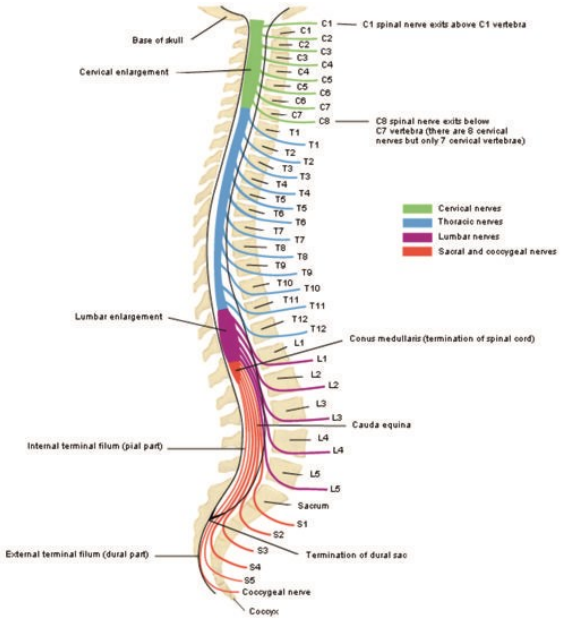
Graf č. 25: Jak vnímáte přístup státu a společnosti k otázce vybavenosti kompenzačními a protetickými pomůckami pro osoby s míšní lézí? 50

Graf č. 26: Máte v současné době nějaký zdravotní problém, který by vyžadoval změnu kompenzační pomůcky? 51

Graf č. 27: Máte osobní zkušenost se sociálním pracovníkem? 52

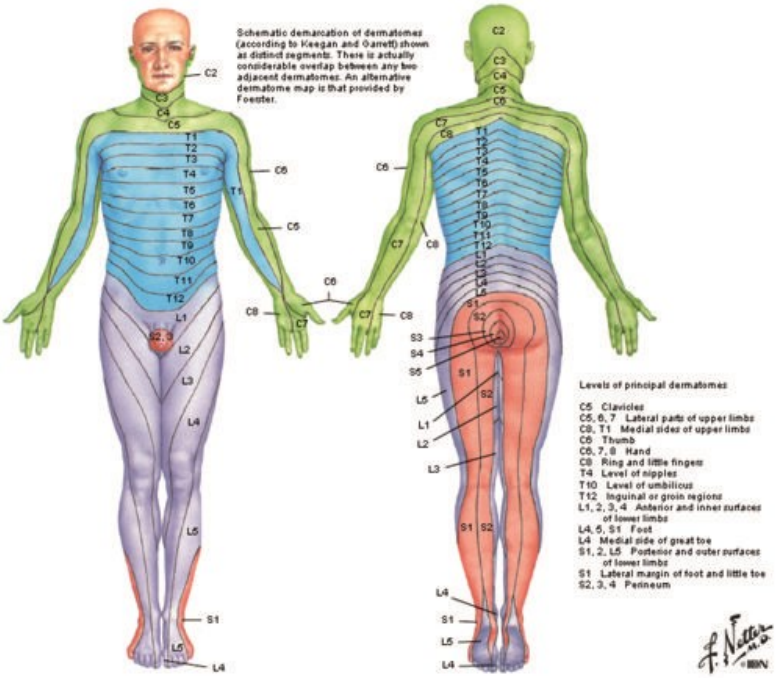
Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Páteřní mícha



Zdroj: www.czepa.cz

Obrázek č. 2: Inervace těla míšními nervy



Zdroj: www.czepa.cz

Obrázek č. 3: Polohovací rukavice na tvarování funkčního úchopu

Zdroj: vlastní

Obrázek č. 4: Mechanický vozík

Zdroj: vlastní

Obrázek č. 5: Antidekubitní sedací polštáře

Zdroj: vlastní

Obrázek č. 6: Polohovací postel

Zdroj: vlastní

Obrázek č. 7: Pomůcky na močovou katetrizaci

Zdroj: vlastní

Obrázek č. 8: Plošina vnitřní

Zdroj: vlastní

Obrázek č. 9: Plošina venkovní

Zdroj: vlastní

Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS 66

Příloha č. 2: Informovaný souhlas 67

Příloha č. 3: Řízený strukturovaný rozhovor 69

Příloha č. 4: Počet hospitalizovaných 2003 – 2015 na spinální jednotce v Liberci 71

Příloha č. 1: Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
José Martího 31, 162 52 Praha 6-Veleslavín

Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce, zahrnující lidské účastníky

Název projektu: Kompenzační a protetické pomůcky pro osoby s míšní lézí

Forma projektu: výzkumná práce - bakalářská práce

Období realizace: leden – březen 2017

Předkladatel: Marta Köhlerová, DiS.

Hlavní řešitel: Marta Köhlerová, DiS.

Konzultant: Mgr. Petra Brédová

Vedoucí práce (v případě studentské práce): PhDr. Rostislav Čichoň, Ph.D.

Popis projektu: Cílem bakalářské práce je poskytnutí komplexního souboru informací o kompenzačních a protetických pomůckách pro osoby s míšní lézí. Práce se bude zabývat základním vybavením osoby s poškozením míchy v období od pobytu na spinální jednotce až po návrat do běžného života. Metodologie práce bude formou řízeného strukturovaného rozhovoru s malou skupinou osob s míšní lézí, zjišťování jejich vybavení kompenzačními a protetickými pomůckami.

Zajištění bezpečnosti pro posouzení odborníky: Použitá metoda (řízený strukturovaný rozhovor) je metoda neinvazivní. Veškeré získané informace budou použity pouze pro bakalářskou práci Kompenzační a protetické pomůcky pro osoby s míšní lézí.

Etické aspekty výzkumu: Řízený strukturovaný rozhovor bude prováděn s malou skupinou osob s míšní lézí. Osobní data budou anonymizovaná a po anonymizaci budou smazána.
Výzkum bude prováděn pouze se zletilými osobami. Vzhledem k specifickému zaměření práce je nezbytné zahrnout do výzkumu osoby s míšní lézí.

Informovaný souhlas: / přiložen

Povinností **všech účastníků výzkumu na straně řešitele** je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na účastnících výzkumu na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všichni účastníci výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně.
Potvrzuji, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakékoli změně projektu, zejména použitých metod, zašlu Etické komisi UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 11.1.2017 Podpis předkladatele: MKuraa

Vyjádření Etické komise UK FTVS

Složení komise: **Předsedkyně:** doc. PhDr. Irena Parry Martínková, Ph.D.
Členové: prof. PhDr. Pavel Slepička, DrSc.
doc. MUDr. Jan Heller, CSc.
PhDr. Pavel Hráský, Ph.D.
Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.
MUDr. Simona Majorová

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: 232/2016

dne: 13. 1. 2017

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodní směrnicemi pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky.

Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise.

razítko UK FTVS

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu
José Martího 31, 162 52, Praha 6
– 20 –

podpis předsedkyně EK UK FTVS

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dalšími obecně závaznými právními předpisy *(jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013); Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) a Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001, jsou-li aplikovatelné),* Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce s názvem Kompenzační a protetické pomůcky pro osoby s míšní lézí prováděné na katedře fyzioterapie UK FTVS.

1. Bakalářská práce je bez finanční podpory.
2. Cílem bakalářské práce je poskytnutí komplexního souboru informací o kompenzačních a protetických pomůckách pro osoby s míšní lézí. Práce se bude zabývat základním vybavením osoby s poškozením míchy v období od pobytu na spinální jednotce až po návrat do běžného života.
3. Bude použita metoda řízeného strukturovaného rozhovoru s malou skupinou osob s míšní lézí, zjišťování jejich vybavení kompenzačními a protetickými pomůckami.
4. Řízený strukturovaný rozhovor proběhne jen jednou a bude trvat krátkou dobu (10-15 minut). Řízený strukturovaný rozhovor bude probíhat v období leden – březen 2017.
5. Očekávaný přínos bakalářské práce je všeobecný přehled vybavenosti osob s míšním poraněním kompenzačními a protetickými pomůckami.
6. Vaše účast v projektu nebude finančně ohodnocená.
7. Informace získané z řízeného strukturovaného rozhovoru budou použity pouze v bakalářské práci „Kompenzační a protetické pomůcky pro osoby s míšní lézí“. Záznamy budou ukládány na CD a následně uloženy na UK FTVS.
8. Získaná data budou zpracovávána a uchovaná v anonymní podobě a publikovaná v bakalářské práci a v odborných časopisech a na konferencích, případně budou využitá při další výzkumné práce na UK FTVS. Po anonymizaci budou osobní data smazána.
9. S celkovými výsledky a závěry se můžete seznámit na UK FTVS, kde budete mít možnost nahlédnout do bakalářské práce, nebo na e-mailu marta.kohlerova1@gmail.com.
10. V maximální možné míře bude zajištěno, aby získaná data nebyla zneužita.

Jméno a příjmení předkladatele hlavního řešitele projektu Marta Köhlerová, DiS.
Podpis:.....

Jméno a příjmení osoby, která provedla poučení Marta Köhlerová, DiS.
Podpis:.....

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl (a) možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal(a) jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl(a) jsem poučen(a) o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi UK FTVS, která bude následně informovat předkladatele projektu.

Místo, datum.....

Jméno a příjmení účastníka.....

Podpis:.....

Příloha č. 3: Řízený strukturovaný rozhovor

Základní údaje:

1. Iniciály
2. Pohlaví
3. Pojišťovna
4. Jaký byl Váš fyzický věk v době úrazu?
5. Kdy se stal úraz (měsíc, rok)?
6. Jaká je Vaše výška míšní léze?
7. Jaký byl Váš rodinný stav před úrazem?
8. Jaké životní aktivity jste provozoval/a před úrazem (sportovní, pracovní…)?
9. O jaký typ úrazu se jednalo (pracovní, cizí nebo vlastní zavinění…)?
10. Byl/a jste pojištěn/a proti úrazu?
    - Došlo ke krácení plnění pojistné události (pokud ANO – z jaké příčiny)?

Demografická část:

1. Jaké bylo místo Vašeho trvalého bydliště (před úrazem)?
2. Jaký máte typ bydlení (byt, rodinný dům…)?
3. Změnil/a jste bydliště po úraze (pokud ANO - důvod změny)?

Kompenzační a protetické pomůcky:

1. Jakými zdravotnickými zařízeními jste prošel/a od vzniku úrazu až po návrat do domácího prostředí?
2. S jakými pomůckami jste odcházel/a ze spinální jednotky?
3. Jak vás dovybavili v rehabilitačním ústavu?
4. Jak máte upravené bydlení (pomůcky přenosné, trvalé- koupelna, WC, výtah a jiné pozemní úpravy…)?
5. Kdy proběhly úpravy bydlení (během SJ, rehabilitační ústav nebo až po ukončení rehabilitace)?
6. Kdo Vám pomohl zařídil tyto úpravy? (rodina…)

7. Jaké kompenzační pomůcky používáte v současné době? Můžete je vyjmenovat (osobní, interiérové, exteriérové)?
8. Jakým způsobem jste dané pomůcky získal/a (ZP, nadace, samoplátce)?
9. Pomáhal Vám někdo při výběru kompenzační nebo protetické pomůcky? (fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník…)
10. Měl/a jste problém se schválením pomůcek?
11. Jak asi dlouhá byla doba schválení pomůcek?
12. Jak jste v současnosti spokojen/a s Vaší vybaveností kompenzačními a protetickými pomůckami?
    - V případě nespokojenosti, jaká další pomůcka by vám pomohla být soběstačnější, aktivnější v osobním životě nebo pracovním uplatnění.
13. Jak vnímáte přístup státu a společnosti v otázce vybavenosti kompenzačními a protetickými pomůckami pro osoby s míšní lézí?
14. Máte v současné době nějaký zdravotní problém, který by vyžadoval změnu kompenzační pomůcky? (dekubitus, osifikace…)
    - Ano – Jak řešíte?
15. Máte osobní zkušenost se sociálním pracovníkem?
    - Ano – Jakou?

Příloha č. 4: Počet hospitalizovaných 2003 – 2015 na spinální jednotce v Liberci

Počet hospitalizovaných 2003-2015											
Průměrný věk	**Pohlaví**		**Ochrnutí**		**Poraněný úsek páteře**			**Mechanismus poškození páteře**			
	Muži	**Ženy**	**Paraplegie**	**Tetraplegie**	**C**	**Th**	**L**	**Pády**	**Autonehody**	**Sport**	**Ostatní**
47,1	535	167	404	298	313	308	140	285	157	53	200

Zdroj: vlastní