

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ PROMĚNY
NA PŘÍKLADU OSOB
S POSTTRAUMATICKÝM POSTIŽENÍM**

Bakalářská práce

Autor práce: **Miroslava Malinová**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2013

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**QUALITY OF LIFE AND ITS CHANGES
IN THE CASE OF PEOPLE
WITH POSTTRAUMATIC DISABILITIES**

Bachelor's thesis

Author: **Miroslava Malinová**

Supervisor: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2013

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....
(podpis)

Poděkování

Tímto bych chtěla velmi poděkovat Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za trpělivý a vstřícný přístup, cenné rady a odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji MUDr. Jakobovi Jandíkovi a MUDr. Jiřímu Haltmarovi za poskytnutí odborné konzultace a Bc. Janu Jannovi za poskytnutí statistických údajů. Rovněž děkuji všem třem respondentům za čas a ochotu, kterou mi věnovali při rozhovoru a poskytování informací, a rodině za podporu a trpělivost.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI	12
2 ÚRAZ.....	13
2.1 Definice úrazu	13
2.1.1 Dělení podle mechanismu vzniku.....	13
2.1.2 Dělení podle postižení systémů	14
2.2 Statistické údaje	14
3 ÚRAZY PÁTEŘE A MÍCHY	16
3.1 Páteř.....	16
3.2 Hřbetní mícha.....	16
3.3 Poranění páteře a míchy	16
3.3.1 Základní pojmy	17
3.3.2 Etiologie.....	17
3.3.3 Epidemiologie	18
3.3.4 Mechanismus poranění míchy	18
3.3.5 Stupně postižení míchy	19
3.4 Klinický obraz.....	19
3.4.1 Míšní (spinální) šok	20
3.4.2 Transverzální léze míšní	20
3.5 Přednemocniční péče (PNP)	23
3.5.1 Diagnostika v PNP	23
3.5.2 Vyprošťování.....	23
3.5.3 Zajištění základních životních funkcí	23
3.5.4 Péče o trofiku míšní tkáně	24
3.5.5 Transport.....	24
3.6 Fáze zdravotní péče.....	25
3.7 Akutní fáze	25
3.7.1 Klinické vyšetření	26
3.7.2 Lékařská péče	27

3.7.3	Ošetřovatelská péče	29
3.7.4	Fyzioterapie v akutní fázi	32
3.8	Subakutní fáze	33
3.8.1	Fyzioterapie v subakutní fázi	34
3.8.2	Ergoterapie	34
3.9	Adaptační (chronická) fáze	34
4	TRAUMATICKÁ AMPUTACE	36
4.1	Dolní končetina	36
4.2	Definice amputace	36
4.2.1	Indikace k amputaci	37
4.3	Traumatická amputace	37
4.3.1	Etiologie	38
4.3.2	Epidemiologie	38
4.4	Přednemocniční péče (PNP)	38
4.4.1	Celkové ošetření	38
4.4.2	Ošetření pahýlu	39
4.4.3	Ošetření amputátu	39
4.5	Replantace	39
4.6	Lékařská péče	40
4.6.1	MESS skóre	40
4.6.2	Typy amputací	41
4.6.3	Amputace na dolní končetině	42
4.6.4	Komplikace amputací	43
4.7	Ošetřovatelská péče po amputaci	45
4.7.1	Péče o pacienta	45
4.7.2	Péče o pahýl	47
4.8	Rehabilitace (RHB)	48
4.9	Protetika	48
4.9.1	Popis protézy	49
5	ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	51
5.1	Typy zdravotního postižení	51
5.2	Definice zdravotně postižené osoby	51
5.3	Vymezení pojmů	51
5.4	Koncepční modely postižení	52

5.5	Charta práv tělesně postižených osob	53
5.6	Koncepce ucelené péče o člověka s postižením.....	54
5.6.1	Léčebná – zdravotní péče	54
5.6.2	Psychologická péče.....	55
5.6.3	Sociální péče	55
5.6.4	Pracovní RHB	56
5.6.5	Pedagogická RHB.....	56
5.6.6	Svépomocné skupiny v ČR.....	57
6	KVALITA ŽIVOTA.....	58
6.1	Historie pojmu kvalita života	58
6.2	Rozsah pojetí kvality života	59
6.3	Definice	59
6.3.1	Sféry použití.....	59
6.3.2	Definice podle WHO	60
6.3.3	Přístupy zkoumání kvality života jednotlivce.....	60
6.3.4	Kvalita života související se zdravím - HRQL	63
6.4	Dimenze kvality života	63
6.5	Metody zjišťování kvality života	64
6.5.1	Kvantitativní přístup	64
6.5.2	Kvalitativní přístup	67
6.5.3	Smíšený přístup.....	70
7	POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ.....	71
7.1	Stresová reakce.....	71
7.2	Posttraumatická stresová porucha	72
7.3	Kořeny hledání	73
7.4	Počátky vědeckého zkoumání	73
7.5	Vymezení pojmu	74
7.6	Prožívání traumatické události.....	75
7.7	Aspekty vzniku posttraumatického rozvoje	75
7.7.1	Definování pojmu trauma	76
7.7.2	Definování pojmu posttraumatický vývoj	78
7.7.3	Determinanty posttraumatického rozvoje	79
7.8	Nejnovější teoretické přístupy.....	80
7.8.1	Model Josepha a Linleye – rozvoj iniciovaný negativními událostmi	81

EMPIRICKÁ ČÁST	83
8 CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI	83
9 ZKOUMANÉ PŘÍPADY A POUŽITÉ METODY	84
9.1 Zkoumané případy	84
9.2 Postup.....	85
9.2.1 První sezení.....	85
9.2.2 Druhé sezení	86
9.3 Použité metody.....	87
9.3.1 Metoda životní křivky.....	87
9.3.2 Polostrukturované interview	88
9.3.3 Standardizovaný dotazník.....	89
10 VÝSLEDKY	91
10.1 Zkoumaný případ č.1	91
10.1.1 Úraz a jeho následky.....	91
10.1.2 Kazuistika	91
10.1.3 Křivka posttraumatického rozvoje.....	94
10.1.4 Polostrukturované interview	97
10.1.5 Standardizovaný dotazník PTGI.....	103
10.2 Zkoumaný případ č.2	104
10.2.1 Úraz a jeho následky.....	104
10.2.2 Kazuistika	104
10.2.3 Křivka posttraumatického rozvoje.....	106
10.2.4 Polostrukturované interview	109
10.2.5 Standardizovaný dotazník PTGI.....	112
10.3 Zkoumaný případ č.3	113
10.3.1 Úraz a jeho následky.....	113
10.3.2 Kazuistika	113
10.3.3 Křivka posttraumatického rozvoje.....	115
10.3.4 Polostrukturované interview	117
10.3.5 Standardizovaný dotazník PTGI.....	122
11 DISKUSE.....	123
11.1 Porovnání výsledků respondentů	123

11.1.1	Křivka posttraumatického rozvoje.....	123
11.1.2	Polostrukturované interview - shrnutí.....	128
11.1.3	Dotazník PTGI - vyhodnocení.....	133
11.2	Porovnání námi zjištěných výsledků s jinými pracemi.....	134
11.3	Doporučení.....	135
ZÁVĚR		138
ANOTACE		142
POUŽITÁ LITARATURA A PRAMENY		144
SEZNAMY		149

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je kvalita života a její proměny na příkladu osob s posttraumatickým postižením. V našem případě jsme si za traumatickou událost zvolili úraz následkem dopravní nehody a pádu.

Úrazy nejsou v dnešní době nic zvláštního a neobvyklého. Dalo by se říci, že jsou každodenní součástí života. Díky neustálému pokroku, moderním technologiím (rychlejší auta, dokonalejší mechanická zařízení, nové možnosti sportovního vyžití, apod.) se zároveň zvyšuje i jejich závažnost.

Každé poranění, které zanechá následky v podobě trvalého tělesného postižení, pak výrazným způsobem mění a ovlivňuje kvalitu života každého jedince. Úraz se neomezuje pouze na stránku fyzickou, ale současně postihuje stránku psychickou, sociální, ekonomickou a spirituální.

Jedinec se naprosto nečekaně a neplánovaně ocitá v nové a zcela neznámé situaci. Musí si projít velmi obtížnou a strastiplnou cestou, během níž je ovlivňován řadou pozitivních a negativních faktorů, které částečně předurčují, jakým směrem se jeho rozvoj bude ubírat. Ovšem z velké části záleží na jedinci samotném. Na jeho zvládacích strategiích, odhodlání, síle a vytrvalosti, na ochotě přijmout a využít nabízenou pomoc, ale i na tom, zda si z dané události dokáže odnést také něco pozitivního pro svůj další život.

Pro pochopení celé problematiky je zapotřebí seznámit se se samotným poraněním; jeho projevy, léčbou, ošetrovatelskou a rehabilitační péčí, protetikou. Připomenout důležitost sociální opory, psychologické péče, sociální péče, pracovní a pedagogické rehabilitace (dále jen RHB) a svépomocných skupin. Všechny tyto aspekty, jsou více či méně nezbytné pro vyrovnávání se s daným postižením, nalezením nového smyslu života, a pro možnost opětovného rodinného, společenského a pracovního zařazení. Zároveň je třeba vysvětlit také pojem tělesné postižení, kvalita života a posttraumatický rozvoj.

Pro vlastní výzkum byli vybráni tři jedinci, kteří v mladší dospělosti utrpěli závažný úraz s následným trvalým tělesným postižením. Metodou smíšeného přístupu, při němž byla využita křivka posttraumatického rozvoje, polostrukturované interview a standardizovaný

dotazník, jsme se pokusili zmapovat jejich posttraumatický rozvoj, odhalit faktory, které rozvoj pozitivním a negativním způsobem ovlivnily. Dále jsme se snažili zjistit, jak se jednotlivým respondentům v průběhu rozvoje měnila kvalita života a zda díky traumatické události u nich mohlo dojít také k pozitivnímu rozvoji jejich osobnosti.

Námi zjištěné výsledky se shodují s výzkumy provedenými na obdobné téma. Sami jsme se také pokusili vypíchnout tři doporučení, která by měla být neoddelitelnou součástí zdravotní péče při pomoci těmto jedincům lépe zvládnout a vyrovnat se s postižením. Závěry by potom mohly posloužit pro hlubší pochopení a snazší orientaci v dané problematice, tak abychom byli schopni co nejlépe a nejefektivněji pomoci těmto jedincům s návratem do plnohodnotného a kvalitního života.

„Nesmíme pečovat o to, abychom byli živi dlouho, nýbrž dostatečně. Vždyť k tomu, abys dlouho žil, je třeba osudu, abys žil dostatečně, ducha. Dlouhý je život, je-li plný. ... Může někoho těšit osmdesát let prožitých v netečnosti? Takový člověk nežil, nýbrž prodléval v životě, ani nezemřel pozdě, ale byl dlouho mrtev. ... Záleží na tom, od kdy počítáš jeho smrt. ...

Usilujeme o to, abychom se podobali klenotům: ne aby náš život měl velké rozměry, ale aby hodně vážil. Měřme jej skutky nikoli časem!“ (Seneca, 1979, s.197; citováno z Mareš, 2006).

TEORETICKÁ ČÁST

1 CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI

1. Charakterizovat obecný pojem úraz a detailněji rozebrat úrazy páteře a míchy z medicínského hlediska.
2. Popsat přednemocniční péči (dále jen PNP) o člověka s úrazem , zdravotní péči v akutní, subakutní a adaptační fázi.
3. Charakterizovat typy amputace.
4. Popsat PNP o pacienty s amputací; lékařskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči o ně.
5. Analyzovat pojem „zdravotní postižení“, jeho právní, sociální, psychologické a zdravotní aspekty.
6. Charakterizovat obecný pojem „kvalita života“, jeho dimenze a diagnostické možnosti.
7. Podrobněji popsat pojem „posttraumatický rozvoj“, jeho teoretické a praktické aspekty.

2 ÚRAZ

Při své práci zdravotní sestry na záchranné službě se poměrně často setkávám s různými typy úrazů, od těch nejlehčích poranění až po ty opravdu závažné, život ohrožující stavy a bohužel i s těmi, kde již nemůžeme nikterak pomoci.

Z lehčích poranění se lidé „oklepou“, plně, bez následků se uzdraví a jejich život plyne dál ve svých většinou neměnných kolejích. Bohužel jsou i lidé, kteří nemají to štěstí a odnáší si trvalé následky v podobě tělesného postižení.

I tyto lidé si žili svůj život, více či méně podle svých představ a možností. Měli své plány, touhy, přání a jejich život měl jistý smysl, řád a cíl. Najednou zasáhl snad krutý osud? Byl to jen okamžik, moment, sekunda, vstoupila naprosto neplánovaně, nečekaně, bez jediného varování a mnohdy i bez jejich vlastního přičinění a převrátila jim život naruby. Během této nepatrné chvíle ztratili kontrolu nad svým životem, jejich zdraví bylo ohroženo a mnohdy bojovali i o holý život.

2.1 Definice úrazu

Podle Pokorného (2002) je úraz tělesné poškození, které vzniká nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil. Můžeme jej rozdělit podle různých hledisek (Pokorný et al., 2002, Ferko et al., 2002):

2.1.1 Dělení podle mechanismu vzniku

- dopravní
- pracovní
- zemědělské a lesnické
- domácí
- sportovní
- kriminální

2.1.2 Dělení podle postižení systémů

- **monotrauma** – postižen je jeden orgán nebo jedna část jednoho systému.
- **těžké monotrauma** – může bezprostředně ohrozit život raněného, jedná-li se např. o izolované poranění kraniocerebrální, poranění srdce, dilacerace jater apod.
- **mnohočetné zranění** – jedná se o postižení více orgánů nebo částí jednoho tělesného systému.
- **sdrúžené poranění** – je postižení dvou nebo více tělesných systémů, které bezprostředně neohrožují pacienta na životě. Obvykle jde o vícečetná poranění končetin spolu s méně závažným postižením jiných regionů (lehký otřes mozku, pohmoždění hrudníku bez pneumo-hemothoraxu, kontuze břicha apod.)
- **polytrauma** - je současné postižení nejméně dvou tělesných systémů spojené se závažnou poruchou (selháním) alespoň jedné základní životní funkce (vědomí, spontánní dýchání, krevní oběh), kdy je pacient bezprostředně ohrožen na životě.

Poranění jednotlivých regionů musí být závažné:

- **hlava:** komočně – kontuzní syndrom, nitrolební krvácení, zlomeniny lbi nebo obličejového skeletu
- **hrudník:** sériové zlomeniny žeber (více jak tří), zlomeniny sternu, poranění nitrohrudních orgánů
- **břicho:** poranění nitrobřišních orgánů a bránice
- **pohybový aparát:** poranění pánevního kruhu, acetabula, zlomeniny dlouhých kostí, dislokované nitrokloubní zlomeniny a dilacerace končetin mimo prstů, zlomeniny páteře bez nebo s postižením míchy (Pokorný et al., 2002).

2.2 Statistické údaje

Podle dostupných informací z ČSÚ (Českého statistického úřadu) bylo v roce 2011 v ambulancích chirurgie provedeno celkem 1 696 419 prvních ošetření pro úraz (tj. počet pacientů léčených pro úraz), což je přibližně o 2% více než v roce 2010. V přepočtu na obyvatele tento nárůst představoval 2,3% (ze 158 ošetřených úrazů na tisíc obyvatel na 161,6 v roce 2011). Počet úrazů v přepočtu na tisíc obyvatel kraje byl nejvyšší v Jihočeském (208 na tisíc obyvatel) a Královéhradeckém kraji (188 na tisíc obyvatel). Podíl

jednotlivých druhů úrazů na všech úrazech se oproti předchozímu roku příliš nezměnil. Pomineme-li „úrazy ostatní“ (35,5%), podíl ošetřených sportovních úrazů činil 21,6% (celkem 365 993 úrazů), podíl úrazů doma a v dalších obytných institucích 21,2% (celkem 360 250 úrazů) a školních úrazů 14% (celkem 236 438 úrazů). Oproti roku 2010 se mírně snížil podíl dopravních úrazů, a to z 8,9% na 7,7% (z celkem 147 228 na 131 123). Od roku 2008 do roku 2011 bylo průměrně ročně hospitalizováno 22 132 pacientů následkem dopravní nehody, v roce 2011 byl počet hospitalizovaných 19 141 osob. Průměrná hospitalizace následkem pádu v těchto letech činila 121 129 pacientů, v roce 2011 byl počet hospitalizovaných 123 541 pacientů.

Dále z výsledků ČSÚ vyplývá, že v České republice žije 1 015 548 osob se zdravotním postižením. Celkově tvoří 9,87% populace ČR. Tělesné postižení patří k druhému nejčastějšímu zdravotnímu postižení s celkovým počtem 550 407 osob. Z tohoto počtu je 67 962 tělesných postižení následkem úrazu a v 67% se jedná o poruchy pohybového aparátu (Kalnická, Votinský 2008 [online]; ÚZIS, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]).

K častým příčinám úrazových poruch pohybového aparátu patří poranění páteře a míchy a traumatická amputace končetin. Právě o těchto lidech, bude pojednávat tato bakalářská práce. V úvodu si krátce přiblížíme danou problematiku. Zmíníme se o funkci páteře, míchy a dolní končetiny. Stručně, neboť to není cílem této práce, se pokusíme přiblížit klinický obraz, diagnostiku a terapii těchto poranění. Blíže se zaměříme na následnou péči, kvalitu života a posttraumatický rozvoj jedinců s tímto postižením.

3 ÚRAZY PÁTEŘE A MÍCHY

3.1 Páteř

Páteř (*columna vertebrarum*) je osový orgán lokomočního aparátu lidského těla. Je tvořena 33 – 34 obratli, mezi nimiž jsou meziobratlové ploténky. Jednotlivé obratle jsou spojeny pevnými vazy. Páteř tvoří opěrný orgán pro vzpřímenou chůzi a současně chrání svým spinálním kanálem míchu a její kořeny. Její základní funkce je tedy nosná, pohybová a protektivní (Kaltofen, Česák, 2006). O anatomii více v příloze č.1.

3.2 Hřbetní mícha

Hřbetní mícha (*medulla spinalis*) je část CNS. Tvarem připomíná provazcovitý útvar, předozadně oploštělý. Je uložena v páteřním kanálu a je obalena míšními obaly. Funkce páteřní míchy spočívá převážně v její účasti na motorice, kterou uskutečňuje na základě míšních reflexů a na zprostředkování oboustranného spojení míchy s vyššími oddíly CNS a jednotlivými úseky páteřní míchy. Anatomie hřbetní míchy v příloze č.2.

3.3 Poranění páteře a míchy

Úrazové postižení páteře je poměrně časté, poranění míchy je vzácnější, ale mnohem závažnější. Vzhledem k tomu, že nejčastěji dochází k poranění míchy při současném těžkém poranění páteře, hovoří se souborně o poraněních vertebrospinálních (Ambler, 2011).

Poranění míchy patří mezi nejzávažnější traumata nejen proto, že postihuje především mladší věkové skupiny obyvatel, ale také proto, že mnohdy zanechává trvalý těžký neurologický deficit. Většina pacientů jsou muži ve věku 15-35 let (Kaltofen, Česák, 2006).

3.3.1 Základní pojmy

Tab.1: Definice poruch hybnosti (Wendsche, Kříž, 2005)

Pojem	Charakteristika
paréza	částečná ztráta hybnosti
centrální (spastická) paréza	zvýšené myotatické (proprioceptivní) reflexy, spasticita, trofika normální, přítomné spastické jevy
periferní (chabá) paréza	myotatické reflexy snižené až vyhaslé, hypotonie, hypotrofie, absence spastických jevů
smíšené parézy	zvýšené myopatické reflexy, přítomné spastické jevy, svalové atrofie
pseudochabá paréza	léze centrální, ale myotatické reflexy vyhaslé, nepřítomné spastické jevy, atonie – v období míšního šoku
paraparéza	částečné ochrnutí dolní poloviny těla, inkompletní míšní léze pod segmentem C8 (některá funkce zachována)
kvadruparéza	inkompletní léze míšní v segmentech C4 – C8, částečné ochrnutí všech končetin
plegie	úplná ztráta hybnosti
vysoká paraplegie	poškození míchy v segmentu horní části zad Th1 – 6
nízká paraplegie	ztráta pohyblivosti dolních končetin, bez ohledu na výšku poškození – problémy s kontrolou močení a stolice a dále závisí na míře poškození
paraplegie	úplné ochrnutí dolní poloviny těla, kompletní transverzální léze míšní pod segmentem C8, v oblasti hrudní a bederní míchy (ztráta motoriky i senzitivity)
kvadruplegie	kompletní transverzální léze míšní v segmentech C4 – C8, částečná ztráta hybnosti horních končetin a úplná ztráta pohyblivosti těla a dolních končetin s potížemi při dýchání a kašli
pentaplegie	postižení míchy nad C4 s ochrnutím bráničního nervu – ochrnutí končetin + bránice, pacient s trvalou plicní ventilací

3.3.2 Etiologie

Z úrazových příčin jsou na prvním místě dopravní úrazy a pády z výšky. V poslední době začalo přibývat sportovních poranění, hlavně z létání na rogalech a padácích. Zlomeniny páteře však mohou vzniknout i při minimálním traumatu, např. při předklonu, či při epileptickém záchvatu (Zeman et al., 2001; Kaltofen, Česák, 2006).

3.3.3 Epidemiologie

Výskyt vážného poranění míchy je odhadován na 28 - 50 případů na 1 000 000 obyvatel/rok (USA). Z databáze České spondylochirurgické společnosti vyplývá, že každý rok vzniká více než 300 nových úrazů míchy (3,35/100 000 obyvatel) (Kaltofen, Česák, 2006).

3.3.4 Mechanismus poranění míchy

K poškození míchy vedou tři základní mechanismy:

- destrukce následkem přímého traumatu
- komprese kostěnými fragmenty obratlů, hematodem nebo intervertebrálním diskem
- ischemie z přímého poranění nebo jiného poškození spinálních arterií

Mechanismus míšního poranění dále dělíme na primární a sekundární.

Primárním mechanismem rozumíme přímé poškození míchy a její traumatizaci nárazem na kostěné struktury páteřního kanálu, kompresi míchy při zlomeninách obratlů kostním úlomkem nebo traumaticky vyhrzlou meziobratlovou destičkou. K laceraci míchy a k anatomickému přerušení míchy může dojít při tříštivých zlomeninách obratlových těl a oblouků s vražením kostního úlomku do kanálu páteřního, při luxacích obratlů o celou šíři páteřního kanálu, při bodných nebo střelných poraněních (Kaltofen, Česák, 2006).

Sekundární míšní poranění je způsobeno autodestrukčními změnami, ke kterým dochází po primárním poranění. Je to kaskáda změn v prvních několika hodinách po úrazu. Velmi důležité až kritické pro poraněného jsou sekundární změny v prvních několika hodinách – poškození kapilár, perikapilární hemoragie, traumatická hematomyelie, uvolňování volných kyslíkových radikálů, sekundární ischemie s následným míšním infarktem nejprve šedé hmoty, edémem bílé hmoty a postupně kompletní nekróza. Sekundární míšní poškození progreduje během 24 hodin kraniálním a distálním směrem. U vysokých krčních lézí může dojít ascendentně i k patologickým změnám v prodloužené míše a selhání vegetativních center (Ambler, 2011; Dědek, Ferko, 2002). K sekundárnímu poškození

míchy může dojít také iatrogeně, při nesprávné manipulaci s pacientem při vyprošťování, manipulaci či transportu.

Mechanismus vedoucí k poškození míchy potom určuje stupeň závažnosti jejího poškození.

3.3.5 Stupně postižení míchy

- **komoce** - je krátkodobé funkční postižení motoriky, senzitivity a sfinkterů, bez strukturálních změn. Postižení je zpravidla oboustranné a symetrické. Je plně reverzibilní. Kompletní úprava míšních symptomaticky nastupuje obvykle do 24, ale někdy i 72 hodin.
- **kontuze** – je strukturální poškození míšních tkání, v místě poranění vznikají drobná kontuzní ložiska (nejčastěji krvácení v šedé hmotě, otok hmoty bílé, poškození míšních tkání), která zanechávají funkční následky různého stupně.
- **komprese** – trvalý tlak na míchu způsobený osteoligamentózním poraněním (úlomkem kosti, dislokací či luxací obratle) nebo méně často hematomem (Ambler, 2011; Dědek, Ferko, 2002).

Mícha je nejčastěji poraněna v krční oblasti a na přechodu hrudního a bederního úseku páteře. Incidence poranění míchy při zlomeninách nebo luxacích obratlů je rozdílná v různých oddílech páteře. Při poranění krčního úseku páteře je mícha postižena ve 40%, při poranění hrudní páteře v 10%, v oblasti přechodu Th - L páteře ve 35%, při poranění bederní páteře ve 3% případů (Kaltofen, Česák, 2006).

3.4 Klinický obraz

Podle poruchy anatomických struktur dochází k poruše jednotlivých funkcí:

- **motorické dysfunkce** se projevují syndromem periferní (chabé) parézy – při lézi motorických neuronů na úrovni předních rohů míšních nebo předních míšních kořenů; syndromem centrální (spastické) parézy – při lézi kortikospinálního traktu.
- **senzitivní dysfunkce** se projevují různými typy poruch kvality citlivosti v závislosti na lokalizaci léze.

- **autonomní dysfunkce** se projevují řadou poruch, z nichž klinicky nejvýznamnější jsou poruchy mikce a defekace, poruchy sexuálních funkcí, zornicové poruchy a poruchy regulace vazomotoriky (Wendsche, Kříž, 2005).

V první fázi při kompletním nebo částečném porušení páteřní míchy dochází k míšnímu šoku.

3.4.1 Míšní (spinální) šok

Míšní šok je těžké akutní postižení míchy. Je charakterizován přechodnou ztrátou všech spinálních reflexů pod úrovní poranění, což je způsobeno vyřazením vlivu vyšší části CNS. Nastává kompletní chabá plegie, ztráta reflexů a poškození vegetativních funkcí včetně močového měchýře a konečníku. Přetrvává různě dlouhou dobu – od 2 týdnů až po několik měsíců. Odeznívá postupně. Nejprve se objevují vegetativní reflexy, později flexorové. Dochází k rozvoji centrální spastické obrny se zvýšenými reflexy. Extenzorové reflexy se obnovují nejpozději nebo vůbec ne. Anální a bulbokavernózní reflexy jsou v 90% výbavné již za 24 – 48 hodin (Rokyta, 2008; Kaltofen, Česák, 2006).

Vlastní klinický obraz je potom dán výškovou lokalizací a transverzálním rozsahem poškození míšní tkáně. Jako **neurologická hranice léze** se označuje nejkaudálnější segment, který má ještě intaktní motorickou a senzitivní funkci (Ambler, 2011).

3.4.2 Transverzální léze míšní

Tab.2: Příznaky podle výše lokalizace míšní léze (Dědek, Ferko, 2002; Bydžovský, 2008)

Lokalizace	Příznaky
horní krční C1 - C4	úplná spastická kvadruparéza či plegie, úplná anestezie, kompletní obrna dýchání, zpravidla fatální
dolní krční C5 – Th2	úplná kvadruparéza či plegie (na HK chabá, na DK spastická), úplná anestezie HK, DK a trupu, brániční dýchání, Hornerův syndrom (triáda: ptóza, mióza, exoftalmus), nad Th6 bývá bradykardie – neurogenní šok
hrudní Th2 – Th12	spastická paraplegie DK, anestezie distální části trupu a DK, částečné postižení dýchacího svalstva a oslabení dýchání
lumbální L1 – S2	periferní paréza dolních končetin
epikonus L4 – S2	chabá paréza hýžd'ového a zadního stehenního svalstva, porucha flexe nohy plantárně i dorsálně a flexe kolene
konus S3 – S5	bez poruchy hybnosti DK, anestezie perianogenitální krajiny a mediální plochy stehů („sedlová“), poruchy sfinkterů, kořenové bolesti, cauda equina – obdobně, ale nález bývá asymetrický, pseudoklaudikace

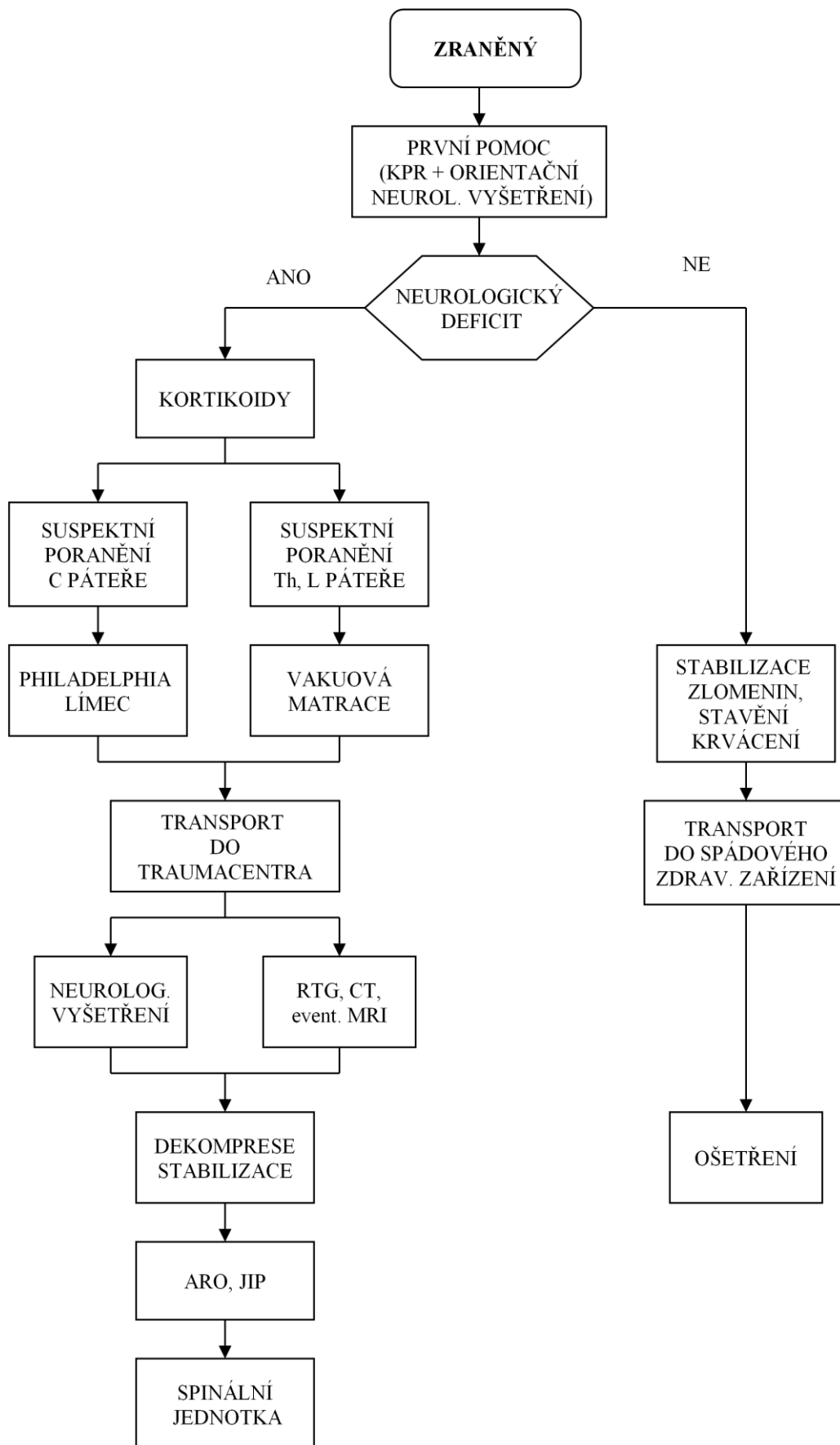
3.4.2.1 Kompletní (úplná) míšňí léze

Je nejtěžším stupněm poranění, tvoří 44% míšňích traumat. Mícha může být zcela dilacerována nebo propadne nekróze v důsledku ischemie. Jedná se o úplnou symetrickou ztrátu motoriky, senzitivity a vegetativních funkcí (včetně funkcí sexuálních, močového měchýře a konečňíku) s charakteristickými projevy v závislosti na výšce zranění. Ve stadiu míšňího šoku je obrna chabá, po odeznění obrna spastická, chabá zůstává pouze ve výší poškozeného segmentu. V akutní fázi nastává retence moči a stolice, později inkontinence. Neskýtá naději na výraznou úpravu (Dědek, Ferko, 2002).

3.4.2.2 Inkompletní (částečná) míšňí léze

Od počátku jsou zachované určité známky motorické či senzitivní aktivity míšňích funkcí pod úrovní traumatu. Projevuje se typickými klinickoneurologickými syndromy v závislosti na postižení určitých drah. Podstatná úprava funkce je v tomto případě pravděpodobná. Příznaky podle typu postižení viz příloha č.3 (Kaltofen, Česák, 2006; Pokorný et al., 2002; Víša, Hoch et al., 2004).

Péče o takto postiženého pacienta musí být včasná, komplexní a systematická. Základní postup je znázorněn na vývojovém diagramu.



Obr. 1: Vývojový diagram (Wendsche, Kříž, 2005, s.23)

3.5 Přednemocniční péče (PNP)

Je péče poskytovaná pacientovi „od prvních minut“ po vzniku závažného míšního poranění na místě úrazu a během transportu do zdravotnického zařízení. Její součástí je zajištění základních životních funkcí, předběžná diagnostika míšního poranění, fixace páteře, antiedematózní léčba, šetrná manipulace a transport do zdravotnického zařízení. Na jejím včasném a správném provedení mnohdy závisí další osud pacienta.

3.5.1 Diagnostika v PNP

Je zaměřena na zjištění mechanismu úrazu, zhodnocení vitálních funkcí, celkového stavu pacienta a na orientační neurologické vyšetření. Cílem je včas diagnostikovat ohrožení životních funkcí, rozpoznat možné poranění míchy, orientačně stanovit výši a rozsah míšní léze a odhalit počínající známky neurogenního šoku. Správně stanovená předběžná diagnóza poranění páteře a míchy je rozhodující pro zahájení včasné léčby a směřování pacienta na odpovídající odborné pracoviště. (Funkční schéma ke stanovení výšky neurologického deficitu – myxomy a schéma výšky senzitivního deficitu viz příloha č. 4).

3.5.2 Vyprošťování nemocného

Poranění páteře je spojeno v 15 - 40% s poraněním míchy. Při podezření na poranění páteře a míchy je zapotřebí věnovat velkou pozornost vyprošťování zraněného. S pacientem musí být co nejméně manipulováno, aby při nestabilním poranění páteře nedošlo k další sekundární traumatizaci míchy. Při vyprošťování je tedy třeba zachovávat normální osové postavení páteře. Velmi závažné jsou nestabilní zlomeniny v oblasti krční páteře, proto je nezbytné krční páteř ještě před vyproštěním fixovat krčním límcem (typu Philadelphia nebo Stiff-Neck). Límec ovšem nesmí komprimovat krční žíly, pro nebezpečí zvýšení nitrolebního tlaku (Pokorný et al., 2002).

3.5.3 Zajištění základních životních funkcí

Poranění páteře a míchy se často vyskytuje jako sdružené poranění u polytraumatizovaných pacientů, kde bývá současně poraněna hlava a mozek, hrudník a nitrohruční orgány, končetiny a nitrobřišní orgány (Kaltofen, Česák, 2006).

U polytraumatizovaného pacienta postupujeme podle ATLS - *Advanced Trauma Life Support* - doporučeného uceleného systému péče o poraněné.

Prvořadým úkolem je zajištění základních životních funkcí. Prvotní vyšetření a urgentní ošetření pacientů provádíme podle schématu „Triage – ABCD“:

A irway kontrol	kontrola a zajištění průchodnosti dýchacích cest
B reathing	zhodnocení ventilace
C irkulation	kontrola oběhu a krvácení
D isability	zhodnocení neurologického stavu

Při selhávání základních životních funkcí zahajujeme neodkladnou KPR. Další nedílnou součástí léčby v PNP je analgoterapie, volumoterapie, imobilizace zlomenin, krytí otevřených ran sterilním obvazem.

3.5.4 Péče o trofiku míšní tkáně

Nervové buňky jsou velice náchylné na nedostatek kyslíku. Mikrocelulární struktury zkolabují a neumožňují normální metabolismus membrán a buněk. Předpokládá se, že právě toto sekundární poškození je jedna z nejčastějších příčin definitivního míšního poškození. Zajištěním dostatečné ventilace, oxygenace, cirkulace, perfúze a antiedematózní léčbou, spočívající v aplikaci kortikoidů podle doporučených postupů, předcházíme sekundárnímu poškození nervové tkáně.

3.5.5 Transport

Bezesporu důležitou součástí PNP je také způsob transportu a jeho směřování do odpovídajícího nemocničního zařízení. Zraněný musí být transportován do zdravotnického zařízení na pevné rovné podložce, nejlépe ve vakuové matraci ve stabilní poloze. Transport polytraumatizovaného pacienta nebo pacienta se suspektním poraněním páteře a míchy by měl být proveden do nejbližšího traumacentra posádkou ZZS nebo LZS (Wendsche, Kříž, 2005; Dědek, Ferko, 2002 ; Kaltofen, Česák, 2006).

3.6 Fáze zdravotní péče

Podle Metodického opatření MZ ČR z 18. 6. 2002 bylo období po poškození míchy rozděleno na 3 fáze:

- **stadium 1a - akutní fáze:** cca 1. – 2. týden po vzniku onemocnění; během této doby je pacient hospitalizován na ARO nebo JIP *spondylochirurgických pracovišť* (viz příloha č. 5); zahrnuje okamžitou stabilizaci a dekompresi míchy a případné ošetření dalších poranění.
- **stadium 1b – subakutní (postakutní) fáze:** cca 3. – 12. týden po vzniku onemocnění; během tohoto období je pacient hospitalizován na *spinální jednotce* (viz příloha č. 6).
- **stadium 2 - chronická fáze:** cca 6. – 12. týden po vzniku onemocnění, je péče poskytována v *rehabilitačních ústavech* (viz příloha č. 7).
- **fáze 3 (terciální fáze)** – je za ni často považována pozdní doba, kdy někteří pacienti potřebují péči pro vzniklé komplikace (dekubity, infekce močového systému, urolitiázu, kontraktury, narůstající spasticitu, bolesti, psychologické i psychiatrické poruchy), nebo následné akutní stavy či operační zákroky (Jirků, Kyriánová, 2005).

3.7 Akutní fáze

Nemocniční péče je zajišťována týmem zdravotníků, který se skládá ze spondylochirurga, intenzivisty, neurologa, rehabilitačního lékaře, psychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta a sester. Konziliárně jsou zajištěni také lékaři z dalších oborů (P. Wendsche, J. Kříž, 2005). Úkolem je stanovení definitivní diagnózy, léčba poranění, eliminace akutních i pozdních komplikací a včasná rehabilitace s cílem navrátit pacienta do plnohodnotného a kvalitního rodinného, společenského a pracovního života.

3.7.1 Klinické vyšetření

Při úrazech páteře je vždy třeba rozhodnout, zda se jedná o poranění stabilní nebo nestabilní a zda je přítomna neurologická symptomatologie, což má zásadní význam pro vlastní terapii. O stabilitě rozhoduje poranění jednotlivých elementů pohybového segmentu.

- **stabilita** - je obvykle definována jako stav, kdy při fyziologické zátěži nedochází k deformaci či excesivnímu či abnormálnímu pohybu v pohybovém segmentu a jsou chráněny nervové struktury.
- **nestabilita (instabilita)** – je stav, kdy při fyziologickém rozsahu pohybu dochází k abnormální pohyblivosti páteře (Krbec[online]).

3.7.1.1 Neurologické vyšetření

Detailním neurologickým vyšetřením lze stanovit výšku poranění a předpovídat rozsah celkového poškození. Hodnotíme (Dědek, Ferko, 2002):

- motorické funkce a svalovou sílu
- svalové reflexy, patologické reflexy
- senzitivitu (pro bolest, dotyk), hluboké čítí (vibrace, polohocit)

Ke schematickému prvotnímu zhodnocení tíže poranění z hlediska funkce je velmi často používána **Frankelova klasifikace** (Zeman et al., 2001):

- A úplné poškození motoriky a senzitivní inervace
- B úplné poškození motoriky, senzitivita částečně zachována
- C částečné zachování motoriky, funkčně však nevyužitelné, částečné poškození senzitivity
- D částečné, funkčně využitelné zachování motoriky, částečně nebo plně zachovaná senzitivita
- E normální motorická i senzitivní funkce

3.7.1.2 Pomocné zobrazovací metody

- **RTG vyšetření** – je základem pro stanovení diagnózy. Standardně se provádí ve dvou projekcích.
- **CT (počítačová tomografie)** – v návaznosti na RTG vyšetření představuje suverénní diagnostickou metodou u většiny zlomenin páteře. Značnou výhodou je relativní rychlost i to, že pacient může během celého vyšetření ležet na zádech. Dobře zobrazí C – Th přechod, detailně zobrazí kostní struktury, průsvit páteřního kanálu i poměry meziobratlových plotének. 3D rekonstrukce zlomenin usnadní předoperační rozvahu.
- **MRI (magnetická rezonance)** – zobrazí všechny páteřní struktury včetně měkkých tkání, tedy i míchy. V akutní traumatologii se nevyužívá pro časovou a technickou náročnost. Je však cenná při objasňování některých poúrazových stavů (skryté instability, herniace disků zejména na krční páteři, apod.).
- **Scintigrafie** – má své místo při diferenciální diagnostice, např. pro odlišení čerstvé zlomeniny od starých lézí na osteoporotické páteři či páteři s pokročilými degenerativními změnami. Uvádí se však, že je spolehlivá nejdříve za 8 dní po úrazu.
- **Elektrofyzilogické vyšetření – evokované potenciály**
MEP – motorické evokované potenciály
SEP – senzitivní evokované potenciály
Obě metody vyjadřují „průchodnost“ míchy. Nepoužívají se v akutní fázi léčení, ale mají své místo při objektivizaci průběhu a výsledku léčení (Pokorný et al., 2002).

3.7.2 Lékařská péče

Základní diagnóza, tj. tíže a komplexnost poranění páteře a míchy, potom určuje způsob dalšího postupu terapie. Ideálním cílem léčby poraněné páteře je obnovení její nosné, pohybové a protektivní funkce včetně obnovení funkce nervových struktur (Pokorný et al., 2002).

3.7.2.1 Konzervativní terapie

Konzervativní terapie jednoznačně dominuje v léčbě úrazů páteře, kde není současně poškozena mícha. Principem je repozice a retence zlomenin po celou dobu hojení (6 – 16 týdnů) a rehabilitace (Pokorný et al., 2002). Způsoby konzervativní terapie v příloze č. 8.

3.7.2.2 Operační terapie

Cílem operační léčby je:

- urgentní dekomprese míchy
- repozice a stabilizace páteře
- zabránění sekundárního poškození míchy
- časná rehabilitace a mobilizace pacienta

K chirurgické dekompresi a stabilizaci jsou indikováni hemodynamicky stabilní pacienti s neurologickou lézí, u kterých je přítomna kostní nebo ligamentózní instabilita páteře po úrazu. Akutní dekomprese se provádí i u pacientů s těžkou hemoragickou míšní lézí či kompletním přerušением míchy. V těchto případech jde o udržení postavení páteře a zamezení kyfotizace, což má význam pro další rehabilitační léčbu (Kaltofen, Česák, 2006).

Operační zákrok by měl být proveden nejpozději do 4-6 hodin od úrazu. Čím dříve je dekomprese provedena, tím větší je šance na zachování dosud existujících nervových funkcí, event. na návrat funkcí poškozených (Zeman et al., 2001). Časným operováním také předcházíme komplikacím z dlouhodobé imobilizace, jako jsou pneumonie, dekubity, hluboká žilní trombóza, plicní embolie a dále pak loubům a instabilitám páteře (Kaltofen, Česák, 2006).

Principem operační léčby je dosáhnout:

- **repozice** - obnovení normálního vzájemného vztahu jednotlivých obratlů nebo obnovení tvaru obratlového těla.
- **stabilizace** - má rozhodující význam pro udržení získané repozice. Magerl to vyjádřil zcela jednoznačně: „Není repozice bez stabilizace“. Většinou jde o tzv. osteosyntézu přemost'ující, tzn., že přemost'uje poraněný obratel a spojuje dva nebo

tři obratle zdravé, čímž se jeden nebo dva pohybové segmenty vyřadí. K tomuto účelu se užívá kostní štěp, který se odebírá z hřebene kosti kyčelní, nebo lze použít kovové nebo keramické náhradní materiály.

- **dekomprese** - uvolnění útlaku – musí být cílená podle příčiny. Urgentní dekomprese míchy snižuje nebezpečí sekundárního poškození nervové tkáně a zvyšuje šanci na regeneraci funkce míchy (Zeman et al., 2001; Wenschde, Kříž, 2005).

3.7.3 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče o pacienta s míšním poraněním je vždy součástí multidisciplinární péče. Je poskytována v rámci ošetrovatelského procesu. Vychází z typu postižení, přidružených poranění a onemocnění, způsobu terapie a individuálních potřeb jedince. Je zaměřena na plnění ordinací lékaře, komplexní a systematické uspokojování aktuálních potřeb pacienta, eliminaci vzniku sekundárních komplikací, na psychickou podporu a edukaci pacienta a členů jeho rodiny. Z toho vyplývá, že musí být poskytována na vysoké lidské a profesionální úrovni.

Sestra je s pacientem v každodenním úzkém kontaktu. Díky tomu může být pro pacienta velkou psychickou oporou a průvodcem v jeho nelehkém období. Měla by s pacientem navázat vztah založený na důvěře, rozpoznat a porozumět jeho aktuálním potřebám, díky čemuž může společně s dalšími členy multidisciplinárního týmu napomoci navrácení zdraví, psychické pohody.

K základním činnostem ošetrovatelské péče patří:

- **prevence dekubitů** - úkolem sestry je zajistit pravidelnou změnu polohy, používání antidekubitních matrací a pomůcek, důkladnou hygienu celého těla, kontrolu a promazávání predilekčních míst, zajištění dostatečné výživy a hydratace, nastavení správného režimu vyprazdňování a zabránění dráždění pokožky močí a stolicí.
- **polohování** - při péči o polohování je nutná spolupráce sester, fyzioterapeutů a ošetrovatelek. Pravidelné polohování by mělo zamezit vzniku svalových atrofií, kontraktur, deformací kloubů a podpořit rehabilitaci. Rovněž je základem prevence vzniku dekubitů.

- **prevence tromboembolických komplikací** - imobilita pacienta je výrazným rizikovým faktorem vzniku TEN. Součástí ošetrovatelské péče je důsledné používání elastických punčoch u ležících pacientů, pasívní cvičení dolními končetinami, dostatečná hydratace a podávání léků dle ordinace lékaře.
- **péče o dýchací cesty**
 - **péče o pacienta s tracheostomií** - při dechových obtížích a pravděpodobnosti dlouhodobé ventilace je pacientovi zavedena tracheostomická kanyla. Součástí ošetrovatelské péče je asistence při jejím zavádění, odsávání sekretu z DC, hodnocení kvality a kvantity sekretu, sledování postavení kanyly, prevence otlaků, správná aplikace vdechované směsi (zvlhčené a ohříváné) a léků, podporujících expektoraci, ošetřování TS kanyly a psychická podpora pacienta.
 - **dechová rehabilitace** – jedná se o dechová cvičení a ostatní dechové techniky, které se provádějí jak v rámci ošetrovatelské péče, tak v rámci rehabilitace s cílem zlepšit plicní ventilaci a vykašlávání sekretu z dýchacích cest.
- **péče o výživu** - obecně je úkolem sestry zajistit vhodný výběr stravy, dostatečné množství tekutin, příjemné prostředí při stravování, sledování množství přijaté potravy a tekutin, event. dopomoc při stravování.
 - **parenterální výživa** - je indikována u ventilovaných pacientů
 - **enterální výživa** – je aplikována bolusově při zavedené NGS nebo kontinuálně při zavedené jejunální sondě; při předpokladu dlouhodobého podávání je zavedena PEG.
 - **perorální výživa** – u kvadruplegiků je zpočátku nutné podávání stravy a postupný nácvik sebenasycení s pomocí kompenzačních pomůcek. U pacientů s TS kanylou je nutné dbát na výběr vhodné stravy z důvodu zhoršeného polykání.
- **péče o vyprazdňování**
 - **vyprazdňování stolice** – u pacientů s poraněním míchy se vyskytují různé poruchy vyprazdňování. Proto je třeba navodit určitý režim, tzn. každý třetí den dostane pacient čípek, po kterém se vyprázdní. Pokud nedojde k vyprázdnění, je nutné aplikovat klyzma nebo stolicí vybavit manuálně.

V počáteční fázi se pacienti vyprazdňují na lůžku. Cílem je, aby se pacient naučil vyprazdňovat sám na WC a sám zvládal přesun – pokud je to možné. Podstatné je při těchto úkonech dodržovat intimitu pacienta a následně mu zajistit dostatečnou hygienu.

- **vyprazdňování moče** – v první fázi se u pacientů nejčastěji řeší PMK, pokud možno pouze krátkodobě. V další době je zavedena epicystostomie, kterou zpočátku sestra v pravidelných intervalech, nejčastěji tříhodinových, zaštipuje. Později to zvládá pacient sám. V další fázi se přistupuje na ČIK (čistá intermitentní katetrizace) a ČIAK (čistá intermitentní autokatetrizace) – tzn., že pacienti, kteří se mohou sami cévkovat, nejdříve sledují práci sestry a později se sami cévkují. Součástí práce sestry je i měření rezidua močového měchýře pomocí UZ přístroje, bilance tekutin, sledování charakteru moči a přítomnost příměsí. Důležité je také předcházet uroinfekcím dodržováním sterility a dostatečného pitného režimu.
- **péče o osobní hygienu** - čistota je výchozím, základním předpokladem pro pocit osobní pohody. Rozhodujícím faktorem možnosti provedení je míra omezení pohyblivosti a ztráta soběstačnosti. Péče o tělesnou čistotu a oblékání je v prvních dnech po úrazu plně zajišťována sestrou. Celková koupel na lůžku, v mobilní vaně, je podle zdravotního stavu pacienta prováděna každý den. Součástí je také hygiena dutiny ústní, péče o vlasy a nehty a sledování stavu kůže. Nezbytnou součástí je citlivý a taktní přístup a zajištění pacientovy intimity. Postupně, dle možností, je snahou co nejvíce zapojovat pacienta do provádění osobní hygieny, tím zvyšovat jeho samostatnost a podporovat jeho sebevědomí.
- **péče o spánek** - spánek je pro pacienta zdrojem odpočinku jako nezbytného předpokladu pro načerpání potřebné energie ke zvládnutí denních aktivit a pro potřebnou regeneraci organismu. Úkolem sestry je pacienta přes den přiměřeně aktivizovat, večer zajistit vhodné podmínky ke spánku, eliminovat rušivé faktory, sledovat množství a kvalitu pacientova spánku a projevy únavy. V případě potřeby podávat hypnotika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek. Dostatečně odpočatý pacient se může daleko lépe zapojit do celého léčebného procesu.
- **hodnocení a prevence bolesti** - každý úraz je provázen bolestí, která vede k prohloubení stresu, zpomalení hojení a zhoršování spolupráce pacienta. Zároveň však bolest může být důležitým diagnostickým vodítkem a nesmí se proto nikterak

podceňovat. Povinností sestry je pravidelně sledovat, dotazovat se a spolu s pacientem hodnotit intenzitu bolesti. Analgetika podávat dle ordinace lékaře a hodnotit jejich účinek. Sestra by také měla edukovat pacienta o jiných možných alternativních způsobech mírnění bolesti.

- **edukace** – nezbytnou součástí ošetrovatelské péče je také správná edukace pacienta a jeho rodiny. Měla by zbavit pacienta nejen obav z různých vyšetření a léčebných úkonů, pomoci mu porozumět zvolenému postupu léčby, motivovat ho a přispět k lepšímu zapojení se do celého léčebného a ošetrovatelského procesu. Rodina je pro pacienta velkou psychickou oporou a zároveň cenným partnerem v celém ošetrovatelském procesu. Aby mohla tuto svoji funkci plnit dostatečně a kvalitně, je zapotřebí, aby i ona měla dostatek potřebných a srozumitelných informací.
- **prevence pádů a úrazů** - všechny pacienty po poranění míchy můžeme označit jako rizikové, proto je v tomto směru nezbytná důsledná prevence - zajištění kompenzačních pomůcek, signalizačního zařízení, uzpůsobení prostředí, dohled a doprovod pacienta při jednotlivých činnostech, apod. Jakýkoli pád či úraz může být závažnou komplikací, která znesnadní další postup léčby (Wendsche, Kříž, 2005; Jirků, Kyriánová, 2005).

3.7.4 Fyzioterapie v akutní fázi

Fyzioterapie je neoddělitelnou součástí péče o pacienta s poraněním míchy a je zapotřebí, aby byla započata co nejdříve. V akutní fázi je zaměřena na:

- **polohování** – je základem rehabilitačního ošetřování, jak již bylo zmíněno výše, slouží k prevenci vzniku kontraktur, svalových atrofí, deformit kloubů a k prevenci vzniku dekubitů.
- **dechová rehabilitace** – součástí dechové rehabilitace jsou dechová cvičení a ostatní dechové techniky (autogenní drenáž, usilovný výdech, huffing, modifikované techniky s dechovými pomůckami – flutter, acapella). Dále lze využít např. Vojtovy metody k reflexně prohloubenému dýchání. Umožňuje pacientovi obnovit ztracenou dechovou mechaniku, udržet čisté dýchací cesty a

především snižuje energetickou náročnost dechové funkce. Dále významně snižuje riziko respiračních infekcí.

- **pasivní cvičení** – je zaměřené na protahování v oblastech se ztrátou aktivní hybnosti, slouží k udržení rozsahu pohybu v kloubech a prevenci kontraktur.
- **aktivní cvičení** - je zaměřené na složitější pohybovou funkci, jejich výběr je přizpůsoben individualitě a schopnostem pacienta. Nejčastěji se jedná o metody na neurofyziologickém podkladě (např. Vojtova, Babothova metoda, PNF a další). Na funkčních částech těla provádějí pacienti aktivní pohyb samostatně nebo proti odporu, tím se zachovává kloubní rozsah, posilují oslabené svaly a udržuje se celková fyzická kondice.
- **mobilitu na lůžku a přesuny** – jsou komplexní činnosti, které vyžadují schopnost motorického plánování, sílu a koordinaci, sloužící k dosažení maximální možné soběstačnosti pacienta.
- **vertikalizaci** – postupná vertikalizace se zahajuje ve smyslu polosedu až sedu. Má mnoho významných pozitivních účinků. Mezi nejdůležitější patří zpomalení demineralizace skeletu, zlepšení venózní a lymfatické drenáže, optimalizace funkce trávicích a vylučovacích systémů a snížení spasticity. K vertikalizaci se používají dlahy, vertikalizační stoly, apod.
- **fyzikální terapii** – tvoří doplňkovou součást terapie spinálních pacientů, využívá se jejích pozitivních účinků (např. spasmolytický, antiedematózní, dráždivý) dle individuálních obtíží pacienta (Wendsche, Kříž, 2005; Kříž, Špaňhelová[online]).

3.8 Subakutní fáze

Po stabilizaci zdravotního stavu je pacient přeložen na spinální jednotku. V tomto období se zpravidla řeší nejrůznější zdravotní komplikace, pokračuje ošetrovatelská a rehabilitační péče. Kromě lékařů, sester, fyzioterapeutů a ergoterapeutů se na péči o pacienta podílí psycholog, sociální pracovníce a konziliární lékaři z jiných oborů.

3.8.1 Fyzioterapie v subakutní fázi

V subakutní fázi se trénuje mobilita na lůžku, samostatný sed, přesuny na vozík, na WC, do sprchy a zpět. Postupně se zvyšuje obtížnost cviků a prováděných aktivit. Dále probíhá vertikalizace na vertikalizačním stole, nácvik správné postury sedu a ovládání mechanického vozíku. V případě, že mají pacienti zachovanou částečnou či úplnou hybnost DK, zahajuje se nácvik lokomoce s různými druhy pomůcek. Z prostředků fyzikální terapie se používá elektrostimulace, magnetoterapie a distanční léčba (Kříž, Špaňhelová [online]).

3.8.2 Ergoterapie

Ergoterapie je obor, zabývající se diagnostikou a léčbou pacienta, který je dočasně nebo trvale fyzicky, psychicky, mentálně nebo smyslově postižený. Je založena na předpokladu, že využití cílené a smysluplné činnosti podporuje mentální a fyzické funkce, tím dochází ke zlepšení celkového zdravotního a psychického stavu. Jako terapeutický prostředek se využívá aktivita, která pomáhá obnovit či kompenzovat porušené funkce. Cílem ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti v ADL (Activities of Daily Living – aktivity každodenního života) a nezávislosti, aktivní začlenění pacienta do společnosti a zvýšení kvality jeho života.

Náplní individuální cílené ergoterapie je především nácvik soběstačnosti při běžných denních činnostech (např. jídlo, oblékání, osobní hygiena, přesuny), nácvik funkčních dovedností horních končetin (např. jemná motorika, úchopy, svalová síla, koordinace, grafomotorika), doporučení a nácvik použití potřebných kompenzačních pomůcek, instruktáž rodiny o vhodné asistenci a stimulaci pacienta a celková aktivace pacienta (Jirků, Kyriánová, 2005; Pokorný et al., 2002; Kříž, Špaňhelová [online]).

3.9 Adaptační (chronická) fáze

Adaptační fáze probíhá v rehabilitačních ústavech. Hospitalizace zde trvá několik měsíců s cílem dosažení maximální úrovně soběstačnosti vzhledem k výšce míšního poškození.

Při rehabilitaci je kladen důraz na obnovení svalové síly, vytrvalostní trénink, nácvik samostatnosti při polohování, manipulaci s DK, přesuny, trénink statické a dynamické rovnováhy. Do rehabilitace se zařazuje i sportovní terapie.

Rehabilitace by ovšem měla provázet pacienta celým životem. Je třeba dbát na udržování fyzické kondice, prevenci možných komplikací, jako jsou dekubity či kloubní kontraktury. Klient by měl mít vypracován dlouhodobý rehabilitační plán, ve kterém jsou zařazeny i opakované rehabilitační pobyty (Kříž, Špaňhelová [online]).

Ergoterapeuti pomáhají pacientovi s výběrem kompenzačních pomůcek, vozíku a sedacího polštáře. Konzultují bezbariérové úpravy bytu, pracovní místa, úpravy automobilu, apod.

V této fázi pacienti, po usilovné péči zdravotníků a bezesporu i snažení jich samotných a mnohdy také celé jejich rodiny a přátel, si prošli velký a nelehký kus cesty. Zvládli akutní stav a podle závažnosti jejich poranění a v rámci svých možností se naučili sebepéči a stali se méně závislí na pomoci druhých. Po propuštění z rehabilitačního ústavu se vrací do domácího prostředí, kde je ovšem opět čekají nelehké úkoly, se kterými se musí nějakým způsobem vypořádat. Měli by se zapojit do rodinného, společenského, a pokud to jejich stav dovolí, i do pracovního života.

Jak již bylo zmíněno v úvodu, jednou z dalších příčin úrazového postižení pohybového aparátu jsou také amputace končetin. V našem dalším případě se zaměříme na traumatickou amputaci DK.

4 TRAUMATICKÁ AMPUTACE

4.1 Dolní končetina

Dolní končetina (*membrum inferius*) je součástí pohybového aparátu. Oproti HK má robustnější kostru, mohutnější svalové skupiny a omezenější hybnost jednotlivých kloubů. Pro zcela specifickou lokomoční funkci lidské dolní končetiny je nezbytné, aby noha plnila jak statické (nosné), tak dynamické (lokomoční) funkce, na kterých se společně podílí kosti, svaly a kloubní spojení na dolní končetině. K tomu musí být dostatečně flexibilní, ale zároveň i dostatečně rigidní. Každý krok začíná noha jako pružná, flexibilní a přizpůsobivá struktura a končí jej jako rigidní páka. Pružnost nohy zajišťuje již tvar jednotlivých kostí, jejich vzájemná vazba ligamentózními strukturami a fixace nožních kleneb svalovým aparátem bérce a nohy. Mezi kostmi nohy je vytvořeno několik desítek kloubních spojů. Z funkčního hlediska je sice pohyb v mnoha spojkách značně omezen, ale určitý pružící efekt, spojený s drobnými posuny musí být pro správnou funkci nohy zachován (Naňka, Elišková, 2009; Patobiomechanika a Patokinesiologie KOMPENDIUM [online]).

4.2 Definice amputace

Amputaci definujeme jako odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční nebo kosmetické změně s možností dalšího protetického řešení.

Exartikulace se od amputace liší pouze v tom, že periferie je odstraněna v linii kloubu.

V zásadě se vždy jedná o rekonstrukční výkony, jejichž účelem je eliminace onemocnění nebo funkčního postižení se snahou o dosažení návratu lokomoce nebo částečné funkce (Kubeš, 2005).

4.2.1 Indikace k amputaci

Základními indikacemi k amputacím jsou:

- **trauma** – dříve častá indikace je nyní naštěstí často vytlačována možnostmi mikrochirurgie a cévní chirurgie. V dnešní době je amputace indikována u devastujících poranění, kde není možná rekonstrukce jednotlivých struktur, dále u komplikací, jako je plynatá sněť, kterou se nedaří zvládnout antibiotiky, oxygenoterapií a chirurgickým ošetřením a cévních poranění s gangrénou končetiny.
- **infekt** – v případě nezvládnutelných akutních infekcí, chronické osteomyelitidy nezvládnutelné komplexní terapií. Hraniční indikací je i infekce náhrady kolenního kloubu jako výkon z vitální indikace.
- **nekróza** – včetně rozsáhlých, jinak neřešitelných postižení měkkých tkání, způsobených fyzikálními vlivy, tj. popáleniny, omrzliny, poranění elektrickým proudem.
- **tumory** – radikální řešení u maligních tumorů, event. jako paliativní zákrok u generalizovaných tumorů s exulcerací, s nesnesitelnými bolestmi či s patologickou zlomeninou.
- **afunkce** – resp. bránění ve zlepšení funkce, kdy se může jednat o kongenitální anomálie, následky traumatu i operací.
- **stav kožního krytu anebo defekt měkkých tkání** – v dnešní době se tato indikace stává okrajovou vzhledem k možnostem mikrochirurgie a plastické chirurgie (musculokutánní laloky) (Kubeš, 2005).

4.3 Traumatická amputace

Jde o ztrátové poranění, kdy následkem úrazu dojde k částečnému nebo úplnému oddělení (amputaci) části lidského těla. Řada úrazových amputací končí trvalou ztrátou postižené části těla.

- **totální** - znamená přerušení všech struktur
- **subtotální (částečná)** - je poranění, kdy subtotálně amputovaná část souvisí s tělem například pouze kožním můstkem, šlachou či kostí a kdy jsou přerušeny důležité

anatomické struktury, zvláště cévy, a nejsou známky prokrvení periferie. Pokud by se neobnovilo prokrvení pomocí cévních anastomóz, došlo by k nekroze (Nejedlý et al., 2003).

Traumatické amputace jsou často spojeny i s postižením dalších orgánů, mnohdy i součástí polytraumat. Potom priority chirurgické léčby muskuloskeletárního poranění jsou (Dráč, [online]):

- zachránit život
- zachránit končetinu
- zachránit kloub
- obnovení funkce

4.3.1 Etiologie

Nejčastější příčiny traumatických amputací jsou pracovní úrazy (okružní pily, sekačky, výrobní nástroje), dopravní nehody (zejména motocyklistů), adrenalinové sporty, exploze nebo střelná poranění.

4.3.2 Epidemiologie

Podle informací ČSÚ bylo v ČR od roku 2005 průměrně ročně hospitalizováno 876 pacientů s drtivým poraněním a traumatickou amputací. Nejvíce hospitalizovaných bylo v roce 2005, 1027 pacientů. V roce 2011, následkem drtivého poranění a traumatické amputace bylo hospitalizováno zatím nejméně pacientů, 762 pacienti, což je nejméně za posledních sedm let (ÚZIS, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]).

4.4 Přednemocniční péče (PNP)

Spočívá v celkovém ošetření pacienta, ošetření pahýlu a ošetření amputátu na místě úrazu. Rychlost a správnost jejího provedení má významný vliv na volbu dalšího léčebného postupu (Dráč, [online]):

4.4.1 Celkové ošetření

- diagnostika přidružených poranění a vyloučení život ohrožujícího poranění

- zajištění kvalitního žilního přístupu a aplikace krystaloidů
- podání dostatečné analgezie
- v případě indikace aplikace profylaxe tetanu

4.4.2 Ošetření pahýlu

- nepřerušovat ani drobné kožní můstky
- oplach pahýlu izotonickým roztokem
- přiložení obkladu s izotonickým roztokem
- zástava krvácení kompresí, nelze-li, pak jemná ligatura na konec cévy. Vyhnout se turniketetu. Je-li přiložen, pak zaznamenat čas přiložení.
- imobilizace a elevace končetiny při transportu

4.4.3 Ošetření amputátu

- oplach izotonickým roztokem
- přiložení obkladu s izotonickým roztokem
- amputát vložit do vodotěsného uzavřeného sáčku
- sáček vložit do nádoby nebo sáčku se směsí vody a ledu

4.5 Replantace

Jedním z možných terapeutických postupů u traumatických amputací je replantace. Slovo replantace pochází z latinského „replantó“, což znamená znovu zasadit. Jedná se o chirurgickou metodu obnovující kontinuitu částečně nebo úplně oddělených částí těla, napojením přerušovaných struktur, cév, nervů a dalších tkání za použití mikrochirurgické techniky. Nejčastěji se jedná o operaci na prstech, ruce či předloktí. Replantovat je však možné i celé končetiny, uši, nos, skalp či penis (Kloud, Fibír [online]; Fakultní nemocnice Olomouc [online]).

Stejně jako jiné operace i replantační výkony mají své indikace a kontraindikace. Indikace k replantaci obecně je posuzována na základě celkového stavu pacienta, podle úrovně amputace, stavu amputátu a amputačního pahýlu, předpokládaného funkčního výsledku, doby ischemie či anoxie a postoje pacienta k event. replantaci.

Naprostá většina replantací se týká horní končetiny. Replantace na dolní končetině jsou méně časté, neboť velká část amputačních poranění na dolní končetině je výrazně devastující, většinou způsobená při dopravních nehodách. Dalším důvodem je, že protetické možnosti na dolní končetině jsou mnohem lepší než na končetině horní (Nejedlý et al., 2003).

4.6 Lékařská péče

Spočívá v posouzení možnosti záchrany končetiny, ve správném zhodnocení všech faktorů, včetně optimálního postupu pro pacienta, a v citlivém psychologickém přístupu k pacientovi. Při nemožnosti replantace určení výše amputace a její správné provedení.

4.6.1 MESS skóre

Pro posouzení možnosti záchrany končetin se nejčastěji používá MESS skóre (*Mangled Extremity Severity Score* – rozsah rozdrčení končetiny). Toto schéma hodnotí postižení podle energie úrazového mechanismu, tlakové stability pacienta, ischemického postižení a věku.

Tab.3: MESS - hodnocení rozsahu rozdrčení končetiny (Kubeš, 2005)

MESS - hodnocení rozsahu rozdrčení končetiny	Body
úrazová energie	
nízká – jednoduché zlomeniny a průstřely	1
střední – otevřené, nebo víceetážové zlomeniny, větší pohmoždění	2
vysoká – vstřel zblízka, vysokorychlostní střelné zranění	3
masivní rozdrčení – důlní, železniční zranění	4
tlaková stabilita	
normotenzní hemodynamika – TK stabilní i během operace	0
přechodná hypotenze – TK stabilizován infúzní terapií	1
prolongovaná hypotenze – sTK pod 90 mm Hg	2
ischemické postižení – při ischemii delší než 6hodin se body zdvojnásobují	
žádné – hmatná pulzace, bez známek ischemie	0
lehké – oslabená pulzace, bez známek ischemie	1
střední – nedetekovatelná pulzace (Doppler), obleněný kapilární návrat, oslabená motorika	2
těžké – chladná a nehybná končetina, necitlivost, bez kapilárního návratu	3
věk	
do 30 let	0
mezi 30 – 50 roky	1
více než 50 let	2

Samozřejmě, že žádný bodový systém nemůže nahradit klinickou zkušenost a pooperační nálezy, ale provedená amputace může vést i k záchraně života, neboť časově náročné výkony pro záchranu končetiny mohou být příčinou celkového selhání organismu – zejména u polytraumatizovaných pacientů. Obzvláště to platí pro starší pacienty a při multiorgánovém postižení.

Po zhodnocení všech faktorů musí být zvolen i optimální postup pro pacienta, v souladu s jeho vůlí. Drtivá většina pacientů od počátku trvá na pokusu o záchranu končetiny, aniž by si uvědomovali, co tento postup obnáší. Proto je nutné k pacientovi přistupovat citlivě a poskytnout mu dostatek informací o (Kubeš, 2005; Dráč [online]):

- plánovaném postupu léčby – předpokládané následné výkony – opakované převazy, debridement, aplikace kostních štěpů, úpravy kožního krytu
- možnosti vzniku infekce včetně rizika celkové sepse
- možnosti rozvoje tkáňových nekrotů a kožních defektů
- předpokládané celkové době léčby
- bolestivosti terapie
- socio – ekonomických aspektech dlouhodobé léčby (dlouhodobá hospitalizace a PN)
- očekávaných kosmetických a funkčních výsledcích zachráněné končetiny
- možnosti vzniku trvale nefunkční a bolestivé končetiny
- možnosti amputace a následného protetického řešení

4.6.2 Typy amputací

Podle naléhavosti (Paneš, 1993):

- **primární** – časná amputace, provedená bezprostředně po úrazu
- **sekundární** – vyčkává se s amputací podle průběhu onemocnění
- **terciální** – pozdní amputace, provedená za účelem zlepšení funkce

Amputace se provádějí jako (Kubeš, 2005; Sosna, 2001):

- **otevřené** – rána není po amputaci primárně uzavřena, to znamená, že bude nutná nejméně ještě jedna další operace k vytvoření kvalitního pahýlu. Jsou indikovány

v případě infektu a u těžkého zhmoždění a kontaminace měkkých tkání, kdy umožňují sekundární uzávěr již bez rizika komplikovaného hojení.

- **zavřené**

Podle způsobu provedení:

- **gilotinové (cirkulární) amputace** – jsou vždy prováděny jako otevřené. V dnešní době se již neprovádí jednoduchým cirkulárním oddělením končetiny jedním řezem, ale nejprve se cirkulárně přeruší kůže, po její retrakci se v její úrovni přeruší svaly (s podvazem cév a ošetřením nervů) a po jejich retrakci se v této další a nejproximálnější linii přeruší skelet.
- **lalokové** – provádí se buď jako otevřené nebo jako zavřené. U lalokových amputací se musí předem naplánovat umístění laloků měkkých tkání tak, aby mohla být bezpečně odstraněna veškerá patologická tkáň a skelet přerušen v plánované výši i po retrakci měkkých tkání. Laloky musí umožnit dostatečné krytí skeletu měkkými tkáněmi, které bude možné vymodelovat do kónického pahýlu a zároveň musíme usilovat o zachování motoriky pahýlu (Kubeš, 2005).

4.6.3 Amputace na dolní končetině

Pro rozhodnutí o výši amputace hraje roli kromě rozsahu postižení i stav jednotlivých tkání:

- **kožní kryt** – v dnešní době jej lze řešit pomocí laloků, tkáňových expandérů a štěpů ve spolupráci s plastickými chirurgy.
- **svaly** – tvoří měkkotkáňový obal skeletu, nutné dbát na zachování jejich vitality (4xC - contractility, color, capillary bleeding, consistence). Skelet musí být přerušen v takové výši, aby byl zachován dostatečný kryt měkkých tkání a naopak.
- **nervová tkáň**
- **cévní zásobení**
- **možnost optimálního protetického vybavení** – obecně platí pro chůzi, že čím delší pahýl, tím nižší energetické nároky při chůzi.

Tab.4: Amputace na dolní končetině dle výšky provedení (Sosna et al. 2001; Kubeš, 2005)

Pojem	Charakteristika
hemikorporektomie	Zcela krajní a výjimečné řešení, jde o odstranění celého pánevního pletence včetně kosti křížové. V tomto případě je nezbytné stomické řešení GIT a vylučovacího traktu, k umožnění sedu pacienta je potřebná protetická objímka, která kromě mechanické ochrany orgánů dutiny břišní má i vyvažovací funkci. (jako lodní kýl)
hemipelvektomie	Jedná se o extrémně náročný amputační výkon, kde je odstraněna celá dolní končetina s přilehlou oblastí pánevních kostí. <i>standardní hemipelvektomie</i> - provedena exartikulace v SI skloubení a symfýze. <i>rozšířená hemipelvektomie</i> - dorsální linie resekce je vedena přes křížovou kost nebo ventrálně přesahuje symfýzu. <i>konzervativní hemipelvektomii</i> - linie kostní resekce je vedena nad acetabulem se zachováním hřebene lopaty kosti kyčelní. <i>interní hemipelvektomie</i> - umožňuje zachování končetiny – jedná se spíše o resekci pánve
exartikulace v kyčli	Odstranění celé dolní končetiny v kyčelním kloubu
femorální amputace	Představuje standardní výkon vysoká – v tomto případě je nutné mít na zřeteli problematické opotřebování i tendenci k flexní kontraktuře krátkého pahýlu nízká – v případě této amputace je nutné myslet na délku mechanicky projektivního kolenního kloubu (8 - 10 cm) k zajištění stejné výšky osy ohybu obou kolenních kloubů po vybavení pacienta protézou.
exartikulace v koleně	Tento výkon přináší tyto výhody: poskytuje velmi kvalitní zátěžový pahýl, zůstává zachována dlouhá páka stehenních svalů s jejich dobrou funkcí, čímž je plně zachována švihová fáze chůze, pahýl poskytuje pevné a kvalitní držení stehenní objímky protézy a dostatečně dlouhý pahýl usnadňuje sezení i vstávání a pomáhá k snadnějšímu udržení rovnováhy.
bércová amputace	Provádí se s pahýlem: ultrakrátkým, krátkým a středním
amputace v oblasti hlezna	
amputace v oblasti nohy	

4.6.4 Komplikace amputací

Tak, jako kterýkoli jiný operační zákrok, také amputace jsou spojeny s rizikem vzniku komplikací. Obzvláště u traumatických amputací, kde se převážně jedná o devastující poranění, mnohdy spojené se silným znečištěním tkáně.

4.6.4.1 Lokální komplikace

- **hematom** – vážný problém, který může vést k infekci, nekróze, bolestem; větší hematom si většinou vyžádá revizi.
- **nekróza** – je-li menší, je možno nechat ránu zhojit per sekundam, při větším rozsahu je nezbytná operační revize, nefrektomie a resutura.
- **dehiscence v ráně** – indikovaná je revize, toaleta a resutura.
- **gangréna** – vzniká lokální ischemií, která může mít řadu příčin – nevhodná úroveň amputace, arteriální uzávěr, řešením je reamputace v optimální výši.
- **edém** – nejčastěji je způsoben špatným obvazem, následkem může být tzv. „hruškovitý pahýl“, který se obtížně protězuje.
- **kontraktura** – prevencí je správné polohování pahýlu a správná rehabilitace.
- **bolest** – fantómové bolesti vznikají někdy nesprávným ošetřením nervového pahýlu. Při jejich výskytu je třeba pokusit se řešit problém spoluprací s psychologem, s centrem bolesti, pokud obtíže trvají, je nutná operační revize.
- **zlomeniny** – i v oblasti pahýlu může dojít ke zlomenině. Léčení je dle typu a lokalizace.
- **infekce** – je řešena intenzívní ATB terapií, operační revizí se zavedením poplachové laváže nebo reamputací podle příčiny, mikrobiálního nálezu a celkového stavu pacienta.

4.6.4.2 Celkové komplikace

- **psychologické** – ztráta končetiny je u všech pacientů výrazným zásahem do života. Ne každý pacient je schopen tuto změnu akceptovat. Proto je nutná kvalitní rehabilitace a spolupráce s psychologem.
- **morbidity a mortalita** – u válečných poranění a polytraumat je samozřejmě vysoká. Snižuje ji prevence šoku, dobrá chirurgická technika, první pomoc a dostupnost kvalitního ošetření a antibiotika. V mírových podmínkách je amputace při včasné indikaci a správném technickém provedení relativně bezpečným výkonem (Sosna, 2001).

4.7 Ošetrovatelská péče po amputaci

Je opět nedílnou součástí komplexní péče o pacienta. Je péčí holistickou, která vnímá pacienta jako celistvou jedinečnou a neopakovatelnou bytost. Jejím cílem je nejen předcházení vzniku možných komplikací, ale také dosažení zlepšení a udržení zdraví, uspokojování aktuálních potřeb nemocného a dosažení jejich maximální tělesné, psychické, sociální a spirituální pohody.

I přes kvalitně provedený operační výkon, může při nesprávně prováděné pooperační péči dojít k řadě komplikací, které zbrzdí nebo znesnadní nejen další léčebný a rehabilitační postup, ale následně také opětovné společenské a pracovní zařazení pacienta.

V počáteční fázi je pacient, dle svého stavu, více či méně odkázán na péči a pomoc sestry. Citlivým a ohleduplným přístupem a porozuměním je zapotřebí pacienta postupně nabádat a hlavně motivovat ke stále větší samostatnosti při zvládání základních úkonů.

Součástí správného psychologického přístupu je i vhodně zvolené umístění pacienta po operaci na menší pokoj, k pacientům, kteří jsou v podobné situaci a svůj stav psychicky a rehabilitačně již zvládli. Mohou mu být sami vzorem a mohou mu poskytnout i cenné rady (Paneš, 1993).

4.7.1 Péče o pacienta

K základním úkonům o pacienta patří (Vojtová [online]):

- **monitorace** – bezprostředně po operaci sestra pravidelně sleduje FF, odvod drénů, kontroluje laboratorní výsledky, intenzitu bolesti a účinek analgetické terapie. Současně sleduje stav operované končetiny, její polohu, prokrvení a podložení.
- **hygienická péče** – zajišťuje komfort pacienta a současně předchází vzniku nežádoucích komplikací (infekcí, dekubitů). Sestra provádí rozsah hygienické péče dle aktuálního stavu a schopností pacienta se snahou jej co nejdříve zapojit do péče o vlastní hygienu, a tím zvýšit jeho samostatnost a posílit jeho sebevědomí (celková péče, dopomoc, dohled).
- **péče o výživu** – výživa patří k základním potřebám člověka. V rámci hospitalizace se potom stává součástí léčebného režimu, neboť je nezbytným zdrojem energetických substrátů a bílkovin, jejichž potřeba v období nemoci stoupá. Sestra

zajišťuje podání správné diety, formy a způsobu potravy dle stavu pacienta a podle ordinace lékaře. Dbá na podání přiměřeně teplé stravy a komfortu při stravování, dle potřeby zajišťuje dopomoc při jídle. Součástí výživy je i zajištění dostatečného příjmu tekutin. Úkolem sestry je také sledovat množství přijaté stravy a tekutin, aby se včas předešlo vzniku malnutrice a dehydratace, což by zkomplikovalo celý proces léčby.

- **péče o vyprazdňování** – zpočátku se pacient vyprazdňuje na lůžku, na pojízdném klozetu a později na WC. Sestra musí pacientovi zajistit v dosahu signalizační zařízení, intimitu při vyprazdňování a následně umožnit dostatečnou hygienu po vyprázdnění.
- **péče o spánek a odpočinek** – psychická nepohoda, bolesti, změna prostředí, ruch na oddělení, tyto a další faktory negativně ovlivňují spánek a odpočinek pacienta, který je důležitý pro načerpání nových sil a energie pro další léčbu. Sestra by se měla snažit všechny tyto negativní faktory eliminovat a umožnit pacientovi dostatečný spánek a odpočinek. Vhodným prostředkem je aktivizace pacienta přes den, psychoterapie, farmakoterapie bolesti a zajištění optimálních podmínek ke spánku.
- **péče o bezpečí** – spočívá v prevenci pádů vybavením lůžka pomůckami, usnadňujícími sebeobsluhu a zajišťujícími bezpečí, dohledem a dopomocí při hygieně, vyprazdňování a rehabilitaci.
- **prevence bolesti** – akutní bolest je neoddelitelnou součástí každého úrazu a operačního výkonu. Je nepříjemným subjektivním a emocionálním prožitkem, vyvolává řadu vegetativních projevů, negativně ovlivňuje psychický stav pacienta (strach, úzkost) a zpomaluje proces hojení. Úkolem sestry je pravidelně hodnotit intenzitu bolesti a eliminovat ji nejen podáváním farmakoterapie dle ordinace lékaře, ale také např. šetrným ošetřováním operační rány, úlevovou polohou, psychologickým přístupem, dostatkem informací, zajištěním dostatečného odpočinku, využitím metod na rozptýlení bolesti (rytmické dýchání, poslech hudby,...) a dalšími alternativními způsoby. Amputovaní nemocní někdy trpí tzv. fantomovou bolestí, která bývá většinou v noci a někdy přetrvává i delší dobu. Tento stav vyžaduje medikamentózní léčbu a odbornou psychologickou pomoc.

4.7.2 Péče o pahýl

Cílem péče o pahýl je těsně po amputaci napomoci k rychlejší redukci otoku a zmírnění fantomové bolesti, následně vytvoření ideálního pahýlu vhodného pro protézování. Součástí péče o pahýl je (M.A.Ortopedická Protetika [online]):

- **péče o jizvu** – šetrné a aseptické převazování
- **polohování pahýlu** – uložení končetiny ve zvýšené poloze, zajištěné nastavením lůžka (elevace nesmí být zajištěna podložením pahýlu ve flexi – nebezpečí vzniku flekčních kontraktur), cílem je snížit otok a zabránit kontrakturám v kyčelním a kolenním kloubu, které mohou znesnadnit nasazování protézy i samotnou chůzi v protéze.
- **bandážování pahýlu** – cílem bandážování je vytvořit ideálně tvarovaný pahýl, adaptace měkkých tkání na tlak a tah a snížení otoku pahýlu.
- **otužování a masáž pahýlu** – slouží k adaptaci pahýlu na tlak lůžka protézy a na postupně se zvyšující zátěž protézované končetiny, na zlepšení mikrocirkulace v oblasti vrcholu pahýlu a vytváření zpětné vazby – vnímání podnětů z pahýlu. Provádí se poklepovou masáží prsty, protřepáváním všech svalových skupin, sprchováním ostrou sprchou (střídavě teplou a studenou), klasickou masáží, masáží tuhých a fixovaných jizev. Součástí je i otužování pahýlu pomocí pomůcek: kartáčování a poklepávání jemným kartáčkem, míčkování, otírání suchou žínkou, apod.
- **posilování svalstva dolních končetin** – udržování svalového napětí je velmi důležité pro fixaci protézy na pahýlu.
- **nácvik bandážování pahýlu pacientem**

4.8 Rehabilitace (RHB)

Včasná rehabilitace je nejen prevencí imobilizačního syndromu, kloubních a svalových kontraktur, ale zlepšuje předpoklad přiložení protézy a současně zlepšuje celkový fyzický a psychický stav. Úspěšně zvládaná rehabilitace poskytuje pacientovi také důležitou a potřebnou motivaci k jeho dalšímu snažení.

Rehabilitační péče spočívá v:

- **kondičním cvičení na lůžku** – začíná již první pooperační den.
- **péči o pahýl**
- **mobilizaci pacienta** - začíná po odstranění drénů (za 48 – 72 hodin po operaci, dle ztrát) a podle celkového stavu pacienta.

Postupně se nacvičuje posazování na lůžku, postavení a udržení rovnováhy, opora o berle, vstávání ze židle a lůžka pomocí berlí a nácvik chůze s kompenzačními pomůckami (Sosna, 2001; Vojtová [online]).

4.9 Protetika

Další součástí péče o pacienta po amputaci končetiny je náhrada ztracené končetiny.

Protetika ve vlastním slova smyslu – je nauka o náhradě ztracených částí těla, např. končetin, i s náhradou funkce (např. pohybu, resp. chůze u DK). Náhrada se provádí ektoprotézami, tj. protézami, aplikovanými na povrch těla (Sosna et al., 2001). Pro protézování končetiny musí mít amputační pahýl optimální výšku a nosnost. Umístění jizvy, kvalita svalstva a podkoží jsou zase důležité pro komfort pacienta (Hrabovský a kol., 2006).

Při hodnocení amputačního pahýlu se přihlíží k (Paneš, 1993):

1. délce amputačního pahýlu
2. pohyblivosti amputačního pahýlu
3. nosnosti pahýlu – která je dána délkou pahýlu a jeho tvarem, mohutností svalové hmoty, kvalitou kůže, umístěním jizvy, apod. Tyto faktory vytvářejí podmínky pro schopnost trvalého nošení protézy.

4.9.1 Popis protéz

Každá protéza se skládá z následujících částí:

- **pahýlového lůžka** - část protézy spojená s tělem amputovaného, pokrývá povrch amputačního pahýlu, je přísně individuální, je základní a nejdůležitější částí protézy
- **náhradní díly** - jsou díly, které nahrazují ztracené části těla, jako je stehno, bérec, noha, kolenní a kyčelní kloub, předloktí, loketní kloub, ramenní kloub atd.
 - **tělo protézy** - je ta část, která slouží jako nosič funkční jednotky, v poslední době je tato část konstruována jako modulární systém, při kterém nosnou část protézy tvoří duralová trubka, v níž jsou zabudovány:
 - **funkční části** - jako koleno, hlezno, apod.
- **pomocné díly** – dílce, které napomáhají přidržovat protézu na pahýlu a zajišťují lepší stabilitu protézy. Jedná se o různé šle, bandáže, které se přidávají k pahýlovému lůžku (Sosna et al, 2001; Paneš, 1993).



Obr.2: Protézy po amputaci dolních končetin (zdroj: www.ortoprotet-lbc.cz)

„Po zhotovení protézy se s ní nemocný učí chodit a teprve po určité době se s ní naučí žít“ (Hrabovský, 2006).

Protéza, kterou dostane pacient jako první v pořadí, se nazývá prvovybavením (laicky provizorní), neboť se aplikuje na „čerstvý“ pahýl končetiny a musí být opakovaně upravována s ohledem na měnící se objem pahýlu a vzrůstající fyzické schopnosti pacienta. Doba aplikace této první protézy je individuální. Po definitivním zformování pahýlu se zhotovuje protéza definitivní, obvykle až po ½ - 1 roce (Hrabovský, 2006; M.A.Ortopedická Protetika [online]).

Pro plné využití funkce protézy je nutný důsledný nácvik oblékání protézy, stoje, chůze po rovině, chůze po schodech a nácvik úkonů běžného života, který je prováděn v rehabilitačních ústavech pod vedení rehabilitačních pracovníků (Paneš, 1993).

Jak je z uvedených poranění zřejmé, bohužel ne vždy je snažení a maximální nasazení všech zdravotníků korunováno tím nejlepším úspěchem – plným uzdravením s možností návratu k původnímu způsobu života. I přes nejmodernější a nejkvalitnější léčbu a péči pacientovi mnohdy zůstávají trvalé následky v podobě zdravotního postižení, které jedinci určitým způsobem znesnadňují život, přináší omezení a znevýhodnění v různých oblastech života, způsobují významné psychické trauma a zhoršují kvalitu jeho života.

5 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

5.1 Typy zdravotního postižení

- tělesné
- zrakové
- sluchové
- mentální
- duševní
- vnitřní

5.2 Definice zdravotně postižené osoby

„Zdravotně postiženou osobou je osoba, jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk, a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby“ (Kalnická, Votinský, 2008 [online]).

Velmi často se v souvislosti se zdravotním postižením setkáváme také s termíny porucha nebo handicap.

5.3 Vymezení pojmů

Podle MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – *International Classification of Functioning, Disability and Health*; WHO 2001), ve vydání ICIDH z r. 1980 byly tyto pojmy vymezeny přesnými definicemi, které jim dávají přesně definovaný význam. Během procesu revize byl pojem „*handicap*“ opuštěn jako celek – i pro pejorativní konotaci v angličtině a pojem „*disabilita*“ (v češtině navrhuje pojem postižení) byl přijat jako celkový, zastřešující pro všechny tři pohledy – tělo, jedinec a společnost. Příslušné pojmy musely být vybrány tak, aby každý vyjadřoval nedvojsmyslnou představu a aby jejich definice byly jasné a přesné (WHO, 2001).

Jednotlivé pojmy byly vymezeny takto:

Postižení (*disability*) se stal zastřešujícím pojmem pro poruchy, hranice aktivit a omezení participace (zapojení do životní situace). Označuje negativní hlediska interakce mezi jedincem (se zdravotním postižením) a spolupůsobícími faktory daného jedince (faktory prostředí a faktory osobními).

Porucha (*impairment*) jako ztráta nebo abnormalita tělesné struktury nebo fyziologické funkce (včetně funkcí mentálních). Abnormalita je zde striktně chápána jako signifikantní odchylka od statisticky stanovených norem (tj. jako střední odchylka od střední hodnoty statisticky stanovených norem dané populace) a může být používána jen v tomto smyslu.

5.4 Koncepční modely postižení

Pro postižené osoby je organické poškození primárním zdrojem jejich potíží. S tím se ale časem určitým způsobem vyrovnají a naučí žít. Ale mnoho z nich se potýká s problémy socioekonomickými, které negativním způsobem ovlivňují kvalitu jejich života (WHO, 2001).

Proto MKF k vysvětlení disability a funkční schopnosti navrhla různé varianty koncepčních modelů:

Lékařský model vidí disability a problémy dané osoby tak, že jsou způsobené přímo chorobou, traumatem nebo jinými zdravotními problémy, které vyžadují lékařskou péči zajištěnou léčením jedince prostřednictvím odborníků. Management disability je chápán jako léčení nebo přizpůsobení se člověka a změny chování. Lékařská péče je chápána jako hlavní východisko a v politické rovině je základní odpověď dána modifikací nebo reformou politiky zdravotní péče.

Sociální model disability vidí východisko především jako sociálně vytvořený problém a zásadně jako předmět plné integrace člověka do společnosti. Disability nejsou vlastnosti jedince, ale spíše komplex sdružených podmínek, z nichž mnohé jsou vytvářeny společenským prostředím. Proto zvládnutí tohoto problému vyžaduje sociální aktivitu a je to kolektivní odpovědnost společnosti, která v širokém měřítku vytváří modifikace prostředí, nezbytné pro plnou účast osob s disabilitou ve všech oblastech společenského života. Východisko je tedy postoj nebo ideologie, vyžadující sociální změny, které se na

politické úrovni stávají otázkou lidských práv. Pro tento model zdravotního postižení je východisko na úrovni politické.

MKF je založena na propojení těchto dvou různých modelů. Aby bylo dosaženo propojení různých aspektů funkční schopnosti, je využíván „biopsychosociální“ přístup. MKF se pokouší dosáhnout syntézy a používá k tomu propojený pohled na různé perspektivy zdraví z pohledu biologického, individuálního a z pohledu sociálních perspektiv (WHO, 2001).

Potom je zřejmé, že součástí vyléčení nemocného s postižením musí být i jeho resocializační společenské a pracovní zařazení, které musí bezprostředně navazovat na léčbu (Hrabovský et al., 2006). Je tedy zapotřebí pacientovi poskytnout pomoc pro přijetí jeho postižení, vyrovnávání se s novou situací, nalezením nových perspektiv, možností a smyslu života. Pomoci a umožnit mu začlenit se zpět do společenského života a nalézt v něm své uplatnění. Toto vše je současně zakotveno také v Chartě práv a povinností tělesně postižených osob.

5.5 Charta práv tělesně postižených osob

Preambule

Chartu práv a povinností tělesně postižených osob vydalo vlivné Francouzské sdružení tělesně postižených (*Association des Paralysés de France, APF*). Vychází z Prohlášení lidských a občanských práv, Všeobecného prohlášení o lidských právech, Evropské konvence lidských práv a Všeobecného zákona o tělesně postižených, vydaného v Paříži v roce 1975.

V souladu s těmito dokumenty má každá tělesně postižená osoba stejná práva a povinnosti jako kdokoli jiný. Je tedy potřebné podporovat každou ekonomickou a sociální politiku, která k právům a povinnostem postižených osob přihlíží. Tělesné postižení vede k omezení pohybové aktivity a taková osoba se stává ve zvýšené míře závislou na okolním prostředí, na svých blízkých i na celé společnosti. Je proto povinností společnosti pomáhat při integraci těchto našich spoluobčanů do normálního života. Postižení mají stejné právo na samostatný a nezávislý způsob života, jaký si sami zvolí. Mají právo začlenit se do společenského života, mají právo na splnění všech svých přání a tužeb (Helpnet.cz Informační portál pro osoby se specifickými potřebami [online]).

Úspěšnost integrace jedince se zdravotním postižením do společnosti není vždy snadná. Je ovlivňována vnějšími a vnitřními faktory (Sociální péče o osoby se zdravotním postižením [online]):

- **vnější** – rodinné zázemí, atmosféra ve společnosti, sociálně ekonomické aspekty, vzdělání, práce, bydlení, sociální služby, zdravotní péče a bariéry fyzické a komunikační.
- **vnitřní** – zdravotní stav a jeho změny, psychický stav a jeho změny.

Cílem, snahou a povinností společnosti by tedy mělo být pomoci a podpořit tyto jedince při zvládání jejich bezesporu nelehkých problémů při návratu do rodinného, společenského a pracovního života a pomoci jim eliminovat všechny negativní důsledky zdravotního postižení. Prostředkem ke splnění těchto cílů jsou různé druhy pomoci, poskytované a nabízené těmto lidem. Je ovšem otázkou, jak dostatečně a kvalitně jim jsou jednotlivé druhy pomoci prezentovány a poskytovány, a na druhé straně, zda jsou jedinci plně a efektivně využity. Možná by stálo za zmínku, že veškerou dobrou snahu a práci mnoha lidí dovede zhatit mnohdy jeden nelidský, necitlivý přístup. Snad právě proto bychom si měli všichni uvědomit, že i my se můžeme kdykoli ocitnout v podobné situaci a podle toho zvážit své jednání a chování k těmto lidem.

5.6 Koncepce ucelené péče o člověka s postižením

Ucelená péče o pacienta s tělesným postižením je soubor postupů, kterými se snažíme zajistit co nejvyšší možnou míru jeho nezávislosti.

5.6.1 Léčebná – zdravotní péče

Byla zmíněna již v předchozích kapitolách. Využívá celé řady léčebných intervencí, které mají za cíl nejen stabilizovat jeho stav, ale snaží se o obnovení ztracených schopností, zajištění co největší míry samostatnosti a fyzické nezávislosti, případně nabytí plného zdraví (např. reparace – operační náprava, farmakoterapie, fyzioterapie, ergoterapie). Na jejím poskytování se podílí lékaři, sestry, rehabilitační pracovníci a další zdravotnický personál.

5.6.2 Psychologická péče

Každý závažný úraz končící trvalým tělesným postižením a jakoukoli mírou omezení hybnosti nepředstavuje pouze fyzický problém, ale současně významné psychické trauma, kdy jedinec prožívá pocity zmaru, beznaděje, zklamání, snížení sebehodnocení, sebeúcty, apod. Riziko, že dojde k nepříznivému vývoji psychického stavu či dokonce k psychickému poškození, je značné. Pro tyto pacienty nastává dlouhé a těžké období, ve kterém musí přijmout svůj změněný obraz těla a vyrovnat se s omezeními, která toto postižení s sebou přináší. Stejně tak opětovné společenské a pracovní zařazení nebývá pro ně vždy jednoduché. Péče o takto postižené pacienty je většinou zdlouhavá a vyžaduje trpělivost jak od ošetřujících, tak od pacienta samotného. Spočívá v citlivém a ohleduplném přístupu zdravotnického personálu a zajištění dostatečného množství potřebných informací. V akutní fázi se přistupuje k léčbě anxiolytiky a antidepresivy, která umožní lepší psychické nastavení pacienta a lepší komunikaci. V této fázi (a mnohdy i později) bývá rovněž zapotřebí odborná péče psychologa, která je zaměřena na zvládnutí psychické krize, spojené se změnou stavu, změnou sebehodnocení a životní orientací postiženého, využitím např. individuální a skupinové psychoterapie, aplikované psychoterapie – muzikoterapie, arteterapie a tréninku psychosociálních dovedností.

Psychologická péče není zaměřena pouze na pacienta samotného, ale mnohdy současně i na členy jeho rodiny. Také pro ně je nově vzniklá situace nelehká. Musí se s ní rovněž smířit a co nejlépe vyrovnat, aby mohli být sami pro pacienta zdrojem sociální opory. Pomoc rodiny, kamarádů a spolupracovníků je v celém procesu uzdravování pacienta velmi důležitá a nepostradatelná. Spočívá v emoční opoře (projevem lásky, empatie, nasloucháním, povzbuzováním, možnostech pohovořit si o svých problémech), poskytováním informací, udržováním a utužováním přátelství a v neposlední řadě i poskytnutím materiální pomoci (Jirků, Kyriánová, 2005; Králová [online]).

5.6.3 Sociální péče

Spočívá ve vytvoření existenčního, materiálního zabezpečení, legislativní ochrany, začlenění do společnosti, uplatnění osobního potenciálu, resocializace, zajištění komunitní podpory, sociální služby, úpravy místních podmínek. K dalším aktivitám patří socioterapie – náprava či usměrňování vztahu (klient x rodina, klient x komunita), posílení statusu

jedince, rodiny. Součástí je také případová sociální práce, skupinová práce a krizová intervence (Sociální péče o osoby se zdravotním postižením [online]).

Základním právním předpisem, který upravuje podmínky, za kterých jsou dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením poskytovány, je zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a vyhláška MPSV ČR č. 356/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona, platná od 1.12.2012 (Zákony pro lidi.cz [online]; Sběrka právních předpisů, průvodce zákony ČR [online]).

5.6.4 Pracovní RHB

Lidem se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce.

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost, zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují ÚP a hradí náklady s ní spojené, současně společně sestavují individuální plán pracovní rehabilitace. Příprava k práci spočívá v zapracování jedince na vhodné pracovní místo na základě dohody s ÚP a může být prováděna s podporou asistenta nebo jsou osobám se zdravotním postižením nabízeny specializované rekvalifikační kurzy. Dále jsou zřizována chráněná pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením na základě dohody mezi zaměstnavatelem a ÚP (MPSV, Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]).

5.6.5 Pedagogická RHB

Spočívá v reedukaci – rozvíjení zdánlivě ztracené nebo dezintegrované funkce, kompenzaci – náhradě ztracené nebo nedostatečně využití funkce, edukaci – zaměřená na rozvíjení nepostižených funkcí a schopností, stimulaci – podněcování nerozvinuté nebo opožděné funkce, např. řeči, motoriky a ve vytváření individuálních vzdělávacích plánů a jejich realizaci (Sociální péče o osoby se zdravotním postižením [online]; Rehabilitace osob s omezením hybnosti [online]).

5.6.6 Svépomocné skupiny v ČR

Svépomocné skupiny ČR (viz příloha č.10) usilují o naplnění lidských práv zdravotně postižených občanů a napomáhají jejich všestranné integraci. Zajišťují sociálně právní poradenství, sociální rehabilitaci, pomoc při hledání pracovního místa, nabízejí různé volnočasové aktivity, sportovní aktivity, půjčování kompenzačních pomůcek apod. Jednou z nich je také **Centrum Paraple** – obecně prospěšná společnost, pomáhající lidem ochrnutým po poškození míchy následkem úrazu nebo onemocnění v průběhu života a jejich rodinám překonávat těžkou životní situaci a najít cestu dál (Centrum Paraple [online]).

Jak již bylo zmíněno, každý závažný úraz, a tím spíše úraz, zanechávající trvalé tělesné postižení, negativně ovlivňuje kvalitu života člověka. Výše zmíněné soubory postupů péče společnosti, snažící se pomoci jedinci vyrovnat se s jeho postižením, začlenit se zpět do společnosti a najít v ní své uplatnění a opět získat nezávislost, samy o sobě nestačí. Podstatné je, jak se k celé situaci postaví sám pacient, jak situaci zvládne, nakolik využije nabízenou pomoc, jak dokáže přijmout změněný vzhled vlastního těla, adaptovat se na novou situaci a co je pro své uzdravení schopen a ochoten udělat. Potom postižení samo o sobě nemusí automaticky znamenat snížení jeho kvality života.

6 KVALITA ŽIVOTA

6.1 Historie pojmu kvalita života

Otázkou kvality života se zabývali lidé odedávna. Holandský psycholog Bergsma píše: „Co lidé existují, byli vždy schopní zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení. Byla i zdrojem jejich inspirace nejen toho, co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo“ (citováno podle Křivohlavý, 2002, s.162).

Historicky se výskyt pojmu **kvalita života - QOL** (*quality of life*) dnes datuje do 20. let 20. století., kdy se poprvé objevil v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev.

Do obecného povědomí vstoupil v 60. letech, kdy tehdejší americký prezident Johnson vyhlásil za cíl své domácí politiky zlepšování kvality života Američanů a dokládal to tvrzením, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvantita spotřebovaného zboží (*how much*), ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije (*how good*). Postupně se začalo ukazovat, že současný ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí se životem, ale ke zvyšování požadavků, které není možné vždy naplnit.

Brzy pak tento termín zdomácněl a postupně se z něj stával také pojem vědecký, nejprve v sociologii a ve vědách o člověku. První použití termínu kvalita života pro výzkumné účely bylo v souvislosti se sociologickým trendem, zaměřeným na monitorování dopadu společenských změn na život lidí. V 70. letech proběhlo v USA první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva s cílem určit subjektivní indikátory, vypovídající o tom, jak lidé sami hodnotí svůj život, a které by současně doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek, jako jsou např. úroveň bydlení, kriminalita, hluchost nebo znečištěné ovzduší.

Největší „boom“ prodělává výzkum kvality života zejména v posledních deseti letech, kdy se zaměřuje na hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí a na interakce a vztahy mezi těmito faktory (Hnilicová, 2005, Mareš, 2006).

6.2 Rozsah pojetí kvality života

Z globálního pohledu je kvalita života jednotlivce pouze dílčí oblastí celé problematiky. Engel a Bergsma rozlišují tři hierarchicky uspořádané sféry (citováno z Křivohlavý, 2002, s.163-164):

- **makro – rovina** – kvalita života velkých společenských celků (země, kontinentu). V tomto pojetí je život chápán jako absolutní morální hodnota, která musí být v definici kvality života plně respektována. Zde by problematika kvality života měla být součástí základních politických úvah (viz např. problematika boje s epidemiemi, hladomorem, chudobou, genocidou, terorismem, ale také otázka investic do infrastruktur, zdravotnictví, školství, atd.).
- **mezo – rovina** – kvalita života malých sociálních skupin (škola, podnik, nemocnice, domov důchodců, apod.). Kromě respektu k morální hodnotě života člověka jde zde i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb každého člena skupiny, existence tzv. sociální opory, sdílené hodnoty, apod.
- **osobní (personální) rovina** – kvalita života jednotlivce. Jde o subjektivní hodnocení vlastního života, zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí apod., které je ovlivněno jeho osobními hodnotami (představami, pojetím, nadějemi, očekáváním, přesvědčením, apod.

6.3 Definice

6.3.1 Sféry použití

Kvalita života je dnes velmi frekventovaný pojem, hovoří se o něm v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Kromě ekologie, politologie a sociologie se s ním setkáme ve filosofii, teologii, sociální práci, psychologii, kulturní antropologii, medicíně a ošetrovatelství. Nalezneme jej také v technických oborech, jako např. v architektuře, stavebnictví, dopravě a mnohých dalších (Hnilicová, 2005; Mareš, 2006).

Z uvedeného vyplývá, že kvalitou života se dnes zabývá spousta různých vědních oborů. Přesto nebo snad právě proto v oblasti jeho konceptualizace zejména v metodologických otázkách nenachází názorovou shodu (Hnilicová, 2005).

V literatuře existuje sice celá řada definic „kvality života“, ale doposud neexistuje ani jedna, která by byla v průběhu posledních let všeobecně akceptovaná. Mareš (2006) například uvádí: „Zdá se, že není možné usilovat o vytvoření univerzální definice, jež by se dala používat v různých oborech. Ukazuje se, že bude třeba koncipovat definice zakotvené v daném oboru, rozdílné podle úrovně obecnosti a vázané na určitý aplikační kontext. Navíc by měly být citlivé na sociální, kulturní a biologické determinanty života i na změny kvality života v čase.“

Nejobecněji je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů, ke kterým patří sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které následně ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností (Hnilicová, 2005).

6.3.2 Definice podle WHO

Pro medicínu a zdravotnictví se nejčastěji používá definice, kterou vytvořila pracovní skupina sestavená WHO. Zdůrazňuje především kvalitu života jednotlivce a vychází z pojetí zdraví WHO, kde zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako *stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody*. Protože jde o zdravotnictví, akcentuje tato definice především kvalitu života jednotlivce. Jedná se tedy o individuálně zaměřenou definici kvality života:

Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ... zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu ...kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem. WHO Quality of Life Group (1993, s.1) (citováno z Mareš, 2006, s.25).

6.3.3 Přístupy zkoumání kvality života jednotlivce

Při zkoumání kvality života jednotlivce v zásadě existují tři přístupy: psychologický, sociologický a medicínský (Hnilicová, 2005).

V psychologickém slovníku Hartl, Hartlová (2009) je pojem kvalita života definován jako vyjádření pocitu životního štěstí; k nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost:

- **psychologicky**: jako míra seberealizace a duševní harmonie čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti;
- **sociologicky**: pocity a životní úroveň speciálních skupin, jako jsou staří lidé, příslušníci etnických a jiných minorit čili hledisko jejich možnosti volby;
- **lékařsky**: na jaké úrovni a s jakým omezením žijí lidé s chronickými chorobami, jako je bronchiální asthma, Parkinsonova nemoc, choroby kardiovaskulární, geriatrické choroby a mnohé jiné, čili hledisko omezení svobody; individuálně kvalitu života zvyšují, především ve stáří, plánované tělesné a duševní činnosti, aktivní životní styl.

Jak je patrné, kvalita života má velké rozpětí, týká se prakticky všech oblastí života jak jedince, tak i společnosti. Je zkoumána v mnoha vědních oborech a z mnoha pohledů. V této práci se budeme zabývat kvalitou života jedinců ovlivněnou zdravím, a proto se i v teoretické části zaměříme na medicínské pojetí kvality života.

6.3.3.1 Medicínské pojetí

V medicíně je pojem kvalita života používán od 70. let. O něco později se stává součástí klinických studií a jeho těžiště zkoumání je zaměřeno na oblasti psychosomatického a fyzického zdraví.

Cílem současné lékařské a ošetrovatelské péče už není jen záchrana lidského života či prodloužení jeho délky, nýbrž i snaha o zlepšení kvality pacientova života. Bergsma a Engel (1988) uvádí: „Jestliže cílem medicíny je zachování biologického života, pak pacient musí být udržován při životě tak dlouho, jak jen to je možné. Je-li cílem medicíny zachování autonomie (vlastního řízení) života, pak je třeba dělat vše, co jen je možné, aby byla zachována integrita člověka i tvář v tvář smrti“ (citováno z Krivohlavý, 2002, s.164).

Sledování kvality života v medicíně bylo nejdříve započato u onkologicky nemocných pacientů, u nichž většinou nelze dosáhnout úplného uzdravení. Proto se nedílnou součástí

léčby stala snaha, aby příslušná terapie stále více směřovala ke zlepšení kvality jejich života.

Nejenom v onkologii, ale i v dalších klinických oborech, je zapotřebí terapeutické postupy posuzovat nejenom podle jejich klinických výsledků, ale i z hlediska jejich dopadu na kvalitu života pacienta (Hnilicová 2005).

Proto dnes již nejsou jediným rozhodujícím ukazatelem výsledky lékařských vyšetření. Následná terapie, medikace, léčba a rehabilitace jsou stanovovány také na základě subjektivní kvality života pacientů. Tím dochází k zefektivňování lékařské péče. Konkrétně to znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie (hladina hemoglobinu, krevní markery, TK, tělesná teplota, vymizení příznaků choroby apod.) se sledují také subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako např. bolest, zvládání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí. Měření může poskytnout i další nesporně důležité informace, které jsou často pro pacienta ze subjektivního hlediska a z hlediska zvládání života s nemocí rozhodující, jako je např. emocionální prožívání nemoci, míra sociální podpory, partnerské vztahy apod. (Hnilicová, 2005).

Obecně lze tedy říci, že dnes se nepohlíží na problém zdraví, nemoci a jejího léčení jen z pohledu zdravotníků a jejich úspěšné či neúspěšné léčby, ale součástí se stává i pohled pacienta samotného a jeho rodinných příslušníků. Je kladen velký důraz na to, jak pacient nemoc, léčbu, přístup zdravotníků a ostatní problémy s tím spojené vnímá a prožívá a jakou kvalitu života mu to přináší.

Cílem veškerého snažení by potom neměla být léčba, která by probíhala pouze podle obecně daných algoritmů, sledující čísla ve statistice. Stanovení postupu léčby by mělo být konsenzem mezi lékařem a pacientem, který je postaven na znalostech a zkušenostech lékaře, respektující individuální potřeby pacienta a směřující ke zlepšení jeho kvality života.

6.3.4 Kvalita života související se zdravím - HRQL

Kategorie „kvalita života“ aplikovaná ve zdravotnictví má své specifické označení: **HRQL** „*Health Related Quality of Life*“, tedy kvalita života týkající se zdraví. Jde o vědeckou kategorii, která je použitelná jak na úrovni jedince, tak skupiny lidí, ale i celých populací.

Centrum pro prevenci a léčbu nemocí uvádí: *HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav* (Centers 2000) (citováno z Mareš, 2006, s.30).

Podle Evropských zdravotnických orgánů, amerického ministerstva zdravotnictví a dalších institucí HRQL představuje *pacientovo* subjektivní vnímání vlivu jeho *nemoci* a jejího léčení na pacientův každodenní život, somatické, psychologické a sociální fungování i pohodu (Mareš et al. 2006).

6.4 Dimenze kvality života

K hodnocení kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci jak v lékařství, tak i v ostatních vědních oborech stále více přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života.

- **objektivní kvalita života** – jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Jejimi indikátory jsou např. materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví.
- **subjektivní kvalita života** – je jedincovo vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému, kdy výsledná spokojenost či nespokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

6.5 Metody zjišťování kvality života

Samo zjišťování kvality života lidí – tj. její diagnostika – se stává rozsáhlou, relativně samostatnou mezioborovou oblastí, kde výsledky výzkumů z oblasti kvality života přispívají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí člověka i k pochopení podstaty jeho lidské existence.

V medicíně a ve zdravotnictví se sleduje dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní domény, které ve svém souhrnu určují kvalitu života. Svůj praktický dopad má v určitém přístupu k péči o nemocné i v podpoře a rozvíjení zdraví.

Každoročně přibývají nové diagnostické nástroje, dosavadní nástroje se modifikují na základě opakovaných faktorových analýz a ověřují se v odlišných sociokulturních podmínkách (Hnilicová, 2005; Mareš, 2008).

Pro zkoumání kvality života existují tři přístupy:

- kvantitativní
- kvalitativní
- smíšený

Tab.5: Porovnání kvantitativního a kvalitativního výzkumu (Hendl, 2005, citováno z Mareš, 2007)

	Kvantitativní	Kvalitativní
platnost získaných výsledků	zobecnění	porozumění v konkrétním kontextu
data	tvrdá, spolehlivá, stručná	bohatá, hloubková
zaměření	makro	mikro
teoretické schéma	teorie variability proměnných a korelace mezi nimi	teorie události a procesů, které se propojují

6.5.1 Kvantitativní přístup

Pro zjišťování HRQL kvantitativním přístupem slouží různé diagnostické nástroje - měřicí techniky (dotazníky, testy, hodnotící stupnice), pro jejichž vývoj byla stanovena následující kritéria:

- musejí respektovat oblasti důležité pro pacienty
- měření by mělo být zaměřeno na fyzické a psychické zdraví
- výsledné hodnoty by měly být použitelné pro statistickou analýzu
- měly by být validní, relevantní, krátké a jednoduché

Aby vyvinuté nástroje byly plně využitelné a jejich výsledky akceptovatelné, musí splňovat i určité náležitosti:

- **reliabilita** – spolehlivost
- **validita** – platnost, která vypovídá o jeho praktické užitečnosti a udává, zda test skutečně měří zamýšlený konstrukt.
- **citlivost** – označuje velikost změny naměřených hodnot, závislých na změně kvality života v časovém rozmezí u stejného jedince nebo mezi jedinci či skupinami, při procesu hodnocení je klíčová (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Podle Křivohlavého (2001) (citováno z Vaďurová, Mühlpachr, 2005) můžeme metody měření kvality života rozdělit z pohledu hodnotitelů do tří základních skupin:

- **objektivní** – kde kvalitu života hodnotí druhá osoba
- **subjektivní** – kde hodnotitelem je sama daná osoba
- **smíšené** – kombinace obou předcházejících

6.5.1.1 Dotazník

Nejběžnějším kvantitativním nástrojem měření kvality života se staly dotazníky. Jejich používání stoupá zejména ve zdravotnictví, neboť HRQL je jedním z důležitých ukazatelů pro hodnocení kvality poskytované péče, efektivity intervencí, analýzy vynaložených nákladů na poskytnutou péči a potenciálních potřeb zdravotní péče obyvatelstva (Carr, Higginson, 2001, citováno z Mareš, 2008).

Dotazníky jsou děleny do dvou základních skupin podle typu:

- **obecné - generické** – které jsou obecně použitelné, zjišťují nejdůležitější aspekty kvality života jedince, jsou multidimenzionární, pokrývají množství oblastí a mohou být použity pro srovnání kvality života zdravých a nemocných osob a

rovněž pro porovnání kvality života mezi pacienty s různými druhy onemocnění. Jejich využití je u programů zdravotní péče, průzkumů obecného zdravotního stavu a při porovnávání jednotlivých nemocí. Mezi nejběžněji používané patří např. SF-36, WHOQOL-100 nebo jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF, dále např. Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile, EuroQOL (Hnilicová, 2005, Vařurová, Mühlpachr, 2005).

- **Dotazník SF-36** je pokládán za jakýsi „zlatý standard“ v této oblasti (Hnilicová, 2005). Měří aspekty zdraví významné pro všechny pacienty. Je užitečný pro srovnávání zdravotního stavu jak mezi pacienty se stejnými, tak rozdílnými potížemi, tak s ním lze srovnávat i kvalitu života lidí nemocných a zdravých. Je určen k užití v klinické praxi a výzkumu, k ocenění zdravotní politiky a ke všeobecnému populačnímu šetření (Sobotík, 1998).
- **Dotazníky WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF** vyvinula WHO ve spolupráci s 15 centry na celém světě pro měření kvality života vzhledem ke zdraví (HRQL). Základem dotazníku se stalo šest domén kvality života podle WHO. Lze je využít v různých oblastech včetně lékařské praxe, výzkumu, auditu a politické činnosti. Současně mohou být použity v různých kulturních podmínkách a umožňují srovnatelnost výsledků výzkumu z různých zemí.

Tab.6: Domény a indikátory HRQL podle WHO (Vařurová, Mühlpachr, 2005)

Doména	Indikátory WHOQOL
fyzická stránka	energie a únava, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek
psychická stránka	představa tělesného schématu a vzhled, negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost
stupeň samostatnosti	mobilita, každodenní činnost, závislost na lékařské péči, praceschopnost
sociální vztahy	osobní vztahy, sociální opora, sexuální aktivita
životní prostředí	finanční zdroje, svoboda, pocit fyzického bezpečí, zdraví a sociální podpora, možnost získání informací a kompetencí, fyzikální prostředí, doprava
spiritualita	religiozita, osobní přesvědčení

- **specifické** – zaměřené na určité onemocnění, jeho průběh a léčbu, populaci, schopnost nebo podmínky. Jsou úzce specifické a mohou tedy citlivě zhodnotit danou oblast, např. EORTC - dotazník zjišťující kvalitu života onkologických pacientů (nejčastěji užívaný dotazník), SQUALA – pro duševně nemocné, Arthritis Impact Measurement Scala, Epilepsy Surgery Inventory, dále dotazníky pro nemocné v terminálním stadiu v paliativní péči, dotazníky pro pacienty v kardiologii, apod. (Vařurová, Mühlpachr, 2005).

Dotazníky můžeme dále rozdělit na:

- **standartní a neměnné** – dotazníky se stále stejným zněním otázek
- **individualizované** – kde kromě standardně daných otázek si jedinec sám nadefinuje oblasti , které jsou právě pro něj důležité a přikládá jim váhu (metoda SEIQOL).

6.5.2 Kvalitativní přístup

Jak uvádí Miovský (2006, s. 17) „kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracuje s reflexní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“

Jeho kontextuálnost vyplývá z toho, že množství psychologických fenoménů je vázáno pouze na určitý kontext, např. konstelaci osobních vlastností, podmínky místa a času. Procesuálnost a dynamika vypovídá o tom, že zkoumaný fenomén určitým způsobem vznikl, rozvíjí se a zaniká. A tento proces je třeba při výzkumu respektovat. Reflexita vyplývá z faktu, že výzkumník se přímo či nepřímo spolupodílí na procesech, které zkoumá a tím je určitým způsobem ovlivňuje, a sám je jimi také ovlivňován (Miovský, 2006).

6.5.2.1 Metody získávání kvalitativních dat

Kvalitativní přístup ve výzkumu je velmi široký pojem, který zastřešuje rozdílné přístupy; rozdílné jak svými východisky, tak metodickými postupy. Tyto přístupy se obvykle zajímají o situace, v nichž se odráží každodennost života svěbytných jedinců, skupin společností, přičemž hlavním výzkumným nástrojem je badatel sám (Mareš, 2007).

Denzin a Lincoln říkají, že spektrum metod získávání kvalitativních dat je velmi široké a odpovídá značnému pluralismu teoretických perspektiv a tradic, ve kterých tyto metody vznikaly a byly rozvíjeny (citováno z Miovský, 2006).

Tab.7: Nejběžnější způsoby sběru dat při kvalitativních výzkumech kvality života (Mareš, 2007)

Projev		Způsob sběru dat
verbální	mluvený	přemýšlení nahlas individuální rozhovor rozhovor s dvojicí (rodič a dítě) rozhovor v (ohniskové) skupině
	psaný	tvořené odpovědi na zadané otázky či úkoly vedení deníku „vypsání se“ ze svého zážitku či zážitků
obrazový		kresba plánek fotografie videozáznam

Pro úplnost je třeba uvést, že kvalitativní přístup se neuzívá jen samostatně, ale může být předstupněm, který předchází konstruování nového dotazníku. Badatelé se pokouší „zmapovat terén“ z pohledu respondentů dříve, než začnou tvořit položky nového dotazníku. Zjišťují si, co sami respondenti chápou pod různými oblastmi kvality života (Mareš 2007).

V současné praxi kvalitativního přístupu jsou nejčastěji využívány tyto základní metody:

6.5.2.2 Interview – metoda moderovaného rozhovoru

Patří mezi neobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat. Termínem interview je označován takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie.

Podle míry strukturace jej můžeme rozdělit do tří základních skupin:

- **nestrukturované** – vnějšími znaky se podobá běžnému rozhovoru, důraz je kladen na přirozenost konverzace, nenásilný průběh atd. Není dopředu vytvořený plán a obvykle ani dílčí okruhy interview. Držíme se především hlavního tématu, které nás zajímá, a sledujeme jeho rozvíjení kontextu definovaných výzkumných otázek (Kvale, 1996, citováno z Miovský, 2006).
- **polostrukturované – semistrukturované** – jsou nejrozšířenější podobou metody interview. Je předem definované tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Na toto jádro se pak nabaluje množství doplňujících témat a otázek, které se tazateli jeví jako smysluplné či vhodně rozšiřující původní zadání.
- **strukturované** – stojí na pomezí mezi dotazníkovými metodami a interview, má pevně dané schéma, které je pro tazatele závazné a neumožňuje mu příliš velké změny či úpravy. Pořadí a znění otázek je fixované (Mioviský, 2006).

Interview lze rozdělit podle množství respondentů a jejich vzájemné interakce na interview:

- individuální
- v přirozené skupině (rodina)
- v rámci cíleně sestavené ohniskové skupiny

individuální interview – rozhovor z očí do očí, který je veden výzkumníkem. Ten může použít subtilnější podněty než při metodě ohniskové. Jeho cílem je hluboko proniknout do názorů a zkušeností subjektu a porozumět jim. Respondent zčásti rozhoduje o množství a redukci informací. Nevýhodou je, že neumožňuje přímo konfrontovat názory a zkušenosti více klientů najednou, „tváří v tvář“ (Mareš, 2012).

ohnisková skupina (focus groups) - patří mezi jedny z nejprogresivnějších kvalitativních metod. Jsou velmi užitečným nástrojem sběru dat i prostředkem pro hlubší porozumění. Poskytuje kvalitativní informace získané prostřednictvím otevřených otázek. Principem je řízená diskuse, kterou vede školený moderátor, jehož funkcí je řídit diskusi mezi přibližně 7 – 8 osobami na zvolené téma (WHO, 2000). Cílem je prozkoumat postoje, názory a mínění cílové skupiny. K výhodám patří, že je to flexibilní prostředek, rozhovor nekončí ve chvíli, kdy dotyčný neodpovídá (jako je tomu při individuálním rozhovoru) nebo váhá s odpovědí už z jakéhokoli důvodu. Slova se může ujmout jiný účastník. Nevýhoda spočívá v tom, že se v rámci diskuse mohou otevřít i témata, o kterých jedinec nerad mluví, a zároveň jsou u toho přítomny i další osoby. Existují i jedinci, kteří si nechají svůj odlišný názor pro sebe a raději se přidají k názoru výrazného jedince nebo k názoru, který v dané skupině převládá (Heary, Hennessy, 2002) (citováno z Mareš, 2007; Klinika adiktologie [online]).

6.5.2.3 Metoda životní křivky a časové křivky

Jde o originální projektivní výzkumnou metodu využitelnou v rámci diagnostiky a terapie. Lze ji aplikovat prakticky na jakékoli výzkumné téma, jehož součástí je sledování určitých změn za dané časové období. Během vývoje se dočkala také řady modifikací. Jejím základním principem je promítnutí určitých důležitých událostí a prožitků do grafické podoby (Miovský, 2006).

6.5.3 Smíšený přístup

Jde o kombinaci metod kvantitativního a kvalitativního přístupu. Mareš (2002) uvádí: „ukazuje se, že právě rozmanitost a vhodná kombinace metod může přispívat nejen k lepší kontrole validity dat, ale současně k mnohem hlubšímu porozumění dynamice prožívání účastníků výzkumu a vzhledu do jejich uvažování a zároveň může výrazně rozšířit možnosti klinicko-psychologického či pedagogicko-psychologického výzkumu“ (citováno z Miovský, 2006).

7 POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ

Z předchozího textu je zřejmé, že v životě člověka nejsou jen chvíle pohody a štěstí, mnohdy neplyne ani podle našich představ. Jsme nuceni potýkat se s řadou událostí, které negativně ovlivňují kvalitu našeho života. Velmi často to jsou právě zdravotní problémy (těžký úraz nebo vážná nemoc), ale mohou to být i jiné, např. rodinné problémy (konflikty v rodině, vážná nemoc někoho z rodiny, rozvod, úmrtí v rodině), pracovní problémy (ztráta zaměstnání), přírodní katastrofy (povodeň, požár, vichřice, zemětřesení), násilné činy (týrání či zneužívání, přepadení, znásilnění, únos), násilné činy v době války (oběť teroristického útoku, nechtěný účastník bojů válčících stran, oběť vězení atd.) (Mareš, 2012, str.31).

Každý člověk se s těmito problémy a životními těžkostmi vyrovnává určitým způsobem. Současně na něj působí mnohé vnější vlivy, jak kladné (např. pomoc rodiny a nejbližších přátel a péče společnosti, apod.), tak i záporné (ztráta zaměstnání, negativní reakce okolí, apod.). Díky všem těmto vnitřním a vnějším vlivům doznávají jednotlivé oblasti kvality života v průběhu určitých proměn, tudíž ani celková kvalita života nezůstává neměnná.

7.1 Stresová reakce

Po traumatické události se zpravidla u jedince dostavuje **stresová reakce**, která je (oproti zvládacím reakcím) vývojově starší. Má povahu připraveného programu, který organismus „automaticky spouští“ v situaci vážného ohrožení. Projevuje se snahou například někam utíkat, či naopak ztuhnutím, neschopností se pohnout, „zamrznutím“ (Mareš, 2012).

Vyrovňování se s traumatem mívá svůj předpokládaný průběh. Kořán (2009) rozlišuje pět fází:

1. fáze omráčení a šoku (začíná bezprostředně po traumatické události a trvá 24-36 hodin);
2. fáze výkřiku - “co se to stalo?” s pocity přítomnosti mimo realitu, ochromení aktivity či naopak puzení k nadměrné aktivitě (trvá do 3dnů od začátku traumatické události);

3. fáze hledání smyslu události – „proč mě to potkalo?“ (přibližně 3-14 dnů po traumatické události);
4. fáze popření a zase znovuprožívání události (přibližně 2-8 týdnů po traumatické události);
5. posttraumatická fáze (přibližně 1-3 měsíce po traumatické události);

Je pochopitelné, že se jedná o obecné schéma, které u konkrétních jedinců může mít jiný časový průběh, některé etapy se mohou vracet.

Jak jsme již zmínili v úvodu, u osob, které prošly mimořádnou událostí, jež u nich vyvolala extrémní zážitek, vzniklo psychické trauma. Podle Vizinové a Preisse (1999) je u traumatizované osoby narušen pocit, že má událost pod kontrolou, že je kompetentní se s ní vyrovnat; hroutí se jí smysl, řád dění, kontinuita života. Objevují se u ní změny fyziologické, emoční i kognitivní (citováno z Mareš, 2012, s. 18).

7.2 Posttraumatická stresová porucha

Po určité době od traumatické události se u řady osob může objevit **posttraumatická stresová porucha**. Z medicínského pohledu jde o klinickou jednotku, která se vyznačuje tím, že u člověka dochází k znovuoživení traumatu v neodbytných vzpomínkách. Dostavují se pocity otupělosti, emoční zploštělosti. Jedinec se straní lidí, je netečný vůči okolí. Objevují se u něj pocity úzkosti, depresivní stavy, občas dokonce i suicidiální myšlenky. Tento negativní stav trvá zpravidla několik týdnů až měsíců, mívá kolísavý průběh a většinou se po čase upraví. Někdy však může přejít až v chronický stav s trvalou změnou osobnosti (citováno z Mareš, 2012, s.19).

Vágnerová (2004) uvádí, že v odborné veřejnosti (mezi lékaři, psychology, sociálními pracovníky) převládá názor, že trauma v řadě případů končí posttraumatickou stresovou poruchou, a proto se toto téma stává standardní součástí učebnic pro pomáhající profese (Mareš, 2012).

7.3 Kořeny hledání

V posledních letech se ale stále více odborníků snaží dokázat, že negativní životní události nemusí vždy jen zákonitě vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu. Ukazuje se totiž, že ti, kdož jsou pronásledováni osudem (a přežijí utrpení), mohou za určitých podmínek z těžkých zážitků vyjít posílení, změněni k lepšímu. Závažná životní událost, prožité trauma, může paradoxně nastartovat pozitivní změny, přivést člověka na novou cestu životem. (Mareš, 2012, s. 13). Podklady pro svá tvrzení nachází již v historických pramenech a poukazují na to, že již naši předci hledali pozitivních důsledků u negativních životních událostí. Je to dlouhodobá a všelidská zkušenost, která našla svůj odraz v řadě úsloví, přísloví, moudrých sentencí. Už staří latiníci věděli, že překonávání překážek může člověka zocelit, pozvednout. Říkali přece: *Per aspera ad astra*, tj. „Přes překážky ke hvězdám“. Čelakovský (1949) ve svém *Moudrosloví národu slovanského ve příslovích* uvádí mj. tato tři úsloví: „Co škodí, to učí.“ „Neštěstí, bídy, příhody, dobrého často původy.“ „Mnohý moudrý nebývá, až vepsí bývá.“ Běžná lidská zkušenost se zkondenzovala do hutného výroku: „Všechno zlé je k něčemu dobré.“ I v dnešní době se používá zlidovělý výrok filozofa Nietzscheho: „Co mě nezabije, to mě posílí.“ Obdobnou úvahu nalézáme i v kultuře nám vzdálené – v čínském moudrosloví: „Z krajnosti běd se rodí změna, změna otevírá cestu vpřed“ (Hejzlarová, Hejzlar, 1999, citováno z Mareš 2012). Mareš (2012, s.14) k tomu dodává: „Tuto staletou zkušenost můžeme zhustit do výroku: lidé si uvědomili, že vyšší kvalita života nepřichází sama, že se k ní člověk musí propracovat překonáváním obtíží, ba i protrpět.“

7.4 Počátky vědeckého zkoumání

Na začátku vědeckých přístupů k pozitivním důsledkům negativních událostí stojí patrně práce vídeňského lékaře Frankla. Smysl života se podle něj skrývá v utrpení. V utrpení může člověk uskutečnit to nejlidštější v sobě samém. Autor říká: „...právě tam, kde nemůžeme svou situaci změnit, právě tam se po nás žádá, abychom změnili sami sebe, abychom dozráli, dorostli a nakonec přerostli sami sebe“. (Frankl, 2006, s. 168) zjistil, že lidé, kteří našli smysl života, kteří měli proč žít, zvládali nepředstavitelně těžké životní situace dobře (citováno z Mareš, 2012, s.14).

V zahraničí se začátkem devadesátých let 20. století konstituoval výzkumný proud zkoumající **pozitivní změny**, které se objevují u lidí po traumatických událostech. Mezi zakladatele tohoto směru patří Schaeferová a Moos (1992), kteří napsali kapitolu o krizi a osobním rozvoji, O`Learyová a Ickovicsová (1995) psaly o resilienci (odolnosti) a rozkvětu člověka jako odpovědi na náročné výzvy (citováno z Mareš, 2012, s. 20).

S přibývajícím počtem autorů, kteří se zabývali zkoumáním pozitivních změn u lidí po prožité negativní události, bylo zapotřebí ujednotit termín, který by dané pozitivní změny definoval.

7.5 Vymezení pojmu

Ve většině prací, které jsou v poslední době publikovány, převažuje termín – *posttraumatic growth* (vžila se pro něj zkratka PTG). Poprvé byl použit v práci Tedeschiho a Calhouna (1995). Tento termín navrhuje překládat do češtiny jako **posttraumatický rozvoj**.

Hlavní argumenty ve prospěch termínu „posttraumatický rozvoj“ – oproti jiným termínům – shrnuli Tedeschi, Parková, Calhoun (1998, s. 3) takto:

- a) termín jasně říká, že osoby zažívající tento jev se rozvíjejí nad svoji předchozí adaptační úroveň, nad své dosavadní psychologické fungování; změnily svůj dosavadní pohled na svět, dospěly, dožrály;
- b) rozvoj se dostavil jako následek mimořádně nežádoucích událostí, což nevyjadřuje ani termín „rozkvět“, ani „rozvoj navozený stresem“ (ten například nespecifikuje, že jde o vysokou úroveň distresu);
- c) změna k lepšímu je skutečná, dochází k transformaci dané osoby; další termíny, jako je „vnímaný přínos“ nebo „pozitivní iluze“, zase navozují dojem, že změna nemusí být reálná, ale jen fiktivní, anebo změna není validní;
- d) termín je záměrným protikladem vůči známému odbornému termínu „posttraumatická stresová porucha“ (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) (citováno z Mareš, 2012, s.21, 22).

7.6 Prožívání traumatické události

Co všechno prožívá jedinec vystavený negativní životní situaci, jaké má pocity, myšlenky, co všechno musí překonat a zvládnout, než je schopen danou situaci přijmout, vyrovnat se s ní a pochopit ji tak, aby u něj nastaly pozitivní změny?

Traumatické události samotné a okolnosti, za kterých se udály, vyvolávají u lidí především silné emoce. Rozumové zhodnocení události se dostavuje teprve s určitým, zpravidla delším, časovým odstupem.

Kognitivní procesy mohou mít zpočátku charakter **vtíravých myšlenek**. Jedinec se v duchu vrací k prožitým událostem, obírá se jimi. Uvědomuje si, že cosi přijatelného skončilo, že se mu „změnil svět“. Obrací se do minulosti; přítomnost je mu nepříjemná, budoucnost je nejasná, nedokáže si ji představit. (Právě v těchto chvílích se otevírá prostor pro citlivou pomoc a sociální oporu ze strany jeho nejbližších, ale i profesionálů).

Teprve později nastupuje jiný, nadějnější typ kognitivních procesů – **opětovné promýšlení**. Jedinec je už klidnější, rozváznější, snaží se dobrat toho, co se vlastně stalo, a promyslet to z různých hledisek. Toto přemýšlení už není zraňující, ale naopak se snaží vyvést jedince z beznaděje, ozdravit jeho pohled na svět, mobilizovat jeho síly (Mareš, 2012, s. 33).

7.7 Aspekty vzniku posttraumatického rozvoje

Calhoun a Tedeschi (2006) uvádí, že posttraumatický rozvoj nastoupí s větší pravděpodobností, když se jedinec pokouší vydolovat smysl z toho, co se mu přihodilo, co se událo. Zmiňovaní autoři tím navazují na Antonovského (1987) a na jeho pojetí soudržnosti lidské osobnosti (*sence of coherence* – SOC).

Zdůrazňují, že promýšlejší procesy obsahují jako první aspekt **srozumitelnost**. Ten, kdo traumatickou událost přežil, se snaží dobrat toho, co se skutečně stalo, porozumět dané události i sobě samotnému. Se vzrůstajícím porozuměním stoupá pravděpodobnost druhého aspektu – **zvládnutelnosti**. U jedince se dostavuje pocit, že je možné se s novou situací vyrovnat. Třetí aspekt kognitivní zaangažovanosti na řešení traumatu nastupuje až po delším čase. Jeho výsledkem je nalezení **smysluplnosti** traumatu, což je právě ta nejvíce

reflektivní složka posttraumatického rozvoje. Jedinec nachází smysl traumatu: kromě negativních stránek (jimiž se obíral těsně po traumatu) postupně objevuje i některé stránky pozitivní. Uvědomuje si, že se – pod tlakem nutnosti – stal jiným a že se jinak dívá na svět. Stává se odpovědnějším, více si váží života, je citlivější k problémům jiných lidí (citováno z Mareš, 2012, s.34).

Podle Thorntona (2002) bychom měli rozlišovat při jedincově kognitivním zpracování traumatické události dva různé procesy. Tím prvním je **hledání smyslu** traumatické události. Událost jedince zaskočí: zjišťuje, co se vlastně děje, jak se mohlo stát, že se to děje právě jemu atd., událost nastartuje hledání, protože neodpovídá tomu, co si jedinec až doposud o světě myslel. Událost ho ohrozila nebo mu způsobila újmu, připravila ho o něco. Jeho dosavadní pojetí světa se rozpadlo. Hledá vysvětlení; pokud i v nemoci, ztrátě, traumatu najde cosi pozitivního, objeví určitý smysl toho, co ho potkalo – pak mění své pojetí světa, svůj soubor přesvědčení. Buduje nové pojetí, které už v sobě zahrnuje i traumatické události a zkušenosti s nimi. Nalezení nového smyslu potom generuje nový pohled na svět, na druhé lidi i na sebe sama. Vytváří se tak základna pro pozitivní změny, které jsou klíčové pro skutečný posttraumatický rozvoj. Druhým procesem je **hledání přínosu** (*bendit fading*) traumatické události. Jedinec se snaží nalézt i v těžké životní události cosi dobrého, například to, že vydrží více, než si myslel. Může událost pochopit jako příležitost něco se sebou udělat, změnit své hodnoty, své chování, zvolit jinou cestu životem. Může událost vzít jako impulz pro sebezdokonalování, pro osobní rozvoj. Začne-li tímto směrem na sobě pracovat, posiluje to jeho sebedůvěru (citováno z Mareš, 2012, s. 48).

7.7.1 Definování pojmu trauma

Jak uvádí Tedeschi a Calhoun (2004, s. 6-7), těžká životní událost samotná není považována za něco příznivého, potřebného, vítaného – pouze jisté dobro, které se z ní vynoří, má tuto pozitivní podobu. Dále říkají: „používáme ho k popsání okolností, které jsou pro jedince významnou výzvou nebo závažným způsobem narušují jeho dosavadní svět. Výrazy „trauma“, „krize“, „velký stresor“ užíváme v podstatě jako synonyma (Calhoun, Tedeschi, 2006, s. 3) (citováno z Mareš, 2012, s. 46).

Spouštěcím faktorem posttraumatického rozvoje, jak bylo uvedeno, je negativní životní událost – prožité trauma. Ne všechny negativní události však mohou tento pozitivní rozvoj iniciovat.

Co je kritériem *závažnosti* traumatu? Je jím stupeň, od kterého se události stávají „seizmickými“ pro daného jedince, nastolují „zemětřesení v jeho dosavadním světě“. Jinak řečeno: závažnost traumatu je relativní, pro různé jedince může být různá (Calhoun, Tedeschi, 1999, s.2; citováno z Mareš, 2012, s. 45).

Podle Tedeschi, Calhouna (2004) a Janoff-Bulmanové (2006) musí soubor nepříznivých okolností představovat závažný stupeň ohrožení dosavadního jedincova světa, aby nastala pozitivní změna. Klíčovým prvkem ve stanovení toho, zda ke změně došlo, je rozpad, rozvrat jedincova dosavadního světa; lidé mluví o tom, jaký byl jejich život „předtím“ a „potom“. Má-li vůbec dojít k posttraumatickému rozvoji, musí jedinec zažít **výraznější distres**. Je tedy třeba jistá „minimální účinná dávka“. Naopak příliš velká dávka už nenavozuje rozvoj, neboť naruší mj. kognitivní mechanismy důležité pro jedincovo zpracování závažné události (Calhoun, Tedeschi, 2006). Z toho, co bylo řečeno, plyne, že musí existovat jisté optimální rozmezí traumatického působení, aby rozvoj vůbec nastal (citováno z Mareš, 2012, s. 46).

Podle Aldwinové a Stokolse (1988) ty stresory, které jsou méně závažné, jejichž nástup je pozvolný a ovlivňují jen jednu oblast jedincova života (např. jen zdravotní stav, jen rodinný život, jen studium či zaměstnání), málokdy vyústí v dlouhodobou změnu osobnosti. Naopak stresory, které jsou velmi silné, závažné, jejichž nástup je rychlý a ovlivní mnoho oblastí jedincova života současně, zpravidla vyústí v dlouhodobou změnu osobnosti. Právě traumatické události odpovídají této druhé situaci. Jde však jen o obecnou úvahu, která neříká nic o tom, které proměnné brání zásadní změně a které ji naopak usnadňují (citováno z Mareš, 2012, s. 44).

7.7.1.1 Charakteristiky činící událost traumatickou:

- událost je šokující – objevuje se náhle, neočekávaně, nepředvídaně;
- z pohledu jedince se nedá ovlivnit, je mimo jeho možnosti ji kontrolovat a řídit;
- vina za průběh událostí leží mimo jedince, zpravidla nemůže za to, co se stalo;

- jedinci buď hrozí fyzická či psychická újma (je to zatím jen hrozba), anebo se už negativní dopady aktuálně projevují (jedinec je přímo zažívá);
- okolnosti, které se objevily v souvislosti s danou událostí, nejsou něčím běžným, naopak jsou pro jedince mimořádné, výjimečné;
- událost přináší jedinci dlouhodobé a často nevratné problémy;
- jedinec přechází do další, mnohem zranitelnější etapy svého vývoje (modifikovaně podle Calhoun, Tedeschi, 1999, s. 3-5; citováno z Mareš, 2012, s.45).

7.7.2 Definování pojmu posttraumatický vývoj

Podle Tedeschi, Parkové, Calhouna (1998, s. 3) je posttraumatický rozvoj definován jako významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít i své vnější projevy ve změně jedincova chování. Rozvojem se rozumí taková změna, při níž se jedinec dostává *nad* svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání.

Dále uvádí, že posttraumatický rozvoj je pravděpodobně důsledkem pokusu jedince o psychologické přežití; může koexistovat s reziduálním distresem, který byl traumatem vyvolán (Tedeschi, Calhoun, 2004, s. 5; citováno z Mareš, 2012, s. 45).

Znoj (1999) říká, že posttraumatický rozvoj osobnosti je skutečnou, dokonce biologicky podmíněnou kapacitou; je schopností, která nám umožňuje vnést do chaosu pořádek. Sumalla et al. (2009, s.27) používají souhrnnou charakteristiku: posttraumatický rozvoj je pozitivní transformací identity člověka (citováno z Mareš, 2012, s.43).

K posunu v teoretických stanoviscích dochází u Hobfolla a Mareše, kteří dodávají, že dalším určujícím znakem musí být, že jedinec dokládá své výroky o tom, že se uvnitř změnil, také činy. Mění své chování, jedná jinak než předtím. Stává se „novým člověkem“ i navenek: změna se *musí* projevit i navenek (Mareš, 2012).

Také modely, které chápou posttraumatický rozvoj jako reálnou, prokazatelnou změnu, tvrdí, že u jedince dochází k zásadním změnám. Traumatická událost rozmetala jeho pojetí světa i jeho sebepojetí. Jedinec musí tuto skutečnost kognitivně zpracovat, vystavět si nové pojetí světa a sebe sama, transformovat svoji identitu. Nezáměrným výsledkem akomodace může být posttraumatický rozvoj, který se projevuje navenek změněným chováním, jinými vztahy s lidmi, nastoupením odlišné cesty životem (Mareš, 2012).

Další pozitivní aspekt nachází v posttraumatickém rozvoji Janoff-Bulmanová (2006), která uvádí: Zdá se, že jedinec, který se dokázal vyrovnat s jednou traumatickou událostí a dostal se na vyšší úroveň, než na jaké byl před traumatem, se stává odolnější. U jedince se objevuje **psychologická připravenost** (*psychological preparedness*) na zlé události a je méně traumatizován, když přijdou, předvídá v čase. Jeho vnitřní dosavadní svět se změnil a je připravenější na další negativní události (citováno z Mareš, 2012, s. 35).

Časový rozměr posttraumatického rozvoje má několik podob, zde připomeneme jen čtyři.

1. Jednorázovost některých traumat oproti opakovanosti, „vleklosti“ jiných. Jsou traumatické události, které se vyskytnou jen jednou (např. ochrnutí jedince po pádu, zničení domu při povodni, smrt nejbližšího člověka při dopravní katastrofě). Jsou však i traumatické události, které se vracejí.
2. Proměny posttraumatického rozvoje v čase. Vždy trvá určitou dobu, než se jedinec s traumatem vyrovná natolik, že je schopen uvažovat také o jeho pozitivních stránkách.
3. Charakter vzájemných vztahů mezi hlavními složkami posttraumatického vývoje, působícími faktory a plynoucím časem.
4. Dlouhodobé dopady některých traumat. Mohou se omezit na soubor předvídatelných a řešitelných účinků, anebo odstartují sérii sekundárních a terciálních traumat (Mareš, 2012, s. 35).

Obecně lze tedy posttraumatický rozvoj charakterizovat podle Mareše (2012), že rozvojem se rozumí jak proces, děj, tak jeho výsledek, který se může dostavit až po několika měsících, letech, či dokonce desetiletích.

7.7.3 Determinanty posttraumatického rozvoje

Na čem vlastně závisí, zda u jedince či skupiny vůbec dojde k posttraumatickému rozvoji? Odpověď na tuto zásadní otázku není jednoduché. Počínaje osobnostními zvláštnostmi jedinců a velmi rozdílnými typy traumatických událostí, přes rozdílné způsoby vyrovnávání se jedince s traumatem (včetně toho, zda je na tuto náročnou činnost sám, anebo se mu dostává nejrůznější laické či profesionální pomoci), a konče rozdílným časem, který uplyne od traumatické události. Jakékoli zobecňující údaje je třeba brát s velkou obezřetností a nečinit podle nich ukvapené závěry (Mareš, 2012, s.71).

Autoři metaanalýzy, Američané Helgesonová, Reynolds a Tomichová (2006), se domnívají, že posttraumatický rozvoj je zřejmě výsledkem jedincova osobního snažení a odráží pozitivní vyústění prožitého traumatu. Odráží větší osobní pohodu spíše než pouhou absenci distresu (citováno z Mareš, 2012, s.74).

Metaanalýza prokázala, že posttraumatický rozvoj statisticky významně souvisí se sedmi sledovanými proměnnými, byť s rozdílnou intenzitou. Nejsilněji souvisel s *religiózním zvládnáním zátěže* (index velikosti efektu činil 0,38) a *pozitivním přehodnocením* toho, co negativního jedinec zažil (0,36). Rozvoj mírně souvisel se *sociální oporou* (0,26), s *dispozičním optimismem člověka* (0,23), se *spiritualitou člověka* (0,23). Jen slabě souvisel se zvládnáním, které se opíralo o akceptování reality (Mareš, 2012, s. 75).

V různých kulturách si běžní lidé, jednotlivci, uvědomují, že prožité trauma či životní krize vyžadují zvládací strategie, promýšlení toho, co se stalo, a jak žít dál, sociální oporu od nejbližších lidí; často větší důvěru ve vyšší síly, což může vyústit v prohloubení víry. Až po tom všem se může dostavit celková proměna jedince k lepšímu. Posttraumatický rozvoj mívá v mnoha kulturách podobu multidimenzionálního konstruktů, přičemž se mění hlavně jedincovo „já“, vztahy s druhými lidmi a porozumění životu (citováno z Mareš, 2012, s.79).

7.8 Nejnovější teoretické přístupy

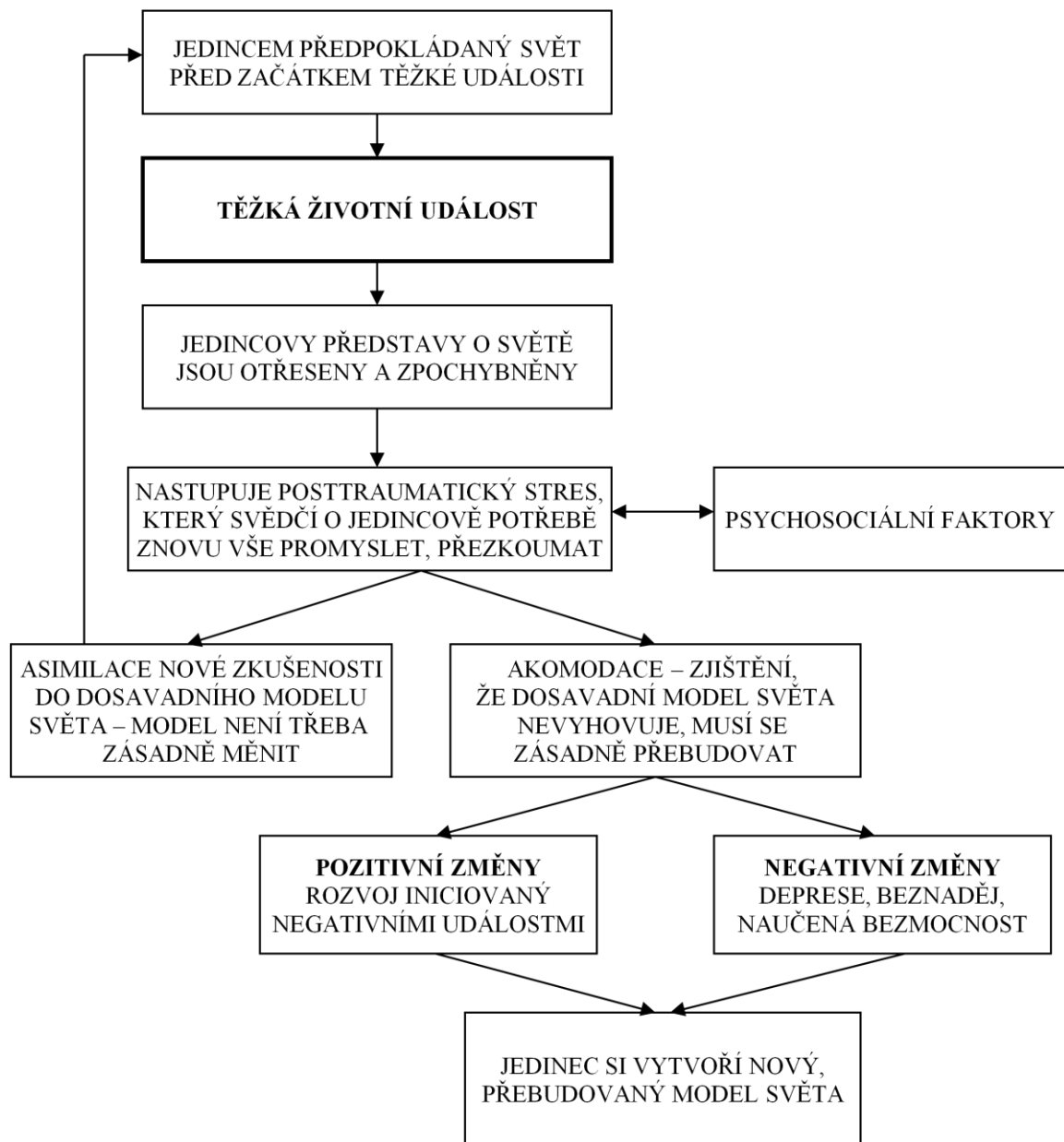
V roce 1998 publikovaly O'Learyová, Alday a Ickovicsová kapitolu, která shrnula dosavadní snahy o vystižení podstaty posttraumatického rozvoje. Z osmi vybraných modelů extrahovali nejčastější osobnostní zdroje, které napomáhají posttraumatickému rozvoji: hledání smyslu prožité události (její promýšlení, přehodnocování), obracení se k minulé zkušenosti, využívání nezdolnosti a používání zvládacího stylu. Z externích zdrojů je to nejčastěji vhodná sociální opora, která napomáhá rozvoji (Mareš, 2012).

K relativně novým modelům, které vzbudily největší odezvu, patří např. Model posttraumatického rozvoje Tedeschiho a Calhouna (2006), Model Janoff-Bulmanové (2006), Dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové (2004), Hobfollův model skutečného posttraumatického rozvoje (2007). My si zde přiblížíme model Josepha a Linleye, který zahrnuje aspekty předchozích modelů a celý posttraumatický rozvoj nejlépe vystihuje.

7.8.1 Model Josepha a Linleye – rozvoj iniciovaný negativními událostmi

Teorie britských autorů Josepha a Linleye (2008) předpokládá, že jedinec v životě prochází určitým cyklem: hodnotí těžké události, které zažívá; prožívá určité emoční stavy; snaží se události zvládnout; znovu hodnotí, jak se mu zvládnání podařilo. Údaje o traumatické události přitom kognitivně zpracovává dvojím způsobem: buď je asimiluje do vlastního, už existujícího modelu světa, anebo akomoduje existující model světa novým skutečností, přebudovává svůj pohled na svět. Akomodace pak mění jedincovy představy o světě buď negativně, nebo pozitivně. Model říká, že jedincovo vyrovnání se s traumatickou událostí může vyústit ve tři typy kognitivních důsledků.

1. jedinec zahrne novou zkušenost do svého modelu světa a vrací se na úroveň před traumatem, stává se odolnější vůči obdobnému traumatu v budoucnosti;
2. jedinec přebuduje svůj model světa v negativním směru, což vyústí v psychopatologii (negativní změny osobnosti, deprese, naučená bezmocnost);
3. jedinec přebuduje svůj model světa v pozitivním směru, což vyústí v rozvoj osobnosti iniciovaný negativními událostmi (citováno z Mareš, 2012, s. 29).



Obr.3: Teorie rozvoje osobnosti, který je iniciován negativními událostmi (modifikovaně podle Joseph, Linley, 2008, s. 13, citováno z Mareš, 2012, s.28)

Výklad těchto kapitol ukázal, že i závažná životní událost, pokud se s ní člověk vyrovná, může přinést po delším čase i pozitivní důsledky. Touto závažnou událostí může být i amputace či úraz páteře a míchy. V další části práce se soustředíme na otázku, jak se konkrétní pacienti s tímto úrazem vyrovnávají.

EMPIRICKÁ ČÁST

8 CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI

S využitím smíšeného přístupu u vybraných pacientů po úrazu páteře, míchy a po amputaci dolní končetiny:

1. Popsat příčiny, které vedly k postižení, a celý zdravotnický kontext daného případu.
2. Charakterizovat proměny pacienta pohledem na kvalitu vlastního života v delším čase.
3. Identifikovat klíčové okamžiky a aktéry změn v prožívané kvalitě života.
4. Identifikovat hlavní negativní faktory, které úraz přinesl do pacientova života.
5. Identifikovat hlavní pozitivní faktory, kterými úraz obohatil jeho život.
6. Ze získaných poznatků vyvodit praktická doporučení jak pro pacienty, tak pro zdravotníky, kteří o tento typ pacientů pečují.

9 ZKOUMANÉ PŘÍPADY A POUŽITÉ METODY

9.1 Zkoumané případy

Pro tuto práci *Kvalita života u lidí s posttraumatickým postižením* jsme stanovili následující kritéria pro výběr osob:

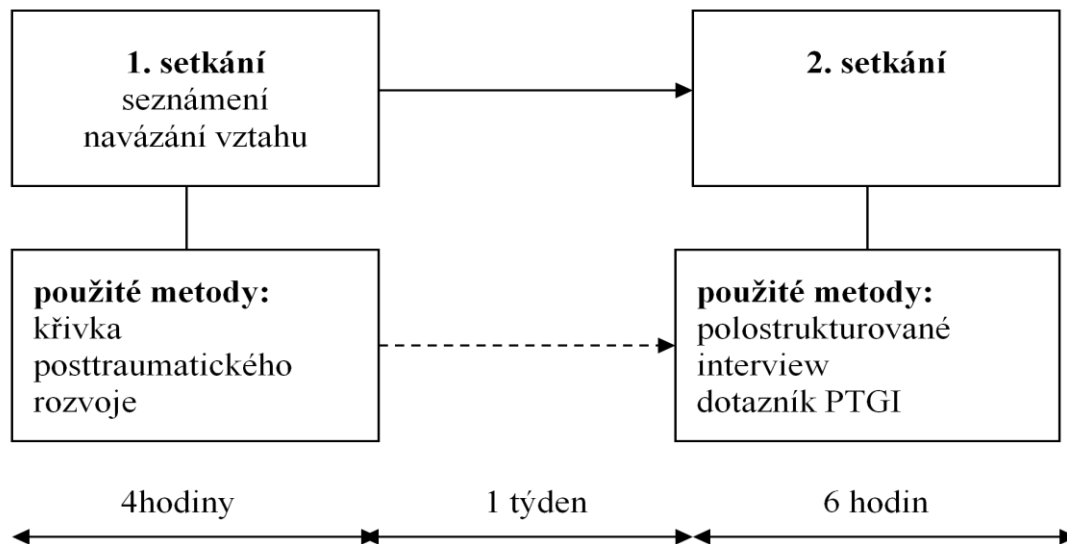
- úraz s trvalými následky na pohybovém aparátu
- úraz utrpěli v rané dospělosti
- odstup od úrazu byl minimálně 6 let (předpokládáme, že v tomto časovém odstupu by se mohl projevit posttraumatický rozvoj)
- muži (v takto malém počtu by porovnání mezi jednotlivými pohlavími nemělo vypovídající hodnotu)

Následně byli vybráni celkem 3 muži, kteří odpovídali daným kritériím.

- muž č.1 utrpěl úraz ve 25 letech, před jedenácti lety, při pádu z lyžařské lanovky z výšky 10 – 15m. V současné době je parapareтик, chodí s pomocí francouzských holí.
- muž č.2, utrpěl úraz ve 26 letech, před osmi lety. Při jízdě na motorce došlo k pádu na zledovatělé vozovce a k nárazu na pevnou překážku. Dnes je paraplegik, vozičkář.
- muže č.3 se před devíti lety, ve 24 letech, při jízdě na motorce srazil s nákladním vozidlem, utrpěl traumatickou amputaci (exartikulaci) LDK v kolenním kloubu. Dnes používá bionickou protézu.

9.2 Postup

Výzkum byl prováděn metodou smíšeného přístupu, při kterém byly zkombinovány tři metody: křivka posttraumatického rozvoje, polostrukturované interview a standardizovaný dotazník. Celý výzkum u jednotlivých respondentů probíhal ve dvou sezeních.



Obr.4: Schéma postupu výzkumu.

Setkání s jednotlivými respondenty probíhala na neutrální půdě.

9.2.1 První sezení

V úvodu proběhlo vzájemné seznámení a navázání přátelského vztahu. Respondenti byli obeznámeni s důvodem a cílem práce, a ujištění, že veškeré jimi poskytnuté informace budou přísně anonymní a budou použity pouze k účelům bakalářské práce. Zároveň jim bylo sděleno, že na dotazy nebo témata, která jim budou nepříjemná nebo v nich budou vyvolávat negativní vzpomínky, nemusí odpovídat. Současně byli požádáni o souhlas s nahráváním interview. Všichni tři respondenti souhlasili.

Při prvním sezení byla použita **křivka posttraumatického rozvoje**. Respondenti byli požádáni, aby do předem připraveného grafu zaznamenali vývoj fyzického a poté psychického stavu od doby úrazu, respektive od doby, kdy byli při vědomí a mohli celou situaci vnímat, do současné doby. Vodorovná osa představovala průběh času a svislá osa

proměny fyzického a psychického stavu, kdy počátek – doba úrazu odpovídal bodu 0 a rozmezí bodů se pohybovalo od +5 (maximální spokojenost) do -5 (maximální strádání). Respondenti měli nejprve zakreslit celou křivku, podle toho, jak celý vývoj vnímali a prožívali. Poté se měli k jednotlivým bodům vrátit a upřesnit je. K tomu posloužily i doplňkové otázky, které jim byly následně položeny (viz příloha č.11).

Dvěma respondentům činilo problém zaznamenat odděleně vývoj fyzické a poté psychické stránky. Z tohoto důvodu byly zaznamenány obě křivky najednou. K následným dotazům se všichni vyjadřovali ochotně a zodpověděli všechny dotazy. Prvního sezení trvalo v průměru 4 hodiny.

9.2.2 Druhé sezení

Druhé sezení proběhlo s odstupem 1 týdne. V úvodu jim byla předložena zpracovaná křivka posttraumatického rozvoje a jednotliví respondenti byli požádáni, zda by chtěli některé informace upřesnit, případně doplnit. Následovalo **polostrukturované interview**, ve kterém byli požádáni, aby se vyjádřili k 5 doménám, týkajícím se kvality života. Stanoveny byly tyto domény:

- fyzické zdraví (fyzická kvalita života)
- psychická pohoda (psychická kvalita života)
- sociální vztahy (socioekonomické)
- každodenní život
- spiritualita

K jednotlivým doménám jim byly položeny 4 dotazy: *Co považujete za důležité?, Jaký je aktuální stav?, Jak se stav proměňoval od úrazu doted?* a *Jak to vidíte do budoucna?* (viz příloha č.12). Rozhovory byly nahrány na diktafon, následoval jejich přepis a analýza s vyhledáváním shodných a rozdílných prvků.

Jako poslední metoda byla použita česká verze standardizovaného **dotazníku PTGI-CZ** (Tedeschi et al. 1996), český překlad Preiss et al. (2008) (viz příloha č.13). V úvodu dotazníku měli respondenti specifikovat těžkou, traumatickou událost nebo událost, která

jim změnila život, uvést dobu, která od této těžké události uplynula, a následně zodpovědět 21 dotazů. Průměrná délka druhého sezení byla 6 hodin.

Setkání s jednotlivými respondenty probíhala bez problémů, všichni tři byli velice vstřícní a ochotní. Muži č.1 a 3 na jednotlivé otázky odpovídali velmi pohotově, bez zaváhání. Muž č.2 odpovídal váhavěji a potřeboval více času na zodpovězení otázek. U muže č.1 bylo patrné, že některá témata jsou pro něj citlivější, ale i přesto o nich chtěl hovořit.

9.3 Použité metody

9.3.1 Metoda životní křivky

Metodu životní křivky navrhli před časem Blažek a Olmrová. S její pomocí lze sledovat průběh boje postiženého jedince s životními těžkostmi v čase a vyústění tohoto boje. Postižený je vyzván, aby graficky, pomocí křivky, znázornil svůj život a vyznačil na ní kladné a záporné momenty, které měly na průběh jeho života významný vliv. Tuto metodu autoři vyzkoušeli u 9 trpících a postižených dospělých osob (Blažek, Olmerová, 1985, s.166-201). Jako jeden z možných postupů byla připomenuta odborné veřejnosti Křivohlavým (2002, s.107-108). Mikleová použila obdobný přístup ve výzkumu posttraumatického rozvoje u 12 osob; trauma u nich mělo trvalé somatické následky. Šlo o kreslení a komentování tzv. **čáry života** (Mikleová, 2010). Mareš, Pečenková, Rybářová (2002) metodu životní křivky modifikovali a nazvali ji **metodou krizové křivky**, jelikož nezachycuje celý život jedince, nýbrž jen údobí krize a průběh jejího zvládnutí. Základem této metody je polostandardizovaný rozhovor a kresba křivky (citováno z Mareš, 2012, s.66-67).

Tab.8: Srovnání metody životní křivky a metody krizové křivky (Mareš, 2012, s.67)

Hlediska	Blažek, Olmerová (1985) životní křivka	Mareš, Pečenková, Rybářová (2002) krizová křivka
použití u dospělých osob	ano	ano
použití u osob trpících nemocí či postižením	ano	ne, použito u rodičů nemocných dětí
vyžaduje se slovní komentář	ano	ano
slovní komentář se nahrává	ano	ne, zapisuje se
křivku kreslí jedinec sám	ano	ne vždy, někdy ji podle instrukcí rodiče kreslí badatel
jde o celoživotní křivku od narození až do současnosti	ano	ne, jde jen o období krize a pokrmové období
křivka se kreslí volně, bez souřadnic	ano	ne, jsou předkresleny souřadnice
na křivce se označí místo kritické události	ano	ano
kromě reálného průběhu života zakresluje jedinec i hypotetický průběh (vývoj svého života v případě, kdyby nenastala kritická událost)	ano	ne
vyžaduje se, aby jedinec označil osoby, které mu byly sociální oporou	ne, záleží na něm, zda se o nich spontánně zmíní	ano
jsou k dispozici objektivní data o průběhu nemoci	ne	ano
provádí se konfrontování dat z více zdrojů	ne	ano

9.3.2 Polostrukturované interview

Interview je nejčastěji používanou metodou pro zjišťování rozvoje (Siegel, Shrimshaw, 2000; Thompson, 2000, Poorman, 2002; Updegraff, Taylor, Kemeny, 2002, aj.) (Mareš, 2007).

Podle Miovského patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat. Z terminologického hlediska termínem **interview** označujeme takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie.

Podle míry strukturace ho můžeme rozdělit do tří základních skupin:

- nestrukturovaný interview
- polostrukturované (semistrukturované) interview
- strukturované interview

Miovský (2006) uvádí, že **polostrukturované interview** je zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Oproti nestrukturovanému vyžaduje náročnější technickou přípravu. Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Obvykle je možné zaměřovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme, a dle potřeby a možností tedy toto pořadí upravujeme, abychom tím maximalizovali výtěžnost interview. Při polostrukturovaném interview je vhodné použít upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka. U polostrukturovaného interview tedy máme definované tzv. **jádro interview**, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat, a doplňující otázky jsou obvykle velmi užitečné a přinášejí mnoho kontextuálně vázaných informací, které nám mohou pomoci mnohem lépe uchopit problém, který nás zajímá (citováno z Miovský, 2006, s. 159-160).

Metodu interview použil Dahan, Auerbach (2006) u šesti pacientů trpících mnohočetným myelomem, kteří byli léčeni transplantací. Jang (2005) použil tuto metodu při výzkumu osob, které zažily zemětřesení na Tchaj-wanu. U nás metodu interview použila Doušová (2007) a Hodačová (2007), které s její pomocí studovaly u osob prvky posttraumatického vývoje (Mareš, 2012).

Jádro našeho polostrukturovaného interview tvořilo 5 domén podle nejčastěji uváděných domén kvality života. Vycházeli jsme z modelu kvality života vytvořeného pracovní skupinou WHO a nejčastěji prezentovaných domén v ošetrovatelské literatuře (Ferrans, 1990; King et al., 2002; Schipper, 1991; Ferrell et al., 1992) (Gurková, 2011).

9.3.3 Standardizovaný dotazník

Mareš (2012) říká: „dotazníky poskytují rychlý vhled do subjektivního světa osob, jež zažily trauma a snaží se s ním co nejlépe vyrovnat.“ Při zkoumání posttraumatického rozvoje se nejčastěji používají dotazníky určené dospělým osobám. U mnoha dotazníků jsou k dispozici dvě verze – delší, používá se spíše ve výzkumech, a verze zkrácená, určená pro praxi. Ve své knize *Posttraumatický rozvoj člověka* (2012) uvádí přehled dotazníkových metod pro zjišťování posttraumatického rozvoje člověka.

Autory námi zvoleného dotazníku PTGI – *Posttraumatic Growth Inventory* jsou Tedeschi, Calhoun, University of North Carolina – Charlotte 1996. Český překlad zhotovil Preiss, (1. LF UK Praha), Krutiš, Mareš (LF UK Hradec Králové) 2008. Dotazník obsahuje 21 položek, které vypovídají o 5 sledovaných proměnných. První proměnná zjišťuje, zda vlivem traumatické události nastaly u těchto jedinců pozitivní změny ve vztazích s druhými lidmi, druhá proměnná se pokouší odhalit, zda jim daná situace otevřela nové možnosti, třetí se týká silných stránek jedince, čtvrtá proměnná se pokouší zmapovat změnu v jejich duchovní oblasti a poslední proměnná se snaží odhalit, zda u nich došlo ke změně v pochopení života, porozumění životu. Způsobem odpovídání je šestistupňová škála od 0 do 5. Bod 0 odpovídá tvrzení: *nezažil jsem žádnou takovou změnu*, bod 1: *taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace*, bod 2: *taková změna u mě nastala jen v malé míře*, bod 3: *taková změna u mě nastala v průměrné míře*, bod 4: *taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře* a bodu 5 odpovídalo tvrzení: *taková změna u mě nastala ve výrazné míře*.

10 VÝSLEDKY

10.1 Zkoumaný případ č.1

10.1.1 Úraz a jeho následky

Muž č.1 po pádu z lanovky utrpěl polytrauma. Byl krátce v bezvědomí, měl zlomeniny obratlů Th5, 6, 7, 11, 12, inkompletní lézi míšní, komoci mozku s retrográdní amnézií, mnohočetné oboustranné zlomeniny žeber a oboustranný pneumotorax. Následkem úrazu má centrální paraparézu dolních končetin, která se projevuje částečnou ztrátou hybnosti dolních končetin. Současně trpí vertebroalgickým syndromem.

10.1.2 Kazuistika

Vyučil se automechanikem. Byl sportovně všestranně zaměřený, k jeho největším zálibám patřila jízda na kole, na lyžích, běh, horská turistika, plavání. Od dvaceti let bydlel a pracoval v Praze ve firmě Scania. Po nějaké době odešel do Ameriky, do Colorada, kde pracoval nejprve jako automechanik a poté jako číšník v horském hotelu. Měl přítelkyni a několik kamarádů, s nimiž za vydělané peníze hodně cestoval. Byl a zůstal ateistou. V době úrazu mu bylo 25let.

K úrazu došlo 1.1.2002, po pádu z lyžařské lanovky, z výšky 10 – 15metrů. S kamarády se domluvili, že si na Nový rok pojedou zalyžovat. Byl sice po noční směně, ale žádnou únavu nepocíťoval. Jak došlo k pádu, si nepamatuje. K vědomí se probral až v nemocnici, krátce před operací. Tehdy zjistil, že nemůže hýbat celou dolní polovinou těla. Bolest žádnou nepocíťoval. Operace proběhla ještě tentýž den.

Po probuzení z narkózy se cítil celkem dobře, závažnost svého stavu si neuvědomoval. Krátce po operaci nastalo mírné zlepšení, ucítil dotek na DK, což jej povzbudilo v přesvědčení, že se jeho stav brzy upraví. 10. den po operaci mu byl nasazen korzet a začal pomalu rehabilitovat. Zatím jen na krátkou dobu byl posazován na invalidní vozík. V této době mu již docházelo, že jeho zranění je vážné. Současně se ale po fyzické stránce jeho stav pozvolna zlepšoval, což mu dávalo velkou naději na uzdravení. Také si nepřipouštěl, že by to mohlo být i jinak. Velkou psychickou oporou mu v této době byla

jeho přítelkyně, která byla ubytována spolu s ním v nemocnici, a jeho kamarádi, kteří ho často navštěvovali. Oceňoval také velmi vstřícný přístup a zacházení nemocničního personálu. Měl pocit, že celou situaci psychicky zvládal dobře. Později se ale od přítelkyně dozvěděl, že na tom psychicky nebyl zrovna nejlépe.

Koncem ledna 2002 byl letecky transportován na spinální jednotku do Brna, kde pobyl 3 týdny. Zde nastalo mírné rozčarování nad odlišným přístupem ošetrovatelského personálu (nešetrnost při ošetřování a neochota). Po psychické stránce se cítil celkem dobře. Péči psychologa, po vzájemné domluvě, neabsolvoval.

Začátkem března 2002 byl přeložen do Rehabilitačního ústavu v Košumberku. Zde se mu líbilo, pobýval mezi stejně postiženými lidmi. Rehabilitace šla zpočátku ztuhla, nešlo mu cvičit podle jeho představ, nohy ho neposlouchaly, ale přesto se po fyzické stránce jeho stav nadále zlepšoval. Postupně začínal být samostatnější v sebekopci, začal jezdit na rotopedu, později i na kole. Začínal se postavovat, nejprve pomocí dlah, potom následovaly první kroky v chodítku a nakonec zvládl chůzi o berlích. „*...jak jsem jednou vstal z vozíku, tak se už na něj neposadím.*“ To jej hodně motivovalo, aby dále cvičil a posiloval. Výrazný pokrok v rehabilitaci přičítá tomu, že před úrazem hodně sportoval, své pevné vůli a odhodlání cvičit, někdy i nad rámec stanoveného cvičebního plánu v naději, že se stav plně upraví. Radost z úspěchů v rehabilitaci mu nejprve pokazil nečekaný rozchod s přítelkyní a později i zjištění, že se jeho stav již nevrátí plně k normálu. V tuto chvíli mu oporou byla rodina. Také mu pomohl pevný a pravidelný každodenní režim, při kterém neměl čas myslet na špatné věci, přístup personálu a spolupacientů, díky nimž si uvědomil, že jsou na tom lidé ještě podstatně hůř, a také četba. Četl knížky o Armstrongovi a horolezcích, o lidech, kteří museli překonávat různé překážky, a knížky, které četl již dříve, o autech, o motorkách.

Domů byl propuštěn v červenci 2002, byl to zároveň návrat po několika letech, která strávil mimo domov. V té době chodil o berlích a byl schopen se samostatně o sebe postarat. Bydlel s dědou, s babičkou a rodinou tety v jednom domě. Na návrat domů se moc těšil, na to, že potká staré známé. Po týdnu doma však začal propadat pocitům odloučení, připadal si zvláště mezi „normálními zdravými lidmi“. Neměl soukromí, dostatek prostoru na cvičení, práci a nikam nechodil. Chyběl mu každodenní pravidelný režim a kontakt s vrstevníky. „*Doma, co já tedy dělám, měl bych být někde s mladýma, nebo se svou přítelkyní a ne tady s dědou a babičkou*“. Byl si vědom, že potřebuje nějakou činnost a že ji za něho nikdo nevymyslí. Tento stav ho nutil stále více cvičit a posilovat,

aby mohl být ještě více samostatný a nezávislý. Pravidelně jezdil do posilovny a do bazénu. V tomto období pro něj byla nejbližší osobou teta, se kterou si mohl povídat o svých problémech.

V září 2002 nastoupil na měsíční pobyt do Lázní Velké Losiny. Pochvaloval si pravidelný pevný denní řád, ale hůře snášel kolektiv starších lidí.

V prosinci 2002 se jeho stav náhle zkomplikoval těžkým zápallem plic, který si vyžádal hospitalizaci na plicním oddělení. Na zhoršení psychického stavu se podepsalo nejen prostředí samotného oddělení, skladba pacientů, ale i postupná ztráta kondice, kterou si tak pracně vydobyl. Nemohl cvičit, byl nucen dodržovat klid na lůžku.

Tento stav se začal zlepšovat až na jaře 2003. Začal opět plně rehabilitovat, posilovat a jezdit do bazénu. K výraznému zlepšení přispěl pobyt v Jánských Lázních v dubnu až květnu 2003. *„Tam jsme byli dobrá parta a podnikali jsme různé akce.“* Při usilovné rehabilitaci se i jeho fyzický stav nadále zlepšoval.

Po návratu domů se znovu začal cítit celkově nespokojený. Neměl pravidelný denní režim, ani práci. Měl sice kamarády, za kterými by mohl zajet a popovídat si, ale ti už sami měli rodiny a nechtěl je proto často „otravovat“. Přál si osamostatnit se. Trápily ho myšlenky: *„...zase jsem doma, nevydržím to tam, doma to bylo takový kolísavý, ne že by to bylo doma tak strašný, netrpěl jsem tam. Byl jsem doma, ale neměl jsem žádné aktivity a bydlet s lidma o dvě generace staršíma není snadné, natož, když má člověk nějaký problém a nemáte své soukromí. Říkal jsem si, ježiš, co já tady dělám a začal jsem si shánět nějaké bydlení.“*

V létě 2003 si pořídil vlastní byt, ale chyběla mu chuť a elán, aby si byt zařídil a mohl se přestěhovat a osamostatnit se. Zároveň ho také pronásledovaly obavy z večerní samoty. Neměl práci a cítil se nepotřebný, neužitečný. Tento stav nespokojenosti trval asi rok a půl.

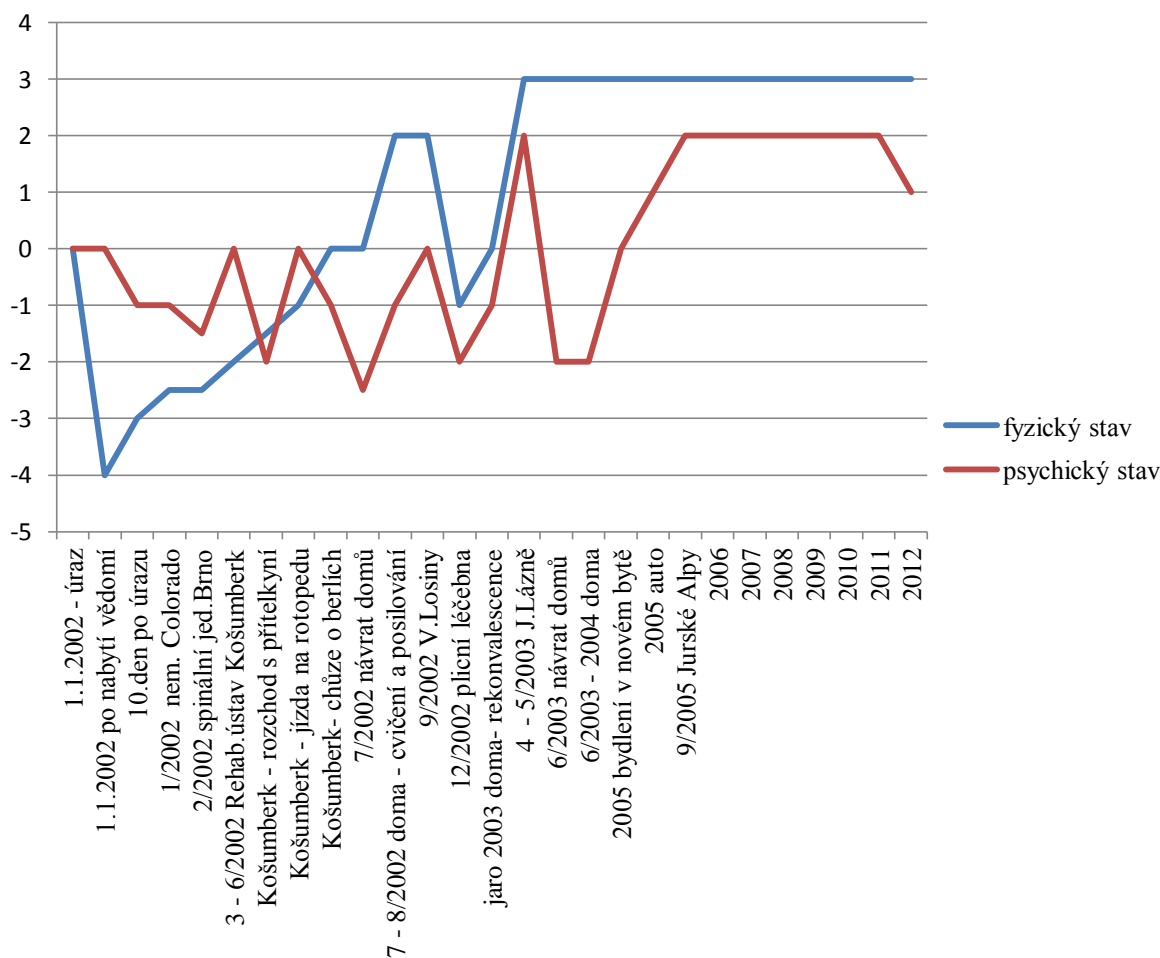
Velký obrat k lepšímu nastal na jaře roku 2005, kdy se rozhodl situaci radikálně změnit. S pomocí kamarádů upravil byt a přestěhoval se. O něco později si pořídil auto. Nebyli s tím žádné problémy, řidičský průkaz vlastnil a nikdo nezjišťoval, na kolik je nebo není schopen ovládat pedály. V září toho roku se také vypravil na 1.samostatnou výpravu do Jurských Alp, což posílilo jeho sebedůvěru a sebevědomí. Od té doby se začal cítit opravdu dobře. Brigádně pracoval a hodně cestoval. Uvědomil si hodnotu svého zdraví, to, jak je vrtkavé, a také potřebu se o něj starat.

Dnes se po fyzické stránce cítí dobře, se svým postižením je smířený. Ví, že již nebude chodit zcela normálně, ale i malý pokrok pro něj znamená velký úspěch. Uvědomuje si, že na sobě musí nepřetržitě pracovat, aby si svůj zdravotní stav udržel, případně o něco zlepšil. V současné době dokáže ujít i kratší vzdálenost bez pomoci francouzských holí.

Psychická stránka je více proměnlivá, v současné době prožívá pocit zklamání ze ztráty zaměstnání a stále více na něj dopadá pocit osamocení. Rád by navázal trvalý a kvalitní vztah, chtěl by mít vlastní rodinu, o kterou by se mohl starat.

10.1.3 Křivka posttraumatického rozvoje

Svůj pohled na průběh rozvoje psychického a fyzického stavu od doby úrazu dodnes zaznamenal muž č.1 následovně. Doplnující otázky ke křivce posttraumatického rozvoje viz příloha č.14.



Obr.5: Křivka posttraumatického rozvoje muže č.1

Nejdůležitější zlomové momenty v rozvoji jsou uvedeny v tabulce č.9.

(- negativní faktory, + pozitivní faktory).

Tab.9: Nejdůležitější momenty v rozvoji muže č.1

	Fyzická stránka		Psychická stránka	
1.1.2002 úraz	0	bezvědomí	0	bezvědomí
1.1.2002 den úrazu, před operací	-4	-po nabytí vědomí zjištění, že nemůže hýbat celou dolní polovinou těla	0	+celkově si závažnost stavu neuvědomuje, doufá, že se jeho stav vrátí k normálu; bolesti neguje
1/2002 10.den po úrazu	-3	+dostává korzet a začíná rehabilitovat, je posazován na vozík	-1	+cítí dotek na nohou –naděje, motivace -začíná si uvědomovat závažnost svého poranění + nepřipouští si, že by se stav neměl plně upravit
1/2002 nemocnice Colorado	-2,5		-1	+soc. opora - přítelkyně a kamarádi; +spokojenost s přístupem a péčí nem.personálu
2/2002 spinální jednotka Brno	-2,5		-1,5	-rozčarování nad přístupem ošetř. personálu (nešetrnost, neochota)
3– 6/2002 Rehabilitační ústav Košumberk	-2	+po fyzické stránce se nadále zdokonaluje, samostatnost v sebecpěči,	0	+zlepšování psych.stránky díky pokrokům v RHB
Rehabilitační ústav Košumberk	-1,5		-2	-rozchod s přítelkyní, cvičení mu nejde podle jeho představ
Rehabilitační ústav Košumberk	-1	+ jízda na kole	0	+opora – rodina + pravidelný režim, přístup personálu a spolupacientů +pevná vůle cvičit +nepřipouští si realitu, +četba
Rehabilitační ústav Košumberk	0	+ chůze o berlich	-1	- zjištění, že k dalšímu výraznějšímu zlepšení již nedojde a jeho stav se plně neupraví
7/2002 návrat domů	0		-2,5	-pocity odloučení, nikam nechodí, nemá soukromí, práci, chybí mu každodenní pevný režim
7 - 8/2002 pobyt doma	2		-1	+tento stav ho nutí stále více cvičit a posilovat, aby byl více samostatný a soběstačný; nejbližší osobou je teta, se kterou si může o svých problémech popovídat
9/2002 Lázně Velké Losiny	2		0	+pravidelná denní aktivita
12/2002 plicní léčebna	-1	-ztráta kondice	-2	-hospitalizace na plicním oddělení, skladba pacientů
jaro 2003 doma -	0	+začíná znovu rehabilitovat a jezdí do bazénu	-1	

rekonvalescence				
4 – 5/2003 Jánské Lázně	3	+zlepšování fyzického stavu	2	+dobrá parta
6/2003 návrat domů	3		-1	- nemá soukromí, pravidelný režim, práci, přání osamostatnit se
6/2003 –2004 doma	3	+nepřestává trénovat a posilovat	-2	-celková nespokojenost s vlastním životem; v létě si pořídil vlastní byt, ale chybí mu chuť, elán a inspirace, aby si byt zařídil, mohl se přestěhovat; obava ze samoty
2005	3		0	+rozhodnutí situaci změnit – přestěhoval se do nového bytu
2005	3		1	+pořízení auta
9/2005	3		2	+1. samostatná výprava do Jurských Alp - posílení sebevědomí, +brigádně pracuje, cestuje
2012	3		1	-pocit zklamání ze ztráty zaměstnání, stále více na něj dopadá pocit osamocení. Rád by navázal trvalý a kvalitní vztah, měl rodinu a stálou práci.

Nejdůležitější negativní a pozitivní faktory, které výrazně ovlivnily pacientův rozvoj od doby úrazu dodnes znázorňuje tabulka č.10 a 11.

Tab.10: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj fyzické stránky muže č.1

Fyzická stránka	
Negativní faktory (-)	Pozitivní faktory (+)
<ul style="list-style-type: none"> nepohyblivá celá dolní polovina těla ztráta kondice 	<ul style="list-style-type: none"> jízda na kole chůze o berlích zvyšování kondice a soběstačnosti auto

Tab.11: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj psychické stránky muže č.1

Psychická stránka	
Negativní faktory (-)	Pozitivní faktory (+)
<ul style="list-style-type: none"> • uvědomění si závažnosti postižení • nešetrné zacházení a neochota oš.personálu • stav mu nedovoloval cvičit podle jeho představ • rozchod s přítelkyní • zjištění, že se stav plně nevrátí k normálu • pocity odloučení, nedostatek kontaktu s vrstevníky • nedostatek soukromí • nemá pravidelný denní režim • touha osamostatnit se x obava ze samoty • nespokojenost, nedostatek elánu a inspirace • ztráta zaměstnání • touha mít práci a vlastní rodinu, být někomu užitečný 	<ul style="list-style-type: none"> • neuvědomuje si závažnost poranění • nepřipouští si realitu (že by se neměl plně uzdravit) • naděje v plné uzdravení • bolesti nemá • sebemenší zlepšení/pokrok po fyzické stránce – motivace, naděje • pevná vůle • sociální opora – rodina, kamarádi, lidé se stejným postižením • taktní a citlivý přístup oš.personálu • zlepšování samostatnosti v sebeděči, v pohybu • pravidelný denní režim/dostatek denních aktivit • osamostatnění se • návrat k zálibám, k činnostem, které provozoval před úrazem • práce

10.1.4 Polostrukturované interview

Co považujete za důležité?

Jaký je aktuální stav?

Jak se stav proměňoval od úrazu doted'?

Jak to vidíte do budoucna?

Domény:

- **Fyzické zdraví (tělesné zdraví, fyzická kvalita života)**

Zdraví, pohyb, celkový vzhled - současný stav, minulost

Samostatnost, soběstačnost – hygiena, výživa, oblékání

„Kvalita života ? No, jak si to kdo udělá, tak to má.

Hmmm, zdraví a soběstačnost, to je asi to nejdůležitější, aby se člověk o sebe postaral, byl zdravěj, moh se hejbat. Já jsem teď relativně zdravěj a všechno jakoby

zvládnou sám, ale dřív jsem nebyl soběstačnej, byl jsem závislej na pomoci druhých, a to bylo fakt blbý. Ale postupně jsem se vrátil tak jako do té soběstačnosti. Do budoucna, no to se musím furt snažit, abych zůstal soběstačnej, abych se normálně hejbal a zvládnul všechno sám.“

- **Psychická pohoda (psychická kvalita života)**

Emoce, vnímání, prožívání, sebeúcta, sebekontrola, životní spokojenost, životní cíle, pocit kontroly nad životem. Jakým způsobem jste se to snažil zvládnout?

„Po psychický stránce jsou tam pořád nějaký změny. Když jsem byl mladej, tak jsem si spoustu věcí neuvědomoval, a s přibývajícím věkem si člověk uvědomuje víc, víc nad vším přemejšlí. A co jsem dřív neřešil, tak teď už říkám: teď je to takhle, ale jak to bude za pár let. Emocím moc nepodléhám, svý pocity nedávám moc najevo, vyloženě. Všechno je pro mě dost důležitý, sebekontrola, sebeúcta, pocit kontroly nad životem, životní cíle. Aby byl člověk spokojenej, tak musí mít nějakej cíl. Momentálně se mi cíle ale moc nedaří naplňovat, prostě žiju tak normálně. Myslím, že svůj život si zatím kontroluju a vážím si sebe, co jsem po úraze dosáh.“

Do budoucna bych si přál, zaprví, aby se nezhoršila ta fyzická stránka, a zadruhé nějaká ta sociální taky. Jako bejt někde začleněnej nebo užitečnej. Nebejt sám, to je hodně důležitý. Chtěl bych práci, rodinnej život nebo život v nějakej společnosti.“

Byla vám v průběhu léčby nabídnuta psychologická pomoc?

„Nabízeli mi ji v Brně, ale já jsem se cejtil dobře. Domluvili sme se, že kdyby něco, tak že se na ně můžu obrátit, ale v té době jsem ji nepotřeboval. A co později, doma, když jste se necítil dobře? To sem taky nikde nebyl, nějak sem se to snažil zvládnout sám. Vždycky mně pomohly ty pobyty v lázních mezi vrstevníkama a taky kamarádi.“

Znáte nějaké svépomocné skupiny, které poskytují pomoc tělesně postiženým, např. organizaci Centrum Paraple, navštívil jste některou a pomohlo vám to v něčem?

„Paraple, jo to znám, ale nebyl jsem tam nikdy. Já jsem jezdil do lázní. Taky jsem o tom uvažoval, že bych tam jel na nějakej kurz, třeba počítačovej kurz, ale nevím, no. Nikdy jsem se k tomu nedostal. No tak sportu třeba jsem se věnoval sám.“

- **Sociální vztahy (socioekonomické)**

Partnerský vztah, rodina (podpora emocionální,..), přátelé, koníčky, zaměstnání, finanční nezávislost, využívání sociálních a zdravotních služeb, životní úroveň

„....rodina, partnerskej vztah, to je asi nejdůležitější, ale to nemám. Přátele. No a v dnešní době se taky všechno točí kolem těch peněz taky, bohužel. Bez peněz člověk nemůže taky žít.

Rodina..., no opora ted' pro mě moc není, protože bydlím sám, tak to není taková moc opora. Vím, že mám ještě mámu, ale člověk stejně musí žít něako tak sám. Člověk musí bejt spokojenej hlavně sám se sebou, žít, vytvářet si ten život, bejt nezávislej.

Přátele mám, mám spoustu známějch, ale ve finále, když je člověk sám a bydlí sám a ty přátele vidí jednou za čas, no tak moc nepomůžou. Úraz na přátele neměl vliv, ty, který jsem měl před úrazem, zůstali i ted'. Ten úraz na to nemá asi vliv.“

Co váš partnerský vztah? Před úrazem jste měl přítelkyni, která se s vámi potom rozešla.

„Ten partnerskej vztah, to si myslím, to je nezávisle, jestli je člověk po úraze nebo ne. Partnerský problémy mají lidi, ať jsou zdraví nebo nejsou, jakoby i normální lidi bez úrazu mají větší problémy než třeba vozičkáři. To si myslím, partnerský vztahy nejsou zhoršený třeba úrazem.

Sociální a zdravotní služby využívám. Každěj rok jezdím do lázní.

Koníčky, některý mi zůstaly, některý jsou trochu omezený. Největší změny asi nastaly v zaměstnání. Proto je i finanční nezávislost horší, člověk má menší možnosti a od toho se to všechno odvíjí. Ted' mám plný invalidní důchod, ale je to na takový běžný skromný život. Na nějaký rozhazování to rozhodně není.“

Jakou máte představu o práci, kterou byste chtěl dělat?

„Bavilo mě dělat kolem aut, nebo kolem cestování. Ted' nemám nějakou vyloženě vyhraněnou představu, co bych mohl dělat, možná si i zlepšovat, udržovat angličtinu.“

Jste spokojený se svojí životní úrovní?

„No tak já jsem celkem spokojenej,to spíš, aby ty sociální vztahy byly takový vyvážený, ale nějaký materiální, jestli člověk má, po tom určitě netoužím. Životní úroveň celkově v Český republice není špatná, když to člověk srovná s jinejma kulturama. I my, co si myslíme, že se tady máme špatně, tak stejně se tu máme nad poměry, máme kde bydlet, máme co jíst.“

- **Každodenní život**

Domácí aktivity, koníčky, volný čas, relaxační činnost, dosahování osobních cílů a tužeb, plány do budoucna, aktivity podporující udržení a rozvoj vědomostí a zručnosti, aktivity podporující udržení zdraví.

„Když nejsem linej, tak zvládám celkem všechno, ale poslední dobou se mi nějak nechce... zvládal jsem, teď to moc nezvládám, ale je to spíš o lenosti. Koníčky mám, ale je to o tom, jak se člověku chce a jakou má náladu. Když je mi nejhůř, tak poslouchám hudbu nebo si čtu knížky, to mně pomáhá.

Osobní cíle no, no tak jaký mám cíle? Teď jsem chtěl někam jet, ale to záleží, jestli na to máte peníze, abyste mohl někam jet, a těch teď moc nemám, když jsem přišel o brigádu. No abych úplně nezakrňel, tak jsem se učil nový anglický slovíčka nebo jsem si opakoval starý. A zručnost tu si spíš tak udržuju, ale do ničeho novýho jsem se nepustil.

Jinak hodně cvičím, občas chodím na rehabilitace, jezdím do fitka a do bazénu, nebo jezdím na kole, to musím furt, abych neztratil kondici, ta se pak těžko dohání a čím je člověk starší, tím to de hůř. Taky se trochu snažím jíst zdravě, ale někdy jím i nezdravě, někdy to zanedbávám. Je zajímavý, že když člověk ví, že něco dělá blbě, tak proč to dělá pořád blbě. Sám si moc nevařím, když tak něco jednoduchýho.

O zdraví jsem se staral i dřív, to jsem sportoval, běhal, lyžoval, do bazénu chodil i při práci. Teď to není, jako že bych se staral víc, ale spíš že jsem to směřoval k tomu, abych udržoval tu kondici spíš jako, né jako by zdraví, ale spíš jsem to směřoval na to, co jsem i ztratil dočasně, ten pohyb, tak jsem to věnoval tomu, abych se zase hejbal. No a to je pořád prostě.

Do budoucna bych chtěl být co nejdýl samostatnej a soběstačnej. To je to nejdůležitější, ta soběstačnost, protože někde spoléhat na někoho. Když se

rozhodnete, že někde chcete jít, tak tam dete. Ale kdyby jste měla na někoho spolíhat, tak to je to takový smutný. Nebo že jo, to přichází s věkem, člověk když mu bude osmdesát, tak to asi bere tak, že přijme pomoc, ale u mladýho člověka to je asi tak daný, prostě že člověk by měl bejt soběstačnej. A ne spoléhat, že někdo za něj něco bude dělat.“

- **Spiritualita**

Osobní hodnoty, přesvědčení, víra.

„Věřím, ale nevím ..., věřím, že když se člověk o něco jako by snaží, tak že se mu to vyplatí. Tak člověk se snaží něco naučit a věří, že do budoucna mu to bude nějak prospěšný, že to využije. Ale jinak věřící nejsem.“

Co je dnes pro vás ze všeho nejdůležitější?

„Nejdůležitější by pro mě byla psychická pohoda, vyrovnanost, nebo sounáležitost taková, jako že i člověk, když třeba jako člověk hůř chodí, tak prostě a je s tím vyrovnanej, tak to není taková tragedie, s tím se dá žít. Horší je, když člověk by furt naříkal nad tím, že nemůže chodit.

Nezávislost – hlavně člověk aby byl, i když má tu rodinu a má všechno, musí bejt spokojenej se sebou, aby byl nezávislej, i na tom nejbližším.

Psychická pohoda je, když je rodina a nezávislost.

Po úraze jsem už byl ve větší pohodě, než jsem teď. Celková situace, sociální vztahy. Na druhým místě, tak takový to běžný zdraví. A na třetím.....životní úroveň aby byla dobrá, peníze, ty k tomu jsou taky potřeba.

Rodina, to je to nejbližší, kam se člověk vrací z okolního světa do toho svého úkrytu, to asi člověka tak jako nejvíc podrží. Člověku dává takovou sílu. Rodina, to jsou ty nejbližší, co člověk má. Ta by byla taky na prvním místě.“

Co si myslíte, že by vám bývalo pomohlo zlepšit kvalitu života?

„Privítal bych více informací, co a jak dál. Co bych měl nebo mohl dělat. Sociální dávky, cosi nezjistíte, to nemáte. Člověk si to musel všechno zjistit sám. Nebylo to, že bych přišel na sociálku a tam mi řekli, na co mám nárok. Mám pocit, že je to tajný.“

Úraz to není jen, že hůř chodíte, ale člověk se dostane do úplně jiný dimenze . Že nechodíte do práce a že jako člověk vypadnete z takovýho koloběhu a těžko se do něj jako naskakuje, když člověk do něj nenaskočí hned , jako by čím to je dýl, tím to je horší. Člověk, když přestane něco dělat, pak by to měl znova začít dělat a začne o tom přemejšlet, jestli to má dělat, nebo nemá dělat, nebo to začne dělat jinak.

Já jsem před úrazem hodně dělal a třeba to přepracování byla možná jedna z příčin, proč se mi to stalo. No a pak jsem se začal věnovat tomu sportu, tak to mi pomáhalo se vrátit zas na nějakou fyzickou úroveň. A říkal jsem si, no tak práce není taky úplně všechno, a věnoval jsem se tomu sportu, ale pak člověk zjistí, že stejně to je takový prázdný, nejde furt se věnovat jenom sobě, jako by tělu. Člověk musí dělat i něco víc, no ale člověk se pak těžko vrací. Nebo pak když člověk zjistí, že nemá nějakou odbornost v něčem, nedělá svůj obor, no a copak má pak dělat, po deseti letech. Člověk musí znovu zjistit, co by chtěl dělat, co by ho bavilo. Já jsem byl na takovém počítačovém kurzu. To bylo od pracáku zaplacený, tam mi přišlo, že jsem se moc nenaučil, né víc, než jsem uměl. Je to takový těžký, když se přetrhne ta nitka, tak těžko se pak člověk vrací. Čím je dýl, tak tím hůř se pak vrací do nějakýho běžnýho života.“

V čem vidíte nedostatky v pomoci takto postiženým lidem?

„Třeba člověk po úraze dostane invalidní důchod, a když není tak nějak důslednej třeba a nebo tak tvrdej na sebe a nespěchá tak třeba do práce, tak může tu šanci promarnit. Třeba pak není schopnej se do tý práce zapojit. To je nejhorší, takovej paradox, když člověk se snaží teda, aby něco dělal, a ten úřad mu pak jako by ještě podrazí nohy, tím že mu sebere peníze.

Je prospěšný, dostane se mezi lidi a tím, že mu seberou peníze, tak ho jako by potrestaj. Oni řeknou: „, no jo, co on by to bral, když je schopnej“. Ale on se musí snažit o to víc, překonává třeba nějaký překážky, je třeba víc unavenej, ale zvládne to. Pro toho člověka hodně znamená, když to zvládne, to ho posouvá vejš, ale neví, jak dlouho to bude schopnej dělat, třeba on to teďka zvládá, ale za půl roku to třeba nebude schopnej zvládat. A třeba ten důchod, když vám ho třeba snížej a tím pádem se dostanete finančně níž a pak nebudete tu práci zvládat, tak si řeknete : „,no jo, tak já jsem se jak blbec snažil, mezi tím mně to snížili a já teďka už to nebudu

zvládat nebo se mnou nebudou spokojený a třeba mě i vyhodí a mně se ten důchod už nezvýší. Že ono je to takový kolísavý.“

10.1.5 Standardizovaný dotazník PTGI

Dosažené změny v jednotlivých doménách dotazníku PTGI jsou souhrnně znázorněny v tabulce č.12. Největší změny u muže č.1 nastaly ve vztazích s druhými lidmi a v pochopení života, porozumění životu.

Tab.12: Výsledky dotazníku PTGI u muže č.1

muž č.1		
	Prům. hodnota	
Vztahy s druhými lidmi	4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře
Nové možnosti	3	Taková změna u mě nastala v průměrné míře
Silné stránky jedince	3	Taková změna u mě nastala v průměrné míře
Změna v duchovní oblasti	2,5	
Pochopení života, porozumění životu	4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře

10.2 Zkoumaný případ č.2

10.2.1 Úraz a jeho následky

Muž č.2 po pádu na motorce na zledovatělé vozovce a nárazu do pevné překážky utrpěl těžké polytrauma. Po úrazu byl zhruba čtrnáct dní v bezvědomí, měl fraktury obratlů Th4 – Th7, kompletní lézi míšní, kontuzi mozku a plic, zlomeninu klíční kosti. Dnes je paraplegik, kompletně ochrnutý na obě dolní končetiny, se ztrátou citlivosti dolní poloviny těla a atonickým močovým měchýřem s nutností cévkování. Trpí na bolesti zad a ramenních kloubů. Občas u něho dochází k poraněním na dolních končetinách z důvodu anestezie.

10.2.2 Kazuistika

Vyučil se automechanikem. Před úrazem pracoval jako řidič nákladního vozu. K jeho zálibám patřilo modelování aut a motorek, četba, lyžování a jízda na motorce. Byl svobodný, nezadaný, ateista. Bydlel s rodiči a sestrou v rodinném domě.

Úraz se mu stal koncem února roku 2005, v té době mu bylo 26 let. Měla to být první „jarní“ vyjížďka na nové motorce. Na zledovatělé vozovce havaroval a narazil do pevné překážky. LZS byl transportován do traumacentra v Pardubicích. Z vyprávění matky ví, že byl dlouhou dobu v bezvědomí a poté udržován v umělém spánku. Lékaři rodině nedávali velké naděje.

Po nabytí vědomí si závažnost svého stavu neuvědomoval. Bolesti neměl. Byl nepohyblivý, kontakt možný pouze očima. Znovu se musel naučit mluvit. Když poprvé zjistil, že se nemůže hýbat, myslí si, že bral celou situaci celkem klidně. Domníval se, že se z toho „vyleží“ a vše bude jako dřív. Ale dle matky prý tak klidný nebyl. Věděl, že si za vše může sám, a měl na sebe zlost. V cizím prostředí se cítil bezradný a nejistý. Přál si být doma na pouť, která se konala v květnu, ať už na vozíku nebo o berlích. V této době mu velkou oporou byla maminka, která ho v nemocnici často navštěvovala a předčítala mu jeho oblíbené knihy, časopisy a pomáhala mu s adaptací na prostředí. Trpělivě a opakovaně mu vše vysvětlovala a později ho brala na projížďky do parku. Prvním velkým úspěchem pro něj byl pohyb HK.

V dubnu 2005 byl přeložen na spinální jednotku do Liberce, kde na něj opět negativně zapůsobilo neznámé prostředí a cizí lidé. Zdravotní stav se nezlepšoval podle jeho představ a začínal tušit, že se nesplní ani jeho přání být na pouť doma. V tuto chvíli si začal plně uvědomovat závažnost svého postižení. I tady mu byla velkou oporou maminka. Cennou motivací se pro něj stal vozičkář, díky kterému zjistil, že i na vozíku se dá dělat spousta věcí.

Z nemocnice v Liberci byl přeložen koncem června do Rehabilitačního ústavu v Košumberku. V té době jezdil samostatně na vozíku a zvládl se najíst. S ostatní péčí byl odkázán na pomoc druhé osoby. Tady se na prostředí celkem rychle zadaptoval. Na svůj zdravotní stav se nevyptával, měl obavy, že se dozví něco špatného, co by ho mohlo „zlomit.“ Zde sice udělal velký pokrok v rehabilitaci, ale nenastalo takové zlepšení, které stále očekával. Díky tomu, že pobýval mezi lidmi s podobnými problémy, a podpoře rodiny, kamarádů a ošetřující lékařky, se mu podařilo celou situaci celkem dobře zvládnout.

Na návrat domů se moc těšil. Propuštěn do domácího ošetřování byl v prosinci 2005. Doma ještě nebylo vše stavebně uzpůsobeno. Daleko větší zklamání následovalo z postoje otce, který se nedokázal se synovým postižením vyrovnat. Od té doby spolu nekomunikují.

Velkou oporou se pro něj stal kamarád s amputovanou DK, který ho neustále „hecoval a popichoval“ k lepším výkonům. Často říkal: „*Copak seš takovej srab, že tohle nedokážeš?*“ V létě pak společně vyráželi na zábavy a na výlety.

Znovu se vrátil ke svým zálibám, začal modelovat auta, motorky a nově začal vyrábět i různé drobnější předměty ze dřeva.

Po návratu domů začal také navštěvovat Centrum Paraple, kde si našel spoustu kamarádů, kteří pro něj byli velkým vzorem. Pořídil si auto na ruční ovládání. Zkušební jízdu absolvoval s instruktorem z Centra Paraple. To velmi pozitivně ovlivnilo jeho psychickou stránku. Stal se daleko samostatnější a nezávislejší. Auto mu také umožnilo být prospěšný svému okolí. Mohl maminku odvézt k lékaři, na nákup, apod. V roce 2008 si splnil svůj chlapecký sen a pořídil si čtyřkolku, která se pro něj stala symbolem volnosti a nezávislosti.

V současné době se po fyzické stránce cítí relativně dobře. Stále vytrvale a pravidelně cvičí. 1x za rok jezdí do Lázní Velké Losiny nebo do Rehabilitačního ústavu Košumberk.

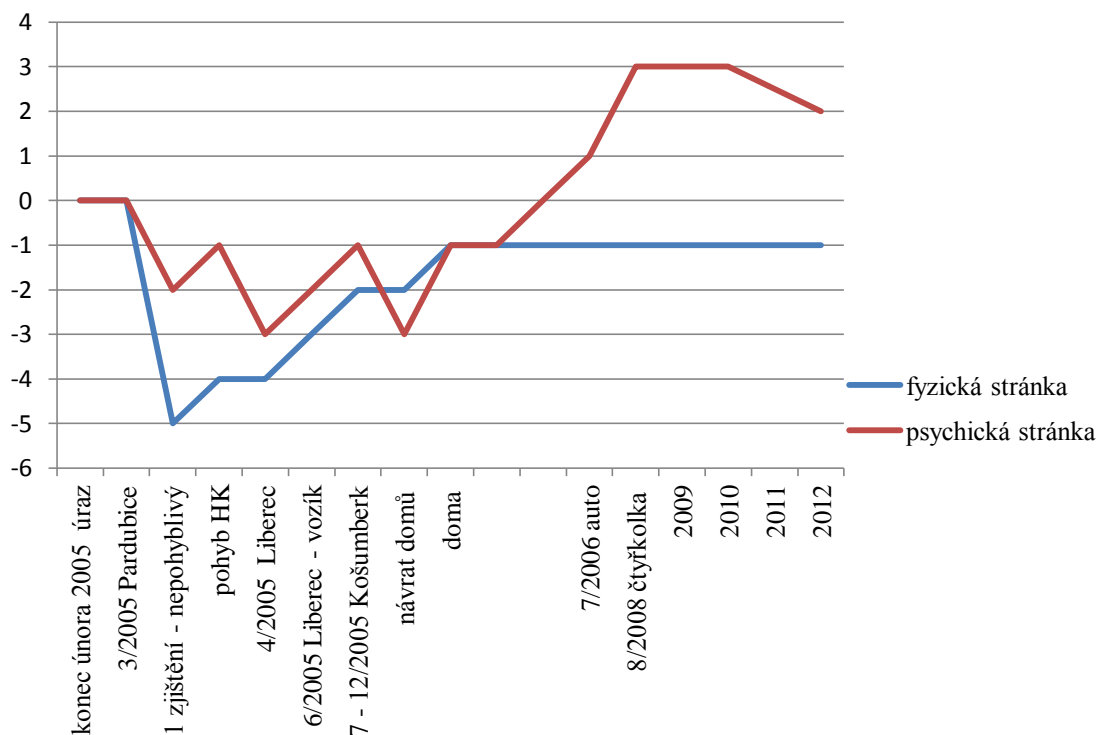
Občas mívá drobná poranění, jako odřeniny, popáleniny na dolní polovině těla pro necitlivost. Pobolívají ho záda a ramena, ale vše se snaží brát sportovně. Stále věří a doufá, že se jednou něco zlomí a bude moci znovu chodit, bez této naděje pro něj veškeré snažení ztrácí smysl. Jeho motivací jsou i sebemenší zlepšení, zdokonalení, která se mu v rámci rehabilitace podaří.

Po psychické stránce se cítí celkem dobře. Ovšem čím dál častěji si začíná uvědomovat, že mu schází vlastní rodina, partnerka, práce. Rád by se ještě více osamostatnil, zařídil si vlastní bydlení, ale má obavu, že by to sám nezvládl.

Do budoucna by si také přál podnikat ještě více aktivit jako jeho kamarádi – vozičkáři, ale přiznává, že překážka je v jeho lenosti.

10.2.3 Křivka posttraumatického rozvoje

Muž č.2 zaznamenal svůj pohled na průběh rozvoje psychického a fyzického stavu od doby úrazu dodnes následovně (viz obr.č.6). Doplňující otázky ke křivce posttraumatického rozvoje najdeme v příloze č. 15.



Obr.6: Křivka posttraumatického rozvoje muže č.2

Nejdůležitější zlomové momenty v rozvoji jsou uvedeny v tabulce č.13.

Tab.13:Nejdůležitější momenty v rozvoji muže č.2

	Fyzické strádání		Psychické strádání	
konec 2/2005 úraz	0	bezvědomí	0	
3/2005 traumacentrum Pardubice	0		0	bezvědomí, pak udržován v umělém spánku
traumacentrum Pardubice	-5	-poprvé si uvědomil, že se nemůže hýbat	-2	+bral celou situaci klidně, závažnost postižení si neuvědomoval, domníval se, že se z toho „vyleží“ a vše bude jako dřív; -neznámé prostředí -pocit bezradnosti a nejistoty , +opora (matka)
traumacentrum Pardubice	-4	+pohyb HK	-1	+první úspěch + adaptace na prostředí
4/2005 spinální jednotka Liberec	-4		-3	-cizí prostředí, zdravotní stav se nezlepšoval dle jeho představ, začal si plně uvědomovat závažnost svého postižení, zklamání, že se jeho přání být brzy doma nesplní
4 – 6/2005 spinální jednotka Liberec	-3	+ začal jezdit na vozíku a zvládl se samostatně najist	-2	+ motivace (vozičkář, který zvládal spoustu věcí), pokrok v RHB
7 – 12/2005 Rehabilitační ústav Košumberk	-2	+zlepšení sebezpečí	-1	-nenastává očekávané zlepšení +stejně postižení, časté návštěvy rodiny, kamarádů, přístup oš.lékařky +nabytí samostatnosti v sebezpečí.
12/2005 návrat domů	-2		-3	-zklamání z postoje otce, nedokončené staveb. úpravy v bytě
od 1/2006 - pobyt doma	-1	+cvičení (zlepšování kondice)	+1	+opora (kamarád, maminka) +Centrum Paraple (noví přátelé)
7/2006	-1		+2	+auto na ruční ovládání (samostatnost a nezávislost, prospěšnost svému okolí)
8/2008	-1		+3	+čtyřkolka (splněný chlapecký sen, volnost, samostatnost, možnost kontaktu s kamarády)
2012	-1	cítí se relativně dobře, cvičí a doufá v možné zlepšení	+2	čím dál častěji pociťuje potřebu osamostatnit se, mít vlastní bydlení, práci a rodinu

Nejdůležitější negativní a pozitivní faktory, které výrazně ovlivnily pacientův rozvoj od doby úrazu dodnes znázorňuje tabulka č.14 a 15.

Tab.14: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj fyzické stránky muže č.2

Fyzická stránka	
Negativní faktory (-)	Pozitivní faktory (+)
<ul style="list-style-type: none"> • nepohyblivost • nedokončené úpravy v bytě 	<ul style="list-style-type: none"> • pohyb HK • zlepšování kondice

Tab.15: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj psychické stránky muže č.2

Psychická stránka	
Negativní faktory (-)	Pozitivní faktory (+)
<ul style="list-style-type: none"> • uvědomění si situace • neznámé prostředí, cizí lidé • nezlepšování zdravotního stavu podle představ • nesplněné přání • zklamání z postoje otce • chybí mu práce, vlastní bydlení, rodina 	<ul style="list-style-type: none"> • vážnost situace si neuvědomoval • doufal, „ že se z toho vyleží“ • opora – matka, sestra, kamarádi • přístup lékařky • motivace – podobně postižení, sebemenší zlepšení zdrav.stavu • zlepšení samostatnosti a soběstačnosti • centrum Paraple • auto na ruční ovládání (samostatnost, nezávislost, prospěšnost jiným) • čtyřkolka (splněný sen, volnost, možnost kontaktu s kamarády)

10.2.4 Polostrukturované interview

Co považujete za důležité?

Jaký je aktuální stav?

Jak se stav proměňoval od úrazu doted'?

Jak to vidíte do budoucna?

Domény:

- **Fyzické zdraví (tělesné zdraví, fyzická kvalita života)**

Zdraví, pohyb, celkový vzhled - současný stav, minulost

Samostatnost, soběstačnost – hygiena, výživa, oblečení

„Když jsem byl malej, tak jsem byl dost často nemocnej (bronchitidy) a léčil jsem se s astmatem. Taky jsem kvůli tomu jezdil od tří let do lázní. To bylo dost blbý, byl jsem tam sám, bez mámy, ale dřív to nešlo, aby tam byla s váma. Taky jsem míval záchvaty, ne epi. Poprvé se objevily v lázních a pak doma. Dostal jsem nějaký léky a po nich to přešlo. Ted' se, v rámci možností, cejtím zdravej, na vozejku se uvezu, dá se říct , že na vozejku se dostanu tam, kam chci. Celkový vzhled, ten беру takový, jaký to je. Taky mě bolejí záda a ramena z toho vozejku, ale občas hodím nohu přes nohu ...a vono to zas na chvíli přejde.

Na první místo bych dal pohyb. Ten bych chtěl polepšit. Když bych se hejbal, tak by...

Po úrazu jsem se nejdřív skoro vůbec nehejbal. Pak se to trochu zlepšilo a začali mě posazovat. Ze začátku jsem se najedl, i když levá ruka byla horší. Ale koupala a oblíkala mě mamka, to jsem se naučil až v Luži. Ted' už zvládám skoro všechno sám, jen si neuvařím , protože to neumím, jen kafe a čaj, a taky nemáme uzpůsobenou kuchyň, aby tam mohl vozíčkář vařit.

Doufám, že do budoucna to bude lepší a lepší.“

- **Psychická pohoda (psychická kvalita života)**

Emoce, vnímání, prožívání, sebeúcta, sebekontrola, životní spokojenost, životní cíle, pocit kontroly nad životem. Jakým způsobem jste se to snažil zvládnout?

„Emoce, když se vyhrotí, tak vybuchnu. Jinak jsem na sebe docela pyšnej, ale chtělo by to ještě někam dál. Jsem docela splachovací, ale když už pohár přeteče, tak vybuchnu. Chtěl bych něco dělat, už mě to doma nebaví, ne pořád sedět u počítače, jak mi to všude nabízej, dělat něco rukama, nesesdět, nečumět. Já jsem dělal automechanika na nakládákách, tak jsem zvyklej na malinko větší věci. Na práci jsem se ptal, ale to jsou jen samý kancelářský práce.“

Jakou máte představu o práci, kterou byste chtěl dělat?

„Rád bych třeba zas opravoval auta, to mě bavilo. Prostě dělat, vyrábět něco pořádnýho rukama. Práce na počítači mě fakt nebere.

No a cíl a velký přání je zlepšit se v pohybu a něco dělat.“

Byla vám v průběhu léčby nabídnuta psychologická pomoc?

„Nevím o tom. Mně hodně pomohli kamarádi, jak ty, co sem měl z dřívějšíka, tak ty, s kerejma sem se poznal v Košumberku.“

- **Sociální vztahy (socioekonomické)**

Partnerský vztah, rodina (podpora emocionální,..), přátelé, koníčky, zaměstnání, finanční nezávislost, využívání sociálních a zdravotních služeb, životní úroveň.

„Jsem sám, bez vlastní rodiny. Před úrazem jsem žádnéj vážnej..., to nic nebylo, teďka to jsou taky jen samý kamarádky. Do budoucna ...no snažím se no ...

Doma mně nejvíc pomáhá mamka.

Finančně jsem zatím nezávislej. Předtím jsem toho moc neušetřil, teď jak jsem doma, tak ušetřím víc, ...z toho mála. Ale vyjdu s tím.

Životní úroveň... bydlím doma, u rodičů, kdyby bylo s kým, tak bych se nejrači víc osamostatnil. Sám bych to nezvládl. Ale při nejhorším taky vydržím. Ale občas potřebuju s někým promluvit.“

Jste spokojený se svojí životní úrovní?

„Nestěžuju si, snažím se vyjít s tím, co mám, a moc nenaříkat. Samozřejmě, že jsou věci, který bych chtěl změnit. Ale některý věci nejsem schopnej sám ovlivnit, a to mě s... Tomu se člověk musí jen podřít, protože s tím nic nenadělá. Ted' třeba omezili počet cévek, ted' jich je na čtvrt roku 450kusů. Já se často cévkuju, často musím a ted' mi to nevyhází. Tak musím cévky dokupovat, a to balení stojí přes dva tisíce, těch třicet cévek. Ted' to takhle nastavili, tak se s tím snažím vyjít. Prostě neschválně víc, ani o den dřív, hlídaj čtvrt roku a dřív mi to nenapíšu, s tím se nedá hnout. Dřív jich dávali šest set, to bylo dobrý, měl jsem i zásoby, ale ty mi už došly.“

- **Každodenní život**

Domácí aktivity, koníčky, volný čas, relaxační činnost, dosahování osobních cílů a tužeb, plány do budoucna, aktivity podporující udržení a rozvoj vědomostí a zručnosti, aktivity podporující udržení zdraví.

„Nákup přinesu, ale nevařím, co zvládám, tak pomůžu. Ale v pokoji mám svůj pořádek, tam si uklízím sám. Koníčky, ty mi vlastně zůstaly, modely, auto, knížky a ted' čtyřkolka. Volný čas ... asi nejvíc vypnu, když se můžu projet na čtyřkolce, přes léto jezdím skoro za každého počasí a někdy přijedu i zmoklej. Jo, sen jsem si splnil tou čtyřkolkou, tu sem si moc přál.

Nic novýho se neučím, ale dělal jsem třeba dřevěný podložky, v dílně co zvládnu, u stolu, tam řezu, piluju...

O zdraví se snažím pečovat. Jednou týdně chodím do fitka, posilovat ruce. Jím všechno, furt ovoce, zeleninu, na jaře a na podzim vitamíny. Trpím na zácpu, tak si vařím senu, ke snídani jím vlákninu a aktivii (zdravou snídani), na to si dbám sám. Tekutiny, ted' co omezili ten počet cévek, tak nic moc, no, tak piju málo, piju celkově míň“.

- **Spiritualita**

Osobní hodnoty, přesvědčení, víra.

„Pořád věřím, že to může bejt ještě lepší, když se budu snažit.“

Co je dnes pro vás ze všeho nejdůležitější?

„Mít svoji rodinu nějakou, být samostatnej, soběstačnej, být co nejmiň závislej na těch ostatních.“

Co si myslíte, že by vám bývalo pomohlo zlepšit kvalitu života?

„Kdybych měl nějakou pořádnou práci, která by mě bavila. Člověk by se cejtil hned užitečnej a měl by i větší možnosti osamostatnit se. Ve svém věku se cejtit nepotřebnej, je strašný.“

V čem vidíte nedostatky v pomoci takto postiženým lidem?

„Asi v těch sociálních dávkách, stále méněj podmínky a de to spíš k horšímu. Na úřadech se taky pořádně nic nedovíte, máte jen pocit, že všechny otravujete.“

10.2.5 Standardizovaný dotazník PTGI

Dosažené změny v jednotlivých doménách dotazníku PTGI jsou souhrnně znázorněny v tabulce č.16. Největší změna u muže č.2 nastala v pochopení života, porozumění životu.

Tab.16: Výsledky dotazníku PTGI u muže č.2

muž č.2		
	Prům.hodnota	
Vztahy s druhými lidmi	3	Taková změna u mě nastala v průměrné míře
Nové možnosti	2	Taková změna u mě nastala jen v malé míře
Silné stránky jedince	3,5	
Změna v duchovní oblasti	1	Taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace
Pochopení života, porozumění životu	4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře

10.3 Zkoumaný případ č.3

10.3.1 Úraz a jeho následky

Muž č.3 se při jízdě na motorce srazil s nákladním vozidlem, utrpěl traumatickou amputaci (exartikulaci) LDK v kolenním kloubu bez možnosti replantace. Po celou dobu byl při vědomí. Dnes používá bionickou protézu.

10.3.2 Kazuistika

V době dopravní nehody mu bylo 24let. Měl vystudovanou SZŠ, 4 roky pracoval jako výjezdový hasič profesionál. K jeho zálibám patřila jeho práce, sport, jízda na motorce. Žil s přítelkyní a svou babičkou ve zrekonstruovaném domě. Byl a je věřící.

Úraz se mu stal v srpnu 2004 při cestě do Českého ráje, kam jel lézt po skalách. Při jízdě na motorce mu z vedlejší silnice vjel do cesty nákladní vůz. Po celou dobu byl při vědomí, na vše si pamatuje. Zpočátku si vůbec neuvědomoval, co se mu vlastně stalo, bolest necítil. Že má amputovanou nohu, zjistil až ve chvíli, když se chtěl postavit. Popisuje to jako šok, pocit zmaru. Rychle ale převládlo racionální uvažování a jednání. Pahýl si sám zaškrtil a zavolal záchrannou službu. Domnívá se, že: „*to byla taková automatika, to prostě člověku sepne, jak je naučenej od těch zásahů a prostě, co je potřeba, udělá,...*“ Říkal si: „...*je to špatný*“, ale doufal, že amputovaná část končetiny půjde přišít. Hlavou mu proběhlo, že se to celé asi mělo stát, „*nějaký zásah, znamení z nebe.*“ Současně byl také zklamaný, že už do Českého ráje nedojede. ZZS byl transportován do traumacentra v Pardubicích.

Zhoršení psychického stavu nastalo po operaci, když se s určitostí dozvěděl, že amputovaná část končetiny nešla replantovat. V tu chvíli mu bylo jasné, že přijde také o práci. Přesto ve skrytu duše doufal, že by mohl být přeložen alespoň na operační středisko.

Celý život byl aktivní člověk, chtěl se oženit s přítelkyní, mít rodinu. Během chvíle se mu život otočil naruby. Oporou mu v té době byla hlavně přítelkyně, která si ho brala na víkendy domů, pak rodiče a kamarádi, kteří za ním často jezdili a o všem, i o nehodě, s ním hovořili.

Po čtyřech týdnech byl propuštěn z nemocnice asi na čtrnáct dní domů. Neměl ještě protézu, jezdil na vozíku nebo chodil o berlích, noha ho bolela a jizva se mu špatně hojila. Každé dva až tři dny musel jezdit na chirurgické oddělení na převazy. V té době, i když byl

doma mezi svými, se necítil vůbec dobře. Nejvíce mu vadila nečinnost, nesamostatnost a závislost na pomoci druhých. V tuto dobu mu opět velmi pomohly návštěvy rodičů a kamarádů.

Koncem září 2004 nastoupil do Rehabilitačního ústavu v Košumberku, kde byl hospitalizován do ledna 2005. Pobyt v Košumberku pro něj moc znamenal. Nejenže koncem prosince dostal svoji první protézu, ale získal zde i nové, podobně postižené přátele, díky nimž si uvědomil, že jeho zranění není natolik závažné a že se s ním nechá docela dobře žít.

Po návratu domů zkontaktoval Centrum Paraple. Jezdil s nimi na lyže, na monoski. V létě skákali s padákem nebo jezdili na vodu. Říkal si: „*život je krátkej a chci si ho ještě užít. Život mi dal přes držku, tak mu to vrátím.*“ Aby nepropadal špatné náladě, vracel se také k činnostem a zálibám, které dělal před úrazem. Hodně trénoval a posiloval, chodil plavat. Začal znovu jezdit autem, později si pořídil i čtyřkolku. Často chodil mezi přátele, aby nebyl sám. Snažil se věci moc neřešit a netrápit se jimi. „*Nejde to tak, no tak to jde pomalejc, ...*“

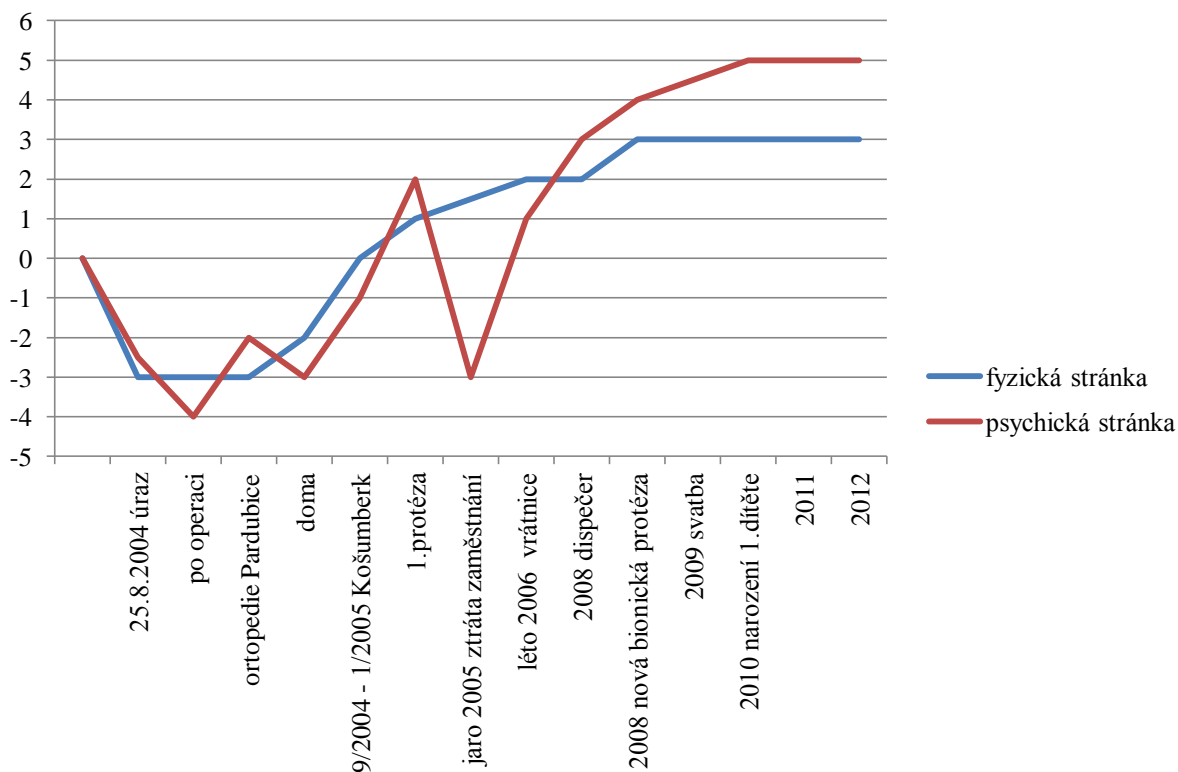
Velké zklamání přišlo na jaře 2005, když kvůli změněnému zdravotnímu stavu přišel o zaměstnání a bohužel se nesplnilo ani jeho přání být přeřazen na jiné místo. Rok pobýval na neschopence. Fyzicky se cítil dobře, ale chyběla mu práce.

V létě 2006 mu kamarádi hasiči sehnali místo vrátného v automobilce. V té době si stále častěji začínal uvědomovat, že mu bude třicet a rád by založil rodinu. Ale chtěl se nejprve „postavit na vlastní nohy“, aby nebyl přítěží a dokázal se o rodinu postarat. Po dvou letech úspěšně absolvoval konkurz na dispečera obrany závodu.

I když mu stále chybí „akčnost a adrenalin“, které byly spojené s původní profesí hasiče, dokázal si najít kladné stránky na současné práci; lepší platové ohodnocení, lepší pracovní doba a tím pádem i více volného času. V roce 2008 dostal novou bionickou protézu, což mu umožnilo daleko kvalitnější pohyb a významně kladně se to odrazilo i na jeho psychické stránce. V roce 2009 se oženil se svojí přítelkyní. O rok později se jim narodilo 1.dítě. V roce 2012 přibyla do rodiny ještě dvojčata. Se současným způsobem života je nyní spokojený.

10.3.3 Křivka posttraumatického rozvoje

Muž č.3 zaznamenal svůj pohled na průběh rozvoje psychického a fyzického stavu od doby úrazu dodnes následovně (viz obr.č.7). Doplňující otázky ke křivce posttraumatického rozvoje nalezneme v příloze č.16.



Obr.7: Křivka posttraumatického rozvoje muže č.3

Nejdůležitější zlomové momenty v rozvoji jsou uvedeny v tabulce č.17.

Tab.17: Nejdůležitější momenty v rozvoji muže č.3

	Fyzické strádání		Psychické strádání	
25.8.2004 úraz	-3	-ztráta DK	-2,5	- šok, pocit zmaru, + naděje, že noha půjde přišít
po operaci	-3		-4	- zjištění reality, nejistota, zmařené plány
ortopedické oddělení Pardubice	-3		-2	+ opora (partnerka, rodiče a kamarádi)
doma po propuštění z nemocnice	-2		-3	- nečinnost, nesamostatnost, závislost na pomoci druhých + opora (rodina a kamarádi)
9/2004 – 1/2005	0		-1	+ noví přátelé, díky nim si uvědomil, že jeho zranění není natolik závažné,

Rehabilitační ústav Košumberk				a že se s ním nechá docela dobře žít + pomoc (sociální sestra) + opora (rodina, kamarádi)
12/ 2004	+1	+ 1.protéza	+2	+ 1.protéza
jaro 2005	+1,5		-3	- ztráta zaměstnání
léto 2006	+2		+1	+ kamarádi hasiči mu pomohli sehnat nové zaměstnání
2008	+2		+3	+ úspěšně absolvoval konkurz na dispečera obrany závodu
2008	+3	+ nová bionická protéza	+4	+ nová bionická protéza
2009	+3		+4,5	+ svatba
2010	+3		+5	+ narození 1.dítěte
2012	+3		+5	+ narození dvojčat

Nejdůležitější negativní a pozitivní faktory, které výrazně ovlivnily pacientův rozvoj od doby úrazu dodnes znázorňuje tabulka č.18 a 19.

Tab.18: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj fyzické stránky muže č.3

Fyzická stránka	
Negativní faktory (-)	Pozitivní faktory (+)
<ul style="list-style-type: none"> • ztráta DK • nemožnost vykonávat určité sportovní aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> • protéza

Tab.19: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj psychické stránky muže č.3

Psychická stránka	
Negativní faktory (-)	Pozitivní faktory (+)
<ul style="list-style-type: none"> • prvotní šok, pocit zmaru • zjištění skutečnosti • nejistota • zmařené plány • nečinnost • nesamostatnost a závislost na druhých • ztráta zaměstnání 	<ul style="list-style-type: none"> • naděje, že noha půjde přišít • opora (partnerka, rodiče, kamarádi) • noví přátelé • uvědomění si, že jsou lidé, kteří jsou na tom mnohem hůř • sociální sestra • zlepšení možnosti pohybu (protéza) • nová zaměstnání • svatba • narození dětí

10.3.4 Polostrukturované interview

Co považujete za důležité?

Jaký je aktuální stav?

Jak se stav proměňoval od úrazu doted'?

Jak to vidíte do budoucna?

Domény:

- **Fyzické zdraví (tělesné zdraví, fyzická kvalita života)**

Zdraví, pohyb, celkový vzhled - současný stav, minulost

Samostatnost, soběstačnost – hygiena, výživa, oblečení

„Zdraví je asi vždycky na prvním místě a samozřejmě soběstačnost, že se člověk snaží být, aby člověk nemusel někoho zatěžovat. Pohyb, ten je samozřejmě taky důležitější, aby moh být soběstačnej.

Teď je to dobrý, jsem zdravěj, samostatnej, soběstačnej. Zrovna dělám na nový protéze, po čtyřech letech mám nárok na novou, tak doufám, že to bude ještě lepší. Díky tý protéze, modernější, lepší, tahle už začíná mít taky svoje mouchy. A to, jak mi bude fungovat zbytek mého těla, to se uvidí, no. No chce to trochu něco dělat, hejbat se a tak. A jinak myslím si, že pohybu mám dost. Teď jsem objednal wellness pobyt, aby si mamka taky trochu orazila od těch našich raubířů, tak jedem do Krkonoš. Jedem s dětma a musím tam víc jako tatínek zafungovat.“

- **Psychická pohoda (psychická kvalita života)**

Emoce, vnímání, prožívání, sebeúcta, sebekontrola, životní spokojenost, životní cíle, pocit kontroly nad životem. Jakým způsobem jste se to snažil zvládnout?

„Tenkrát to bylo v pohodě, neříkám, že bohémskej život, ale takovej pohodovej. Dělalo se spoustu narozeninových párty, sešla se rodina a spousty známých a kamarádů. To se samozřejmě nezměnilo od té doby, snad jen trochu, teď s těma dětma. Každý už má další svoje závazky.

Určitě se to od té doby přehodnotilo, dřív nad tím člověk tolik nepřemejšlel. Dřív člověk nepřemejšlel nad tím, jestli je zdravější, jestli má nějaký psychický ty. Ale já si myslím, že žijem spokojeně, v pohodě, že se jako moc nestresuju.

Já se psychicky v pohodě budu cejtit, když bude doma všechno v pořádku. My raci jsme takový rodinný typy. Když budou doma všichni zdraví a v pořádku. Bude fungovat protéza, aby byl člověk samostatnější a nezávislejší, aby nic nebolelo a abych se dokázal postarat o rodinu.“

Byla vám v průběhu léčby nabídnuta psychologická pomoc?

„Jediný psychologický vyšetření musím podstoupit až teďka, protože potřebuju novou bionickou protézu. V nemocnici si nepamatuju nebo mi to možná nedošlo, že by tam byl někdo takovej, že by za mnou někdo přišel. Byli za mnou z práce a to jsem byl propuštěnej už z Pardubic, z práce od hasičů, přijeli vlastně ano, psycholog a podnikovej hasič. Vůbec si neuvědomuju, že by se mnou v nemocnici někdo takovej mluvil. V Luži vím, že tam byla jako by sociální sestra, která tam přišla a spoustu věcí mi zařídila, kvůli ZTPěčku a takovým věcem, co tam bylo potřeba, pojištění a takový. To byla docela fajn služba tam. Ale na psychologa, co si vzpomínám, tak až doma od zaměstnavatele. Ale s kamarádama, co za mnou jezdili, jsme to hodně probírali.“

• **Sociální vztahy (socioekonomické)**

Partnerský vztah, rodina (podpora emocionální,..), přátelé, koníčky, zaměstnání, finanční nezávislost, využívání sociálních a zdravotních služeb, životní úroveň.

„Určitě je pro mě důležitá spokojená rodina, zdraví, ekonomická nezávislost samozřejmě taky. S tím tak problém moc není, když člověk moc nehýří a žije normálním životem.

Ted' jsem spokojenej, dobrá práce, partnerskej život i rodinnej. V rodině ted' máme trochu mazec, ted' se mi narodili dvojčata, páreček a ještě máme kluka. Takže práce plno, ale je to super.

Před tím bylo kupa kámošů a dneska, když to vidím, tak těch přátel je hodně málo, jo. Některý, který jsem považoval za přátele, tak už to není takový.

Do budoucna mám trochu obavy, aby nepřišla nějaká velká krize, protože tím pádem by pak šel automobilový průmysl jako první do kytek a moh bych přijít o práci.

Beru invalidní důchod 1. stupně, stát dohromady skoro nic nepřispívá, když jsem žádal o nějaký příspěvek, tak to je hrozný ...ze začátku jsem dostal nějaký příspěvky na úpravu na bydlení a na auto, ale teď už nemám nárok na nic a to jen proto, že mám nohu amputovanou v koleni a ne v kyčli, z medicínského hlediska je to stejný, ale...ale pro pětikorunu si vrtat koleno nebudu.

Nejvíce mi se vším poradila sociální pracovnice v tý Luži, ta přišla s papíry a pomohla mi je vyplnit a řekla mi „na tohle máte, na tohle nemáte nárok“. Tady mám hrozný zkušenosti s úřadama, lepší je tam nechodit. Tam si člověk připadá jako žebrák. Nic se od nich nedozvíte, podaj vám jen částečný informace. Já jsem si hodně věcí pozjistil sám, když jsem jezdil jako instruktor na tábor mentálně postižených a týraných dětí. To pořádala sociálka, tak to vím od těch kamarádek, ty mi řekly, na co mám nárok. Paradox byl, že to, co normálně proplácí jinde, tak u nás to nejde. Jsou v tom velký rozdíly, kraj od kraje.“

- **Každodenní život**

Domácí aktivity, koníčky, volný čas, relaxační činnost, dosahování osobních cílů a tužeb, plány do budoucna, aktivity podporující udržení a rozvoj vědomostí a zručnosti, aktivity podporující udržení zdraví.

„Svépomocí jsem si přestavoval domeček, takže jsem si tam skoro všechno dělal sám. No koníčky no, na ty teďka není moc čas. Dřív jo, to jsem dělal spoustu věcí a vlastně nejvíce asi po úraze, ale teď už na to s dětma není moc čas. Teď ta rodina hlavně, nějaký to cestování, zážitky, zaplavat si.

Relaxuju hodně prací okolo baráku, tam je pořád co dělat, teď jsem předělával skleník. Před dvouma rokama jsem si postavil takovou krásnou dílnu a dvojgaráž velkou pěknou. Máma mně nadává, že tam jsem víc než doma.

Taky jezdím v autě, na kole a koupil jsem si čtyřkolku, takže jsem na říditka nezanevřel. Z řízení jsem strach neměl, ale spíš z toho, že kdybych potřeboval něco víc reagovat, že třeba rychle dát levou nohu na zem, zastavit, z toho mám trochu strach. Mně se vždycky líbilo sednout na motorku a jet někam na výlet, ne se s někým předhánět. U auta nikdo neřešil, jestli mám nějaký omezení na řízení. Já jsem to vyřešil tak, že jsem si koupil auto s automatickou převodovkou.

Plány do budoucna? Největší je, tu rodinu uživit, zabezpečit dobře, dobře vychovat hlavně. Cestovat bych chtěl víc, a taky s tím během, že si na to občas vzpomenu.

V práci jsme dřív museli splňovat nějakou kondičku, ale že nějak aktivně to ne, dělal jsem tak všechno, florbal jsem chodil hodně hrát. Tak všestranně, v tý směně s těma hasičema, na kolo, tamhle se šlo na běžky.

Počítače jsem se musel nově naučit, nikdy jsem nepatřil mezi ty typy, co jedou internet, počítač, hry. To mě nikdy nebavilo. Teď jsem se to musel kvůli práci naučit.

Lázně každý rok, dostáváme příspěvek z práce, tam nám půlku platí zaměstnavatel a půlku posílám na pojišťovnu. A občas, když už se nemůžu hnout nebo když mně sekne v zádech, tak jdu na nějakou masáž, ale to teda trochu taky flákám. Přitom máme přímo v zaměstnání rehabilitaci, kam bych moh chodit, ale jsem fakt blbej, prostě těch dvanáct hodin tam dřepím u počítačů, ještě taková ta, u těch počítačů. Pak se člověk diví, když je celej hrbatej.

Jiný aktivity, přes léto plavání.

Snažím se jíst trochu zdravějc, podstoupil jsem i detoxikační kúry. To manželka vždycky něco vymyslí, přijde s nějakým dobrým nápadem. Se zdravím člověk nehazarduje už jako dřív, samozřejmě. Nikdy jsem nepatřil mezi ty bezhlavý jezdce, nebo takový ty dobrodruhy, který do toho jdou bezhlavě, ale dneska člověk nad tím víc přemýšlí. Na jaře jsem si zvrtnul kotník na druhý noze a to je v troubě, tý jo. S berlema to nejde chodit, tý jo. Když pak jdu do koupelny nebo do sprchy nebo tak, doma po bytě, když pak večer jen pobíhám třeba o berlích, když pak dám protézu třeba nabít nebo si ji opřu o skříň, ale teď s tím kotníkem špatným prostě to najednou nešlo. Člověk už má v hlavě zakódovanej stereotyp, prostě pravá tohle, teď zamotaná do obvazu jak bambule a teď to mám jít protézovat.

Do budoucna, no, tak to já jsem optimista, čím dál horší cha,cha. Po týhle stránce to vím, že mě čeká železný koleno, železná kyčel, protože teď ta druhá noha je mnohem víc namáhaná, boty mám sešmajdaný z jedný strany, chodím špatně no. Snažím se sice chodit, jak nás naučili, ale nejde to furt. Když si to uvědomím, tak se snažím narovnat.“

- **Spiritualita**

Osobní hodnoty, přesvědčení, víra.

„Byl jsem věřící, jsem věřící, trošku jsem teda po tý bouračce zanevřel, malinko. Proč mně to udělal, tohle to? Chodil jsem i ministrovat jako malej kluk, pak to trochu polevilo s nástupem puberty, ale tak dvakrát do roka zajdu do kostela. Tam to bylo takový zaváhání, zanevřel jsem, nevěděl jsem proč, proč mně, když jsem nikdy nikomu nic neudělal. To takový naštvání trvalo docela dlouho, ale pak mi jako by přišlo, že jsem si uvědomil to, že vlastně to nakonec mohlo dopadnout mnohem hůř a že to jako by spíš bylo trošku prospěšnější, ten úraz, že mi to jako by malinko rozšířilo obzory, otevřelo oči. Vidím kolem sebe jako by víc. Díky úrazu jsem si taky přehodnotil priority.“

Co je dnes pro vás za všeho nejdůležitější?

„Rodina, zdraví, zaměstnání, aby byl člověk finančně nezávislej a pokud tohle mám, tak jsem taky v psychický pohodě.“

Co si myslíte, že by vám bývalo pomohlo zlepšit kvalitu života?

„Možná ,kdyby ta práce jako byla dřív. Je hrozný, když se člověk po fyzický stránce cejtí dobře, ale nemá žádnou pořádnou práci.“

V čem vidíte nedostatky v pomoci takto postiženým lidem?

„No, jak jsem říkal, to jednání s úřadama, to by fakt mělo bejt lepší. To nikomu nepřeju, chodit tam a doprošovat se, aby vám aspoň něco řekli. To máte pocit, že to snad dávaj ze svýho. Abych je ale neházel všechny do jednoho pytle, ta sociální pracovnice v Košumberku, ta byla moc prima, ta mi hodně pomohla a poradila. Jinak jsem si všechno zjišťoval přes kamarádky.“

10.3.5 Standardizovaný dotazník PTGI

Dosažené změny v jednotlivých doménách dotazníku PTGI jsou souhrnně znázorněny v tabulce č.20. Největší změny u muže č.3 nastaly v doménách: nové možnosti, silné stránky jedince a pochopení života, porozumění životu.

Tab.20: Výsledky dotazníku PTGI u muže č.3

muž č.3		
	Prům.hodnota	
Vztahy s druhými lidmi	2	Taková změna u mě nastala jen v malé míře
Nové možnosti	4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře
Silné stránky jedince	4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře
Změna v duchovní oblasti	3	Taková změna u mě nastala v průměrné míře
Pochopení života, porozumění životu	4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře

11 DISKUSE

11.1 Porovnání výsledků respondentů

11.1.1 Křivka posttraumatického rozvoje

Při sestavování křivky posttraumatického rozvoje se potvrdilo, jak velmi úzce je spjata a provázána fyzická a psychická stránka, a jak moc se vzájemně ovlivňují. Pro jednotlivé respondenty, nebylo zrovna jednoduché tyto dvě oblasti od sebe jednoznačně oddělit a zakreslit je do grafu.

11.1.1.1 Fyzická stránka

Ze zjištěných výsledků k negativním faktorům, jak již z logiky věci vyplývá, patřila ztráta/omezení možnosti hybnosti/pohybu a nemožnost vykonávat určité aktivity. Ztráta kondice byla zaznamenána u jednoho z respondentů, který v průběhu rozvoje prodělal vážné onemocnění. Můžeme se ovšem domnívat, že negativně by tímto byli ovlivněni i oba další jedinci, kteří se také svou odhodlaností a pevnou vůlí snažili nepřetržitě zlepšovat svoji kondici. Omezení pohybu díky stavebním bariérám bylo zmíněno také pouze u jednoho respondenta, u kterého byl samostatný pohyb závislý na invalidním vozíku. Zbylí dva respondenti tento faktor jako negativní neuváděli.

K pozitivním faktorům patřilo jakékoli, i sebemenší, zlepšení hybnosti, soběstačnosti, kondice, možnosti pohybu a využití kompenzačních pomůcek pro lepší mobilitu (berle, protéza). Souhrnně jsou negativní a pozitivní faktory shrnuty v tabulce č.21.

Tab.21: Negativní a pozitivní faktory, které ovlivňovaly rozvoj fyzické stránky respondentů

Fyzická stránka – společné faktory	
Negativní faktory (-)	Pozitivní faktory (+)
<ul style="list-style-type: none">• ztráta/omezení možnosti pohybu• nemožnost vykonávat určité aktivity	<ul style="list-style-type: none">• zlepšení hybnosti• možnost pohybu• zvyšování soběstačnosti• zlepšování fyzické kondice• kompenzační pomůcky (berle, kolo, protéza)
Další faktory	
<ul style="list-style-type: none">• stavební bariéry• ztráta kondice	

11.1.1.2 Psychická stránka

Psychickou stránku respondentů ovlivňovalo daleko více faktorů, které se pokusíme shrnout v tabulce č. 22.

Tab.22: Negativní a pozitivní faktory, které ovlivňovaly rozvoj psychické stránky respondentů

Psychická stránka – společné faktory	
Negativní faktory (-)	Pozitivní faktory (+)
<ul style="list-style-type: none"> • zjištění skutečnosti - uvědomění si závažnosti poranění/postižení • nezlepšování zdravotního stavu podle vlastních představ • zmařené/nesplněné přání/plány • zjištění, že se stav již plně neupraví a zůstanou trvalé tělesné následky • nesamostatnost a závislost na druhých • touha osamostatnit se x obava ze samoty • nespokojenost, lenost, nedostatek elánu a inspirace • ztráta zaměstnání, nečinnost • absence práce, vlastního bydlení a vlastní rodiny • potřeba být někomu užitečný, prospěšný 	<ul style="list-style-type: none"> • neuvědomují si závažnost poranění • nepřipouští si realitu (že by se neměl plně uzdravit) • naděje v plné uzdravení • bolesti negují • sebemenší zlepšení/pokrok po fyzické stránce – motivace k dalšímu snažení • pevná vůle • sociální opora – rodina, kamarádi, lékař • lidé se stejným postižením – motivace, noví přátelé • taktní a citlivý přístup oš.personálu • zlepšení samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti • návrat k zálibám, koníčkům, činnostem, které provozovali před úrazem • zaměstnání • prospěšnost jiným • centrum Paraple – noví přátelé, aktivity • mobilní prostředky (auto, čtyřkolky) – větší volnost pohybu, nezávislost, prospěšnost
Další faktory	
Negativní faktory (-)	Pozitivní faktory (+)
<ul style="list-style-type: none"> • nešetrné zacházení a neochota personálu • neznámé prostředí, cizí lidé • pocity odloučení , nedostatek kontaktu s vrstevníky • rozchod s přítelkyní • nedostatek soukromí (ve společné domácnosti s příbuznými) • nepravidelný denní režim • zklamání z postoje otce • nejistota 	<ul style="list-style-type: none"> • pravidelný denní režim/dostatek denních aktivit • svatba • narození dětí

V této oblasti docházelo u jednotlivých respondentů k výrazným shodám jak v hlavních negativních, tak pozitivních faktorech. Faktory, které jsou zmíněny v tabulce „další faktory“, vyplývaly víceméně z rozdílného partnerského a rodinného stavu, společenského života a z rozdílných zkušeností se zdravotnickým zařízením.

11.1.1.3 Posttraumatický rozvoj - shrnutí

Při pohledu na jednotlivé grafy zjistíme, že jejich průběh je vcelku podobný. Všichni tři respondenti po prvotním zjištění rozsahu svého poranění vnímali hůře stránku fyzickou (hodnoty na grafu se pohybovaly od -3 až po -5). Tvrdili, že po psychické stránce situaci zvládali celkem dobře. (I přesto dva z respondentů současně přiznávají, že od nejbližších osob, které s nimi trávily první chvíle po úrazu, se dozvěděli, že na tom psychicky nebyli právě nejlépe. Projevovala se u nich podrážděnost, rozmrzelost, vzdor, vztek apod.). Z tohoto můžeme usuzovat, že tento stav nastal díky tomu, že si zatím neuvědomovali následky svého poranění, skutečnou realitu si nepřipouštěli, nebo si ji nechtěli připustit, a stále měli naději na uzdravení. Také lze předpokládat, že s odstupem času na situaci pohlíží již z jiného úhlu, a jejich snahou vyrovnat se s celou situací bylo v sobě potlačit negativní pocity a prožitky. Nesmíme rovněž opomenout také podíl moderní medicíny, spočívající např. v podávání léků na zlepšení psychického stavu, na tlumení bolesti, čímž mohly být jejich psychické prožitky méně intenzivní.

Od tohoto propadu dochází v jejich fyzické stránce k postupnému zlepšování, bez výrazných negativních výkyvů. Pouze u muže č.1 došlo ke zhoršení fyzické stránky díky ztrátě kondice při závažném plicním onemocnění, kdy byl hospitalizován a musel dodržovat klid na lůžku. Toto postupné zlepšování fyzické stránky, jak je z jednotlivých výpovědí patrné, je důsledkem jejich pevné vůle, odhodlání a usilovným a pravidelným cvičením. Velkou motivací pro ně byli podobně postižení jedinci, kteří svou situaci již zvládli. Velkým „hnacím motorem“ pro ně byl každý i sebemenší pokrok v pohybu, který jim současně umožňoval větší samostatnost.

Dva z respondentů již po zhruba za $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ roku od doby úrazu přiřazují fyzické stránce na grafu hodnotu 0. Dalším zlepšováním kondice, možnosti pohybu, využíváním vylepšených protetických a kompenzačních pomůcek, apod. se jejich fyzická stránka zlepšila až na hodnotu +3. Neznamená to ovšem, že by jejich pohyb byl najednou lepší než před úrazem,

ale můžeme se domnívat, že u nich zřejmě došlo k jistému poznání, uvědomění si a docenění pohybu. Na vlastní kůži si zažili, jaká je fyzická bezmocnost, nesamostatnost a závislost na pomoci druhých, a o to více si možná začali vážit a cenit možnosti samostatného pohybu, byť s jistými omezeními.

U muže č.2 jeho fyzická stránka dosáhla maximální hodnoty -1. Je pravdou, že tento respondent zůstal po fyzické stránce nejvíce omezený, je trvale odkázán na invalidní vozík. Nabízí se nám ale ještě další možné vysvětlení. Dva předchozí respondenti se se svým postižením vyrovnali, smířili. U muže č.2 k tomuto nedošlo. Neustále věří a doufá, že se jeho stav ještě zlepší a podaří se mu postavit na vlastní nohy. Tato naděje mu dodává smysl života a nutí ho neustále cvičit a posilovat.

Při pohledu na psychickou stránku musíme konstatovat, že u všech respondentů měla daleko kolísavější průběh a přímo nekorespondovala se zlepšováním fyzického stavu.

K prvnímu poklesu v psychické stránce dochází o něco později, a to v momentu, kdy si respondenti začínají uvědomovat závažnost svého postižení a dochází jim, že zřejmě nezůstanou bez trvalých tělesných následků. Dalším společným momentem, který by bylo zapotřebí zmínit a který negativně zapůsobil na psychickou stránku rozvoje respondentů, byl jejich návrat do domácího prostředí. Jelikož u každého jedince byl ovlivňován jinými faktory, nebudeme jej více rozebírat, neboť by to bylo jistě na delší diskusi a zamyšlení, jak jim tuto situaci pomoci lépe zvládnout.

Oproti fyzické stránce došlo v psychické stránce na grafu k posunu do kladných hodnot u všech respondentů, jen o něco později.

Celkově můžeme říci, že fyzický stav u všech respondentů měl celkem plynulý vzestupný vývoj a po dosažení svého maxima si udržel konstantní hodnotu. Psychická stránka zaznamenala velmi kolísavý průběh, ale i přes to nakonec dosáhla pozitivních hodnot a určitou dobu si také udržela konstantní hodnotu. U muže č.1 a 2 můžeme na grafu, znázorňujícím psychickou stránku, zaznamenat v posledních dvou letech pokles, který je zapříčiněn nenaplněním partnerského a rodinného života a možností pracovního uplatnění. Oba respondenti si v poslední době stále více uvědomují potřebu vlastní rodiny a práce, což se samozřejmě negativně odráží na jejich psychickém stavu.

11.1.1.4 Výsledky doplňujících otázek ke křivce posttraumatického rozvoje

V následující tabulce č.23 nalezneme shrnutí vybraných doplňujících otázek ke křivce posttraumatického rozvoje, které celou problematiku blíže dokreslují. V závěru tabulky jsou uvedeny rady jednotlivých respondentů člověku, který by se ocitl v podobné situaci. Celé znění viz příloha č.14 – 16.

Tab.23: Shrnutí doplňujících otázek k posttraumatickému rozvoji

muž č.1	muž č.2	muž č.3
<i>Jak se cítí dnes?</i>		
Po úraze byl ve větší pohodě, než je dnes, jak sám říká: „ <i>dnes nic moc</i> “. Po 10 letech se na všechno dívá jinak, přál by si mít pravidelný režim, stálou práci a rodinu.	Cítí se lépe, je samostatnější a méně omezený, drobná zranění a bolesti zad a v ramenních kloubech se snaží brát sportovně. Čím dál častěji si začíná uvědomovat, že mu chybí vlastní rodina, práce. Rád by se osamostatnil.	Dnes už se cítí dobře, protože jak sám dodává: „ <i>jsem zdravěj, samostatnej, soběstačnej</i> .“
<i>Smíření s postižením</i>		
Je smířený, není zklamaný, je rád, že to tak dopadlo, uvědomuje si, že to mohlo dopadnout hůř.	S postižením není smířený, stále doufá, že se stav ještě zlepší a jednou se postaví na nohy.	S protézou se vyrovnal celkem rychle a nestydí se za ni, jak sám říká: „ <i>No copak se dá dělat, no nic no</i> .“
<i>Co si uvědomil díky úrazu?</i>		
Považuje ho za ponaučení, plus, bonus, díky němuž si začal více vážit svého zdraví, možnosti pohybu a každodenních maličkostí.		Uvědomuje si, že havárie pro něj mohla dopadnout daleko hůř. S odstupem času nalezl i pozitivní stránku úrazu. Popisuje ho jako prospěšnější, který mu rozšířil obzory, otevřel oči, umožnil mu vidět kolem sebe víc, přehodnotil si životní priority. Tvrdí, že od té doby se zdravím nehazarduje jako dřív, dnes nad vším víc přemýšlí.
<i>Co bylo horší – strádání fyzické nebo duševní?</i>		
psychické	psychické	psychicky – ztráta zaměstnání fyzicky – nebude moci vykonávat věci jako doposud
<i>Co je drželo nad vodou?</i>		
moc o všem nepřemýšlet, hodně cvičit a doufat, že bude moci podnikat věci jako před úrazem – sportovat, cestovat	naděje, že jednou se to opravdu hodně zlepší, že jednou nastane zlom a třeba se i znovu postaví na nohy sebemenší pokrok při cvičení -	vůle žít a to, že to přežil, touha jít zpátky do práce, přátele, kamarádi, rodina

	vzpruha, povzbuzení, motivace, aby vydržel cvičit	
Kdy nastal zlom a situaci začali zvládat?		
	když si pořídil čtyřkolku (splněný chlapecký sen)	v rehabilitačním ústavu, když si uvědomil, že mohl dopadnout mnohem hůř
Co mohli sami ovlivnit? Co dělali sami pro to, aby se cítili lépe?		
cvičení, vytrvalost, píše hodně četl, knihy o lidech, kteří museli překonávat překážky, a knížky, které četl dříve (o autech, o motorkách)	cvičení, snažil se hodně cvičit návrat k zálibám- modelování a četba	nevzdát to, nepropadat depresím – přátele, vyrazit někam do světa vrátil se k činnostem, které dělal dřív „moc neřešit, že to třeba tak nejde, tak to půjde pomalejc“ centrum Paraple – účast na aktivitách
Co bylo mimo jejich možnosti?		
obtížně vnímal návrat mezi „normální lidi“	špatné reakce okolí	věci, které by chtěl dělat, a nejde to, a o kterých se mu zdá
Rada člověku, který se ocitne v podobné situaci?		
„Měl by být aktivní, zajímat se o věci, kterým se věnoval dřív. Neměl by zůstat sám.“	„Ať se snaží, ať se učí být samostatnej, soběstačnej, ať se toho naučí co nejvíc. Měl by hodně cvičit a nevzdávat to. Neměl by zůstat doma zavřenej, měl by se dostat mezi lidi, aby se neuzavřel sám do sebe.“	„Nepoddávat se tomu, prostě se s tím poprat. Ale opravdu popřemýšlet nad tím , že by opravdu mohlo bejt ještě hůř, ...bojovat.“

11.1.2 Polostrukturované interview - shrnutí

11.1.2.1 Jednotlivé domény kvality života

Z odpovědí respondentů jsme se pokusili sestavit stručný pohled na jednotlivé domény kvality života.

Fyzické zdraví

- muž č.1

Po úrazu byl závislý na pomoci druhých lidí, dnes se cítí relativně zdravý, všechno zvládá sám. Do budoucna by si přál, aby zůstal soběstačný, mohl se normálně hýbat. Je si vědom,

že se musí neustále snažit, aby tohoto docílil. Nejdůležitější je pro něj zdraví, pohyb a soběstačnost.

- muž č.2

Po úrazu se nejprve nemohl hýbat vůbec, po zlepšení stavu jej začali postupně posazovat, časem se dokázal samostatně najít, ale jinak byl zcela odkázán na pomoc druhé osoby (při koupání, oblékání,...). To vše se naučil až v rehabilitačním ústavu. Dnes už zvládá téměř všechno sám, jen si neuvaří, protože to neumí. Stále doufá, že se jeho stav ještělepší. Za nejdůležitější považuje pohyb.

- muž č.3

Dnes se cítí zdravý, samostatný a soběstačný. Do budoucna doufá, že s pomocí nové protézy bude jeho pohyb ještě lepší. Je si vědom, že musí neustále trénovat, aby si svoji kondici udržel. Zároveň ví, že za nějaký čas bude muset podstoupit operaci kolenního nebo kyčelního kloubu na PDK z důvodu špatné chůze. Za nejdůležitější považuje zdraví a soběstačnost. Pohyb považuje za důležitý k tomu, aby mohl být soběstačný.

Psychická pohoda

- muž č.1

„Když jsem byl mladej, tak jsem si spoustu věcí neuvědomoval, s přibývajícím věkem si člověk uvědomuje víc, víc nad vším přemejšlí“. Dnes o svém psychickém stavu prohlašuje: *„Po úrazu jsem byl už ve větší pohodě, než jsem teď.“* Je pyšný na to, co dokázal. Do budoucna by si přál, aby se nezhoršila jeho fyzická stránka, aby nebyl sám a mohl být někde a někomu užitečný. *„Aby byl člověk spokojenej, musí mít nějaký cíl, práci, rodinný život.“*

- muž č.2

Dnes je na sebe pyšný za to, co dokázal, ale zároveň by si přál dokázat ještě víc, posunout se někam dál. Do budoucna by chtěl ještě zlepšit pohyb a něco užitečného dělat, dělat něco rukama, neseďet, „nečumět“.

- muž č.3

Před úrazem *„to bylo všechno v pohodě, takovej pohodovej život, a taky člověk nepřemýšlel, jestli je zdravej, jestli má nějaký psychický problémy.“* Dnes žije spokojeně, v pohodě, ničím se moc nestresuje. Psychicky se cítí dobře, když je doma všechno

v pořádku a všichni jsou zdraví. Do budoucna by si přál, aby mu fungovala protéza, byl nadále samostatný a nezávislý, aby ho nic nebolelo a aby se dokázal postarat o rodinu.

Sociální vztahy (socioekonomické)

- muž č.1

Před úrazem měl přítelkyni, která ho po úrazu opustila. Za nejdůležitější považuje rodinu, partnerský vztah, přátele, ale také peníze. Sám tvrdí: „*Člověk musí být spokojený hlavně sám se sebou, žít, vytvářet si ten život, být nezávislej.*“

- muž č.2

Před úrazem neměl vážnou známost. Dnes je nezadaný a bydlí u rodičů. Doma mu nejvíce pomáhá maminka. Finančně je nezávislý. Dříve moc neušetřil. Nyní, když je doma, ušetří víc a díky tomu z toho mála, co dostává, vyjde. Do budoucna by se rád víc osamostatnil, ale má obavy, že by to sám nezvládl. Přál by si partnerku, rodinu a práci.

- muž č.3

Před úrazem měl spoustu kamarádů, ale: „*některý, který jsem považoval za přátele, tak už to není takový.*“ Dnes je spokojený, má dobrou práci, partnerský i rodinný život. Špatné zkušenosti má s úřady: „*...lepší je tam nechodit. Tam si člověk připadá jako žebrák.*“ Má obavy z budoucnosti, aby díky ekonomické krizi nepřišel o práci. Za nejdůležitější považuje spokojenou rodinu, zdraví, ekonomickou nezávislost.

Každodenní život

- muž č.1

O zdraví se staral i před úrazem, hodně sportoval, běhal, lyžoval, chodil do bazénu. Po úrazu svoje aktivity směřoval k tomu, aby znovu získal ztracený pohyb, aby si zlepšoval a udržoval kondici. Dnes je to trochu horší, přesto se snaží cvičit, chodí na rehabilitace, do fitka, do bazénu, jezdí na kole. Ale jak sám říká: „*když nejsem línej, tak to zvládám, ale poslední dobou se mi nějak nechce.*“ Taký se snaží jíst zdravě. Relaxuje při četbě nebo poslechu hudby. Do budoucna by si přál zůstat co nejdéle samostatný a soběstačný, aby se nemusel na nikoho spoléhat.

- muž č.2

O každodenních aktivitách říká: „*Co zvládám, tak pomůžu, nákup přinesu.*“. Znovu se vrátil ke starým zálibám – modelování, auto, knížky a teď nově čtyřkolka a práce se dřevem. Nejvíce relaxuje při jízdě na čtyřkolce. Neustále cvičí, jednou týdně chodí do fitka. Kvalitu života mu zhoršilo omezení počtu močových cévek. Určený počet mu nestačí a musí si je sám dokupovat, což pro něj není laciná záležitost. Aby snížil jejich spotřebu, tak přesto, že trpí na zácpu, snížil denní příjem tekutin.

- muž č.3

V době před úrazem a nejvíce krátce po úrazu byl hodně aktivní, když, jak sám říká: „...*si snažil užít života.*“ Dnes je pro něj na prvním místě rodina. Baví ho cestování, v létě plavání. Relaxuje prací kolem domu, jízdou na kole, na čtyřkolce. Kvůli zaměstnání se musel naučit pracovat s PC. Každý rok jezdí do lázní. Se zdravím ne hazarduje jako dřív, nad vším víc přemýšlí. Největším přáním do budoucna je uživit rodinu, zabezpečit ji a dobře vychovat děti. Rád by také více cestoval.

Spiritualita

- muž č.1

Ateista. Věří, že když se člověk o něco snaží, tak se mu to také vyplatí.

- muž č.2

Ateista. Stále věří, že když se bude snažit, tak jeho zdravotní stav může být ještě lepší.

- muž č.3

Je věřící. Jako malý chodil do kostela ministrovat. V současné době chodí do kostela dvakrát do roka. Po úrazu, jak sám říká: „*malinko zanevřel*“, „*zaváhal*“, nevěděl proč, kladl si otázku: proč on, když nikdy nikomu nic neudělal. Později si uvědomil, že všechno mohlo dopadnout daleko hůř a že díky úrazu jako by otevřel oči, začal si všimnout daleko více věcí a v neposlední řadě si přehodnotil vlastní priority.

11.1.2.2 Faktory ovlivňující kvalitu života respondentů

V následující tabulce se pokusíme shrnout faktory, které nejvíce ovlivňují kvalitu života respondentů v jednotlivých námi zvolených doménách, sestavit jejich řebříček hodnot a zmínit jejich plány a přání do budoucna.

Tab.24: Faktory ovlivňující kvalitu života respondentů

muž č.1	muž č.2	muž č.3
Fyzické zdraví		
zdraví soběstačnost pohyb	pohyb	soběstačnost pohyb zdraví
Psychická pohoda		
mít nějaký cíl, práci, rodinu být užitečný, nebýt sám, dobrá fyzická stránka, spokojenost se sebou, nezávislost a možnost vytvářet si život podle svých představ	práce, zlepšení pohybu, být užitečný	spokojená a zdravá rodina, funkční protéza - pohyb samostatnost a nezávislost nemít bolesti být schopen postarat se o rodinu
Sociální vztahy		
rodina, partnerský vztah, přátelé, peníze, nezávislost	partnerský vztah, větší samostatnost	spokojená rodina, práce, ekonomická nezávislost
Každodenní život		
samostatnost, soběstačnost nezávislost	zlepšení ekonomické situace	uživit, zabezpečit rodinu, vychovat dobře děti
Spiritualita		
víra, že když se člověk o něco snaží, tak se mu to vyplatí	víra, že když se bude snažit (cvičit), tak se jeho pohyb může ještě zlepšit	díky nehodě si určité věci uvědomil a přehodnotil své priority
Žebříček hodnot		
psychická pohoda – rodina, zdraví, dobrá životní úroveň, peníze, vyrovnanost, sounáležitost, spokojenost sám se sebou	vlastní rodina, pohyb samostatnost, soběstačnost	spokojená rodina zdraví práce finanční nezávislost
Plány/přání do budoucna		
být co nejdéle samostatný a soběstačný, mít pravidelný režim, práci, rodinu	osamostatnit se, mít svoji rodinu, práci, být samostatný, soběstačný, podnikat ještě více aktivit	uživit a dobře zabezpečit rodinu, dobře vychovat děti, více cestovat, funkční protéza, samostatnost a nezávislost

Při pohledu na předchozí tabulku se potom můžeme pokusit určit nejdůležitější faktory ovlivňující kvalitu života tělesně postižených z pohledu námi vybraných respondentů:

- **pohyb** – byl jedním z nejčastěji uváděných faktorů. Pohyb jako schopnost vlastního těla, pohyb pomocí kompenzačních a protetických pomůcek, pomocí kola, čtyřkolky, auta. Pokud se vrátíme ke křivce posttraumatického rozvoje, zjistíme, že u jednotlivých respondentů posun na grafu do kladných hodnot ve vývoji fyzické i psychické stránky nastal právě v souvislosti s rozšířením možnosti jejich pohybu a současně také ovlivňuje ostatní faktory:
- **samostatnost, soběstačnost a nezávislost**
- **zdraví**
- **potřeba práce, být užitečný, prospěšný**
- **ekonomická nezávislost**

Do této chvíle byly jmenované faktory společné pro všechny tři respondenty. Další faktory potom vycházely z rozdílného partnerského a rodinného života.

Pro muže č.3, který má vlastní rodinu a děti, byly podstatné tyto:

- **spokojená rodina, schopnost zabezpečit rodinu, dobře vychovat děti**

Muži č.1 a 2, kteří doposud nemají partnera a rodinu, uváděli:

- **potřebu partnerského života a vlastní rodiny**

K dalším již méně zmiňovaným faktorům patřily:

- **spokojenost sám se sebou, vyrovnanost**
- **dobrá životní úroveň**
- **možnost realizovat své sny, mít nějaký cíl**
- **nemít bolesti**

11.1.3 Dotazník PTGI - vyhodnocení

V úvodu dotazníku jednotliví respondenti specifikovali těžkou traumatickou událost, nebo událost, která jim změnila život. Překvapivé bylo, že odpovědi byly rozdílné. Muž č.1 označil za traumatickou událost **invaliditu**, muž č.2 **nehodu nebo zranění** a muž č.3 současně **nehodu nebo zranění** a **změnu pracovní pozice**.

Jakých změn dosáhli naši respondenti v jednotlivých proměnných dotazníku PTGI, znázorňuje tabulka č.25.

Tab.25: Přehled výsledků dotazníku PTGI

	muž č.1		muž č.2		muž č.3	
	Prům. hodnoty		Prům. hodnoty		Prům. hodnoty	
Vztahy s druhými lidmi	4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře	3	Taková změna u mě nastala v průměrné míře	2	Taková změna u mě nastala jen v malé míře
Nové možnosti	3	Taková změna u mě nastala v průměrné míře	2	Taková změna u mě nastala jen v malé míře	4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře
Silné stránky jedince	3	Taková změna u mě nastala v průměrné míře	3,5		4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře
Změna v duchovní oblasti	2,5		1	Taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace	3	Taková změna u mě nastala v průměrné míře
Pochopení života, porozumění životu	4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře	4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře	4	Taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře

11.2 Porovnání námi zjištěných výsledků s jinými pracemi

Při porovnání námi zjištěných výsledků se závěry prací, zabývajících se podobnou problematikou nám vychází řada shodných zjištění. Jedná se o faktory, které pomáhají těmto lidem vyrovnat se a přijmout své tělesné postižení a zlepšit kvalitu jejich života.

Trvalé tělesné postižení zasahuje nejen fyzickou stránku lidského života, ale významným způsobem ovlivňuje stránku psychickou (Fantová, 2009). Při zvládání a vyrovnávání se s touto nelehkou situací, je pro tyto jedince velmi důležitá pomoc a podpora rodiny, kamarádů a kvalitní rodinné vztahy. Také v dalším životě jedince se jako podstatný faktor, který významným způsobem ovlivňuje psychickou stránku a tím i kvalitu života, objevuje potřeba partnerského vztahu a vlastní rodiny (Putniorzová, 2010; Osvaldová, 2006).

Dalším faktorem, který má velmi pozitivní vliv, se ukázala možnost setkávat se s lidmi se stejným nebo podobným postižením (Fantová, 2009; Osvaldová, 2006). Tato možnost je

pro ně určitým stupněm poznání, uvědomění si jedinečnosti a neopakovatelnosti vlastního života a zároveň výzvou a motivací.

Z našeho výzkumu rovněž vyplynulo, že k výraznému zlepšení kvality života našich respondentů přispěl jakýkoli způsob zlepšující a usnadňující pohyb, byť v podobě kompenzačních či protetických pomůcek, a dále potom možnost využití mobilních prostředků. Také z výzkumu Bittenglové (2009) vyplývá: „Používání kompenzačních pomůcek napomáhá zlepšování kvality života pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému. Pomůcky příznivě ovlivňují kvalitu života nemocných...“

Shodu nacházíme i v tvrzení Fantové (2009): „trvalé tělesné postižení nemusí být nutně znakem neplnohodnotného života. ...může být zdrojem chuti si čas vyměřený na tomto světě náležitě užít.“ Shodně popisuje danou situaci muž č.3 *„život je krátkej a chci si ho ještě užít. Život mi dal přes držku, tak mu to vrátím.“*

Bezpochyby volnočasové aktivity, zájmy, koníčky jsou jedním z dalších společných faktorů, které pozitivně ovlivňují kvalitu života jedince (Putniorzová, 2010). Také Osvaldová (2006) uvádí jako faktory, které sehrály důležitou roli při adaptaci na tělesné postižení aktivní styl života, nabídka volnočasových aktivit, možnost pracovat, apod.

Zcela úmyslně se na závěr zmíníme ještě o jednom velmi podstatném faktoru, který je zmíněn jak v práci Osvaldové (2006), tak Čížkové: citováno z (Čížková, 2007): „...při hlubším prozkoumání problematiky lidí s postižením si myslím, že společnost potřebuje stále více zkvalitňovat *sociální služby, ...vytvářet nová pracovní místa na trhu práce* pro tyto spoluobčany a přistupovat k nim jako k lidem, kteří mají hodnotu i bez toho, aniž bychom hleděli na hodnoty, které vytvořili.“

11.3 Doporučení

Jak již bylo několikrát zmíněno, pro samotného pacienta je cesta od vzniku postižení velmi nesnadná, náročná a stresující. Stejně tak klade vysoké nároky na jeho nejbližší okolí, na rodinu, přátele. Péče o tyto pacienty vyžaduje od zdravotníků vysoké odborné znalosti a zkušenosti, ale také citlivý profesionální a lidský přístup jak k samotnému pacientovi, tak k jeho nejbližšímu okolí.

Proniknutí, hlubší pochopení a orientace v této problematice nám může umožnit být pro tyto pacienty a jejich rodiny cenným a užitečným partnerem, který jim může pomoci efektivně zvládnout novou a nelehkou situaci.

Kdo jiný, než právě sami takto postižení jedinci, kteří si touto nelehkou životní etapou prošli a zvládli ji, jsou pro nás, a nejen pro nás, cenným zdrojem zkušeností a informací, které bychom měli využívat ve své praxi.

Nejprve se v několika bodech pokusíme shrnout jejich doporučení pro ty jedince, kteří se nečekaně dostanou do podobné situace:

- **uvědomte si, že mohlo být daleko hůř**
- **nevzdávejte to, nepoddávejte se tomu, poperte se s tím, bojujte**
- **cvičte**
- **bud'te aktivní**
- **zajímejte se o věci, koníčky, kterým jste se věnovali dřív**
- **nezůstávejte sami**
- **snažte se být co nejvíce samostatní a soběstační**

Na každém začátku „nového“ života, života s tělesným postižením, tyto jedinci byli, jsou a budou zklamaní, zmatení a bezradní. Aby tato fáze netrvala příliš dlouho a nepodepsala se negativně na jejich psychické stránce a následně i dalších stránkách života, k tomu potřebují mít kolem sebe lidi, kteří jim budou opravdovou oporou, poskytnou jim cenné rady, pomohou jim situaci zvládnout a budou je brát a respektovat takové, jací jsou.

Z pozice zdravotníků můžeme, krom ostatní péče, pomoci těmto lidem usnadnit a ulehčit jejich nelehkou situaci následujícími možnými způsoby:

- **poskytnutím dostatečného množství informací** – formou rozhovoru, edukačních materiálů, informačních letáků, kontaktů nebo internetových odkazů (na zdroje, kde mohou získat další pro ně cenné informace a pomoc - svépomocné skupiny, sociální zabezpečení, pracovní a pedagogická RHB, apod.)
- **kontaktem s pacienty s podobným postižením**, kteří svoji situaci již fyzicky a psychicky zvládli. Právě z předchozích rozhovorů vyplynulo, že tato zkušenost byla pro naše respondenty velmi důležitým momentem v jejich dalším rozvoji.

Nemuselo by se vždy jednat pouze o přímý kontakt, ale výpovědi těchto lidí by mohly být např. natočeny a mohly by posloužit jako edukační materiál.

- **práce s rodinou, kamarády** – dalším velmi pozitivním faktorem, který našim respondentům pomohl obstát v nelehké situaci a zvládnout ji, byla sociální opora - pomoc a podpora rodiny a kamarádů. Jak jsme se již v předchozím textu zmínili, i oni sami jsou touto situací zaskočení a zasaženi. Musí ji nejprve přijmout a vyrovnat se s ní. Proto práce s těmito lidmi by se měla stát rovněž součástí pomoci. Měla by být zaměřena na psychologickou pomoc a podporu, povzbuzení, vysvětlení důležitosti jejich pomoci, edukaci, zapojení do ošetrovatelského procesu a poskytování dostatečného množství informací (např. kde nalézt další informace, kam se obrátit s případnými problémy, apod.), aby i následné propuštění do domácího prostředí nepůsobilo jako další stresová situace jak pro samotné jedince, tak pro jejich okolí.

ZÁVĚR

Člověk, který si na vlastní kůži neprožije závažné trauma, jen stěží může pochopit, s čím se tyto lidé potýkají, co prožívají a čím vším jsou nuceni procházet. Všichni bychom si měli uvědomit, že nyní stojíme na straně těch, kteří mohou výrazným způsobem těmto lidem pomoci, ale může se také stát, že se kdykoli ocitneme i na straně druhé a sami budeme tuto pomoc potřebovat.

Proto jsme se v této bakalářské práci snažili přiblížit život jedinců, kteří v mladém produktivním věku utrpěli závažný úraz, který na nich zanechal trvalé následky v podobě tělesného postižení.

V teoretické části jsme se pokusili obecně nastínit, čím vším musí daný jedinec projít od „první minuty“ po úrazu. Pověděli jsme si něco o úrazu samotném, o přednemocniční péči, klinickém obraze, diagnostice a léčbě. Zmínili jsme se o ošetrovatelské, rehabilitační péči a protetice, které jsou nedílnou součástí celého léčebného procesu. Řekli jsme si, že k úplnému uzdravení je zapotřebí pomoci těmto lidem nalézt také společenské a pracovní uplatnění, a nastínili jsme jednotlivé druhy pomoci, kterou poskytuje společnost těmto lidem. V krátkosti jsme si definovali zdravotní postižení. Další část byla věnována kvalitě života, především kvalitě života související se zdravím. V krátkosti jsme se zmínili o historii, rozsahu pojetí a nastínili jsme metody používané ke zjišťování kvality života. Poslední kapitola teoretické části byla věnována posttraumatickému rozvoji; počátkům vědeckého zkoumání, prožívání traumatické události, aspektům vzniku posttraumatického rozvoje a nejnovějším teoretickým přístupům.

V empirické části jsme se pomocí metody smíšeného přístupu (křivky posttraumatického rozvoje, polostrukturovaného interview a dotazníku PTGI) pokusili tuto problematiku přiblížit na konkrétních případech tří respondentů. Snažili jsme se zaznamenat jejich posttraumatický rozvoj, odhalit faktory, které rozvoj pozitivním a negativním způsobem ovlivňovaly. Dále jsme se pokusili zachytit, jakými proměnami prošla jejich kvalita života od vzniku úrazu do současné doby, a zda díky traumatické události došlo u těchto respondentů také k pozitivnímu rozvoji jejich osobnosti.

Všichni tři respondenti měli dokončené vzdělání, měli svoji práci, své plány, přání, představy a touhy. Žádný neměl rodinu, dva měli trvalejší partnerský vztah. Pouze jeden z nich byl věřící.

Během jedné minuty se jejich život obrátil vzhůru nohama. Nejen, že se potýkali s fyzickým poraněním, ale museli se vypořádat i se spoustou dalších problémů. Zpočátku byli, více či méně, nesamostatností a závislí na druhé osobě. Museli se svým způsobem smířit s vlastním postižením a vyrovnat se se změnou svého vzhledu. Překonávali architektonické bariéry. Přišli o svá zaměstnání, obtížně hledali a někteří stále hledají nové uplatnění. Změnila se jejich finanční stránka. Museli se vzdát i některých svých koníčků a zálib. Setkávali se a někdy ještě setkávají s negativními reakcemi okolí. Zasažena byla i jejich sociální stránka. Jejich postižení zasáhlo nejen je samotné, ale také jejich nejbližší (rodiče, partnery, kamarády) a někteří z nich se s nově vzniklou situací nedokázali vyrovnat. Je zřejmé, že zasaženy byly všechny oblasti jejich kvality života.

Zvládnout obtížnou životní situaci jim pomáhala celá řada jak profesionálů, tak laiků.

Z výsledků našeho výzkumu se ukázalo, že zranění, jak bychom logicky očekávali, nebylo pro všechny respondenty právě tou nejtěžší traumatickou událostí. Jeden z respondentů jako traumatickou událost vnímá invaliditu, druhý kromě zranění uvedl také ztrátu zaměstnání.

Podle grafického znázornění posttraumatického rozvoje shodně vyplynulo, že s tělesným postižením se respondenti dokázali vyrovnat poměrně rychle a v časovém posunu u nich v této oblasti nedocházelo k výraznějším výkyvům. Pozitivnímu rozvoji přispělo zlepšování sebek péče, samostatnosti, nezávislosti, zlepšování kondice, usnadnění pohybu pomocí kompenzačních a protetických pomůcek a v neposlední řadě i možnost využití mobilních prostředků. U dvou respondentů, kteří se se svým tělesným postižením smířili a vyrovnali, došlo na grafu k posunu až do kladných hodnot.

Psychická stránka byla u všech respondentů více zasažena. Její zlepšování bylo pomalejší, ovlivňováno daleko více faktory jak pozitivně, tak negativně, a proto mělo i daleko kolísavější průběh. I přesto u všech respondentů došlo k posunu do kladných hodnot. Na pozitivním rozvoji psychické stránky se značnou měrou podílela sociální opora (rodina a kamarádi), kolektiv podobně postižených jedinců, partnerský a rodinný život, zlepšování pohybu a mobility, práce a možnost být užitečný, možnost vést aktivní život, návrat k volnočasovým aktivitám (zálibám, koníčkům). Je zajímavé, že během rozhovoru dva z respondentů shodně uvedli, že se domnívají, že celou situaci psychicky vnímali a prožívali celkem dobře, ale jejich výpověď potom příliš nekorespondovala s jimi sestaveným grafem.

Vlivem pozitivních a negativních faktorů také docházelo a stále dochází v průběhu času k proměnám jejich kvality života.

Při zkoumání, zda vlivem traumatické události došlo u respondentů k pozitivním změnám osobnosti, bylo z jejich odpovědí zjištěno, že shodně u všech tří, nastala změna ve větší než průměrné míře v oblasti pochopení života, porozumění životu. Všichni tři respondenti shodně uvedli, že díky úrazu a postižení si spoustu věcí uvědomili, jinak pohlíží na život a zdraví. Přehodnotili své priority v životě. Jsou si vědomi důležitosti pohybu, který jim umožňuje být samostatný, nezávislý a užitečný. Zároveň si uvědomují, že pokud se nebudou nadále snažit, tato, byť omezená a těžce získaná schopnost, se rázem zhorší a následně ovlivní celý jejich další život. Za další podstatné ve svém životě považují zdraví, mít práci, partnera, rodinu.

V průměrné, až více než průměrné míře, byla zaznamenána změna také u silné stránky jedince. Všichni tři respondenti uvedli, že jsou na sebe pyšní za to, co dokázali. V dalších oblastech už nedocházelo k jednoznačným shodám.

Je zřejmé, že tito jedinci si prošli opravdu nelehký kus cesty a ještě další je čeká. Proto bychom se k těmto lidem měli od samého začátku chovat tak, abychom jim pomohli co nejlépe se vyrovnat s nově vzniklou situací a nalézt potřebný smysl života. Jednat s nimi jako s rovnocennými partnery, kteří mají stejná práva a povinnosti.

I přes celý systém péče o takto postižené jedince stále ještě existují „hluchá místa“, nad kterými by bylo potřeba se zamyslet a něco s nimi udělat. Tito lidé si své postižení nezpůsobili sami svým nezodpovědným chováním a jednáním. Celkem pokorně je přijali, jsou skromní a trpěliví. Ale bohužel se mnohdy setkávají s necitlivým přístupem nejen ostatních lidí, ale také zdravotníků a státních zaměstnanců, potýkají se s nedostatkem informací, omezováním sociálních dávek, limitováním potřebných pomůcek, nemožností pracovního uplatnění, apod.

Jako zdravotníci provázíme tyto jedince od počátku úrazu. V akutní fázi v rámci PNP, hospitalizace v nemocnici, následně v rehabilitačních ústavech a při kontrolách u praktických a odborných lékařů. Je nepochybné, že péče o tyto jedince je velice fyzicky a obzvlášť psychicky náročná a zdlouhavá. Z našeho šetření jsme se pokusili vyzdvihnout momenty, na které bychom neměli v rámci péče zapomínat, a naopak bychom je měli

více zakomponovat. Patří k nim zajištění dostatečného množství informací jak samotnému pacientovi, tak jeho rodině, práce s nejbližšími pacienta, aby sami mohli být pro něj efektivní oporou a pomocí, a v neposlední řadě využití znalostí a zkušeností podobně postižených jedinců.

Tento malý vzorek respondentů nemá sice příliš velkou vypovídající hodnotu, ale díky němu jsme si mohli přiblížit jejich život. Při porovnání našich zjištění s jinými pracemi na podobné téma musíme konstatovat, že v našem výzkumu jsme z větší části potvrdili jimi zjištěné výsledky.

ANOTACE

Autor:	Miroslava Malinová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF HK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Kvalita života a její proměny na příkladu osob s posttraumatickým postižením
Vedoucí práce:	Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	175
Počet příloh:	16
Rok obhajoby:	2013
Klíčová slova:	úraz, tělesné postižení, kvalita života, posttraumatický rozvoj

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života a jejích proměnách u osob s posttraumatickým postižením. Snaží se zmapovat posttraumatický rozvoj tří jedinců, odhalit faktory, které rozvoj pozitivním a negativním způsobem ovlivnily. Pokouší se zjistit, jak se jednotlivým respondentům měnila kvalita života, a zda díky traumatické události u nich došlo také k pozitivnímu rozvoji jejich osobnosti. Výzkum byl prováděn metodou smíšeného přístupu, při kterém byly použity tři metody: křivka posttraumatického rozvoje, polostrukturované interview a standardizovaný dotazník. Oslovili jsme tři respondenty, kteří v mladém věku utrpěli závažný úraz s následným trvalým postižením pohybového aparátu.

Kvalita života zaznamenala během rozvoje u jednotlivých respondentů různé proměny. Převážně byly spojeny s možností či nemožností uspokojovat a naplňovat své potřeby a představy o svém životě. Z výsledků dále vyplynulo, že traumatická událost daleko více zasáhla psychickou stránku. Mezi faktory, které přispěly k jejímu pozitivnímu rozvoji, patřila sociální opora (rodina a kamarádi), kolektiv podobně postižených jedinců, partnerský a rodinný život, zlepšování pohybu a mobility, práce a možnost být užitečný, možnost vést aktivní život, návrat k volnočasovým aktivitám (zálibám, koníčkům). Díky traumatické události byly také zaznamenány u respondentů různé pozitivní změny osobnosti. Shodně u všech tří nastala změna v pochopení a porozumění životu. Práce končí praktickými doporučeními jak pro pacienty, tak pro zdravotníky, kteří o tento typ pacientů pečují.

Balchelor's thesis deals with quality of life and its changes in case of people with posttraumatic disability. The aim is to characterize posttraumatic psychical and physical growth of three selected respondents and to reveal factors which may affect it in positive or negative way, respectively. Thesis attempts to determine following objectives: (1) How respondents subjectively assess quality of their lives? (2) Whether traumatic event caused positive development of their personality? The research was carried out using mixed approach technique with three different methods: posttraumatic growth curve, semistructured interview and standardized questionnaire. The sample consisted of three respondents, who suffered a serious injury with subsequent permanent disability.

The quality of life yielded to various changes during posttraumatic psychical and physical growth of individual respondents. These changes were predominantly associated with inability to satisfy and fulfil their needs and ideas about their lives. The results showed that traumatic event affected primarily mental aspect. Factors, that significantly contributed to positive development of psychical growth included support by family and friends, stay in group of similarly disabled persons, partner and family life, improving mobility, work and the opportunity to be a useful, opportunity to live an active life and return to leisure activities (hobbies). Traumatic event also caused several positive personality changes as changes in life perception were detected identically for all respondents. In the final part, the thesis also provides several practical recommendations for patients as well as for healthcare professionals, who care for such people.

POUŽITÁ LITARATURA A PRAMENY

1. AMBLER, Z. *Základy neurologie*, 7.,vydání. Praha nakladatelství Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3
2. BITTENGLOVÁ, I. *Kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému*. Diplomová práce obhájená na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích v r. 2009. 83 s.
3. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*, Praha nakladatelství Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6
4. ČIHÁK, R. *Anatomie I*, 1.,vydání. Praha zdravotnické nakladatelství Avicenum, 1987. 456s.
5. ČÍŽKOVÁ, Z. *Kvalita života u osob s tělesným postižením v dospělosti*. Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2007. 74s.
6. DĚDEK, T. – FERKO, A. *Poranění páteře a míchy*, in FERKO, A. et al. *Chirurgie v kostce*, 1., vydání. Praha Grada Publishing, spol. s r.o., 2002. 596s. ISBN 80-247-0230-4
7. FANTOVÁ, R. *Tělesné postižení jako následek úrazu u dospělých osob*. Bakalářská práce obhájená na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2009. 38s.
8. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*, 1., vydání. Praha Grada Publishing, a.s., 2011. 224s. ISBN 978-80-247-3625-9
9. HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, Praha nakladatelství Portál, 2009. 776. ISBN 978-80-7367-569-1
10. HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*, Praha nakladatelství Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
11. HRABOVSKÝ, J. et al. *Chirurgie pro zdravotnické školy*, 2.,vydání. Praha nakladatelství EUROLEX BOHEMIA a.s., 2006. ISBN 80-86861-49-X
12. JIRKŮ, H. – KYRIÁNOVÁ, A. *Doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči o pacienty po poškození míchy*, Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2006
13. KALTOFEN, K. – ČESÁK, T. *Poranění míchy*, NÁHLOVSKÝ, J. et al. *Neurochirurgie*, 1.,vydání. Praha Nakladatelství Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1202-X. Praha nakladatelství Galén, 2006. ISBN 80-7262-319-2

14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, 1.,vydání. Praha Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0
15. KUBEŠ, R. *Amputace*. In DUNGL, P. et al. *Ortopedie*, 1.,vydání. Praha Grada Publishing, a.s., 2005. 1280s. ISBN 80-247-0550-8
16. MAREŠ, J. et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I.*, Brno MSD, spol. s r.o., 2006. 228s. ISBN 80-86633-65-9
17. MAREŠ, J. et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících II.*, Brno MSD, spol. s r.o., 2007. 259s. ISBN 978-80-7392-008-1
18. MAREŠ, J. et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících III.*, Brno MSD, spol. s r.o., 2008. 235s. ISBN 978-80-7392-076-0
19. MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*, 1.,vydání. Praha Grada Publishing, a.s., 2012. 200s. ISBN 978-80-247-3007-3
20. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, 1.,vydání. Praha Grada Publishing, a.s., 2006. 332s. ISBN 80-247-1362-4
21. NAŇKA, O. – ELIŠKOVÁ, M. *Přehled anatomie*, 2., doplněné a přepracované vydání. Praha nakladatelství Galén, 2009. ISBN 987-80-7262-612-0. Praha Nakladatelství Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1717-6
22. NEJEDLÝ, A. et al. *Základy replantační chirurgie*, 1.,vydání. Praha Grada Publishing a.s., 2003. 164. ISBN 80-247-0315-7
23. OSVALDOVÁ, J. *Akceptace získaného fyzického handicapu*. Bakalářská diplomová práce obhájená Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně 2006. 48s.
24. PANEŠ, V. *Vybrané kapitoly z chirurgie, traumatologie, ortopedie a protetiky*, 1.,vydání. Olomouc nakladatelství Epava, 1993. 180s. ISBN 80-901471-2-7
25. POKORNÝ, V. et al. *Traumatologie*, 1.,vydání. Praha Nakladatelství Triton, 2002. 307s. ISBN 80-7254-277-X
26. PUTNIORZOVÁ, Š. *Tělesné postižení jako následek úrazu*. Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2010. 85s.
27. ROKYTA, R. et al. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, ošetřovatelství, pedagogických a tělovýchovných oborech*, 2.,vydání. Praha ISV nakladatelství, 2008. ISBN 80-86642-47-X
28. SOSNA, A. et al. *Základy ortopedie*, Praha Nakladatelství TRITON, 2001. ISBN 80-7254-202-8

29. VAĎUROVÁ, H. – MÜHLPACHR, P. *Kvalita života, teoretická a metodologická hlediska*, 1.,vydání. Brno Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7
30. VIŠŇA, P. – HOCH, J et al. *Traumatologie dospělých*, Praha MAXDORF s.r.o, 2004. ISBN 80-7345-034-8
31. WENDSCHE, P. – KRÍŽ, J. *Doporučené postupy, péče v akutní fázi po poškození míchy*, Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2005
32. WHO. MKF *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*, 1.,vydání. Praha nakladatelství Grada Publishing, a.s., 2001. ISBN 978-80-247-1587-2
33. ZAPLATÍLKOVÁ, K. *Tělesné postižení jako následek úrazu u dospělých osob*. Bakalářská práce obhájená na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2006. 45s.
34. ZEMAN, M. et al. *Speciální chirurgie*, 1.,vydání. Praha nakladatelství Galén, 2001. ISBN 80-7262-093-2. Praha nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0244-X

Internetové zdroje:

35. Centrum Paraple [online]. Dostupné na:<<http://www.paraple.cz/o-nas.html>>[citováno: 4.3.2013]
36. Česká spondylochirurgická společnost. Seznam spondylochirurgických pracovišť ČR <<http://www.spine.cz/index.php/cs/seznam-pracovi>> [citováno: 2. 3. 2013]
37. Dráč, P.*Traumatické amputace* [online]. Dostupné na: <<http://public.fnol.cz/www/urgent/seminare/20070913/AMP.pdf>> [citováno: 8.2. 2013]
38. Fakultní nemocnice Olomouc. *Replantace*[online]. Dostupné na: <http://www.fnol.cz/oddeleni-plasticke-a-esteticke-chirurgie-sluzby-sekce_403.html>[citováno: 8.2. 2013]
39. Helpnet.cz Informační portál pro osoby se specifickými potřebami [online]. Dostupné na:<<http://www.helpnet.cz/>> [citováno: 18. 3. 2013]
40. Kalnická, V., Votinský, J. (2008) *Výsledky šetření o zdravotně postižených osobách v České republice za rok 2007*.Práce a sociální statistiky [online]. Dostupné na: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane_statisticke_udaje_OZP_2007.pdf> [citováno: 3.2.2013].

41. Klinika adiktologie. Ohniskové skupiny jako evaluační nástroj [online]
<<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/593/3851/Ohniskove-skupiny-jako-evaluacni-nastroj>> [citováno: 2. 4. 2001]
42. Kloud, M., Fibír, A. *Replantace* [online]. Dostupné na:
<<http://www.handsurgery.cz/news/replantace/>> [citováno: 8.3.2013]
43. Králová, J. *Sociální opora* [online]. Dostupné
na:<www.lf.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF/...LF/.../Socialni_opora.ppt> [citováno:
20.3.2013]
44. Krbec, M. *Poranění páteře* [online].
Dostupná na:<http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Ortopedie_B/Ortopedie_2/Ortopedie_2.htm> [citováno: 5.2.2013]
45. Kříž, J., Špaňhelová, Š. *Rehabilitace pacientů po poškození míchy*. Zdravotnické noviny [online]. Dostupné na: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/rehabilitace-pacientu-po-poskozeni-michy-167784>> [citováno 5.3.2013]
46. M.A. Ortopedická Protetika s.r.o. [online]. Dostupné na:
<<http://www.maprotetika.cz/>> [citováno: 10.3.2013]
47. MPSV, Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Dostupné
na:<<http://www.mpsv.cz/cs/8>> [citováno: 4.4.2013]
48. Patobiomechanika a Patokinesiologie KOMPENDIUM [online]. Dostupné na:
<<http://biomech.ftvs.cuni.cz/pbpk/kompendum/anatomie/dk.php>> [citováno:
3.2.2013]
49. *Rehabilitace osob s omezením hybnosti* [online]. Dostupné na:
<<http://www.uss.upol.cz/cz/.../2-rehabilitace-osob-s-omezenim-hybnosti.ppt>> [citováno: 18.3.2013]
50. Sběrka právních předpisů, průvodce zákony ČR. 356/2012 Sb. [online]. Dostupné
na:<<http://www.esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/sb?DR=SB&CP=2012s356>> [citováno:
2.4.2013]
51. Sobotík, Z. (1998) Zkušenosti s použitím předběžné verze amerického dotazníku o zdraví (SF-36). Zdravotnictví v České republice 1, č. 1-2. Dostupné z:
<<http://www.zdravcr.cz/Archiv/1998/1-2/14.pdf>> [citováno: 26.3.2013]
52. Sociální péče o osoby se zdravotním postižením [online]. Dostupné
na:<<http://www.inovacejsouin.chrudim.cz/>> [citováno: 18.3.2013]

53. Vojtová, J. [online]. Dostupné na: <<http://www.osetrovatelestvi.eu/>> [citováno: 10.3.2013]
54. *Zákony pro lidi.cz. Předpis č. 329/2011 Sb. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů* [online]. Dostupné na: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>> [citováno: 2. 4. 2013]
55. *ÚZIS Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2006 - 2011* [online]. Dostupné na: <<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>> [citováno: 2. 4. 2013]

SEZNAMY

Seznam zkratek

ČSÚ	Český statistický úřad
OZP	osoba se zdravotním postižením
CNS	centrální nervový systém
PNP	přednemocniční péče
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i> - doporučený ucelený systém péče o poraněné
ZZS	zdravotnická záchranná služby
LZS	letecká záchranná služba
RTG	rentgenové vyšetření
CT	počítačová tomografie
MRI	magnetická rezonance
MEP	motorické evokované potenciály
SEP	senzitivní evokované potenciály
TEN	trombembolická nemoc
DC	dýchací cesty
TS kanyla	tracheostomická kanyla
NGS	nasogastrická sonda
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	permanentní močový katetr
ČIK	čistá intermitentní katetrizace
ČIAK	čistá intermitentní autokatetrizace
UZ	ultrazvukové vyšetření
PNF	proprioreceprvní neuromusculární facilitace
DK	dolní končetina
HK	horní končetina
ADL	<i>Activites of Daily Living</i> - aktivity každodenního života
MESS	<i>Mangled Extremity Severity Score</i> - hodnocení rozsahu rozdrčení končetiny
PN	pracovní neschopnost
ATB	antibiotika
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
WHO	<i>World Health Organization</i> - Světová zdravotnická organizace

ICIDH	<i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps</i>
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
RHB	rehabilitace
ÚP	úřad práce
TK	krevní tlak
FF	fyziologické funkce
QOL	<i>Quality of life</i> – kvalita života
HRQL	<i>Health Related Quality of Life</i> – kvalita života související se zdravím
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i> – dotazník WHO pro hodnocení kvality života
WHOQOL – BREF	zkrácená verze dotazníku WHOQOL
EORTC	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i> – dotazník Evropské organizace pro výzkum a léčbu rakoviny
SGUALA	<i>Subjective Quality of Life Analysis</i> - sebesuzovací dotazník
SEIQOL	<i>Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life</i> - dotazník pro hodnocení individuální kvality života
PTG	<i>posttraumatic growth</i> – posttraumatický rozvoj
PTSD	<i>posttraumatic stress disorder</i> – posttraumatická stresová porucha
SOC	<i>sence of coherence</i> – soudržnost lidské osobnosti

Seznam obrázků

Obr.1: Vývojový diagram (Wendsche, Kříž, 2005, s.23)	22
Obr.2: Protézy po amputaci dolních končetin (zdroj: www.ortoprotet-lbc.cz)	49
Obr.3: Teorie rozvoje osobnosti, který je iniciován negativními událostmi (modifikovaně podle Joseph, Linley, 2008, s. 13, citováno z Mareš, 2012, s.28)	82
Obr.4: Schéma postupu výzkumu	85
Obr.5: Křivka posttraumatického rozvoje muže č.1	94
Obr.6: Křivka posttraumatického rozvoje muže č.2	106
Obr.7: Křivka posttraumatického rozvoje muže č.3	115

Seznam tabulek

Tab.1: Definice poruch hybnosti (Wendsche, Kříž, 2005)	17
Tab.2: Příznaky podle výše lokalizace míšní léze (Dědek, Ferko, 2002; Bydžovský, 2008)	20
Tab.3: MESS - hodnocení rozsahu rozdrčení končetiny (Kubeš, 2005).....	40
Tab.4: Amputace na dolní končetině dle výšky provedení (Sosna et al. 2001; Kubeš, 2005)	43
Tab.5: Porovnání kvantitativního a kvalitativního výzkumu (Hendl, 2005, citováno z Mareš, 2007)	64
Tab.6: Domény a indikátory HRQL podle WHO (Vaňurová, Mühlpachr, 2005)	66
Tab.7: Nejběžnější způsoby sběru dat při kvalitativních výzkumech kvality života (Mareš, 2007)	68
Tab.8: Srovnání metody životní křivky a metody krizové křivky (Mareš, 2012, s.67).....	88
Tab.9: Nejdůležitější momenty v rozvoji muže č.1	95
Tab.10: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj fyzické stránky muže č.1	96
Tab.11: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj psychické stránky muže č.1	97
Tab.12: Výsledky dotazníku PTGI u muže č.1	103
Tab.13: Nejdůležitější momenty v rozvoji muže č.2	107
Tab.14: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj fyzické stránky muže č.2	108
Tab.15: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj psychické stránky muže č.2	108
Tab.16: Výsledky dotazníku PTGI u muže č.2.....	112
Tab.17: Nejdůležitější momenty v rozvoji muže č.3	115
Tab.18: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj fyzické stránky muže č.3	116
Tab.19: Negativní a pozitivní faktory ovlivňující rozvoj psychické stránky muže č.3	116
Tab.20: Výsledky dotazníku PTGI u muže č.3.....	122
Tab.21: Negativní a pozitivní faktory, které ovlivňovaly rozvoj fyzické stránky respondentů.....	123

Tab.22: Negativní a pozitivní faktory, které ovlivňovaly rozvoj psychické stránky respondentů.....	124
Tab.23: Shrnutí doplňujících otázek k posttraumatickému rozvoji	127
Tab.24: Faktory ovlivňující kvalitu života respondentů	132
Tab.25: Přehled výsledků dotazníku PTGI.....	134

Seznam příloh

- Příloha č.1 Anatomie páteře
- Příloha č.2 Anatomie hřbetní míchy
- Příloha č.3 Inkompletní léze míšní
- Příloha č.4 Orientační vyšetření výšky neurologického postižení
- Příloha č.5 Spondylochirurgická pracoviště ČR na základě dat z roku 2011
- Příloha č.6 Spinální jednotky v ČR
- Příloha č.7 Spinální jednotky při rehabilitačních ústavech
- Příloha č.8 Součásti konzervativní terapie
- Příloha č.9 Anatomie DK
- Příloha č.10 Svépomocné skupiny
- Příloha č.11 Doplnující dotazy ke křivce posttraumatického rozvoje
- Příloha č.12 Polostrukturované interview
- Příloha č.13 Dotazník PTGI
- Příloha č.14 Doplnující dotazy ke křivce posttraumatického rozvoje – muž č.1
- Příloha č.15 Doplnující dotazy ke křivce posttraumatického rozvoje – muž č.2
- Příloha č.16 Doplnující dotazy ke křivce posttraumatického rozvoje – muž č.3

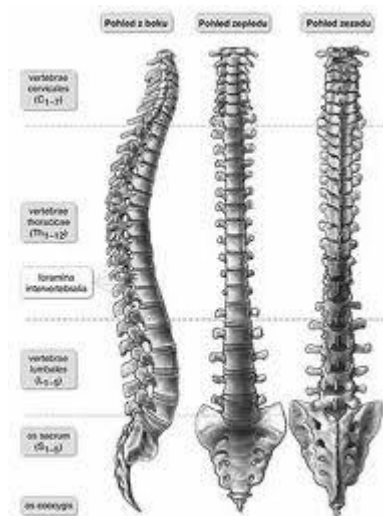
PŘÍLOHY

Příloha č.1 - Anatomie páteře

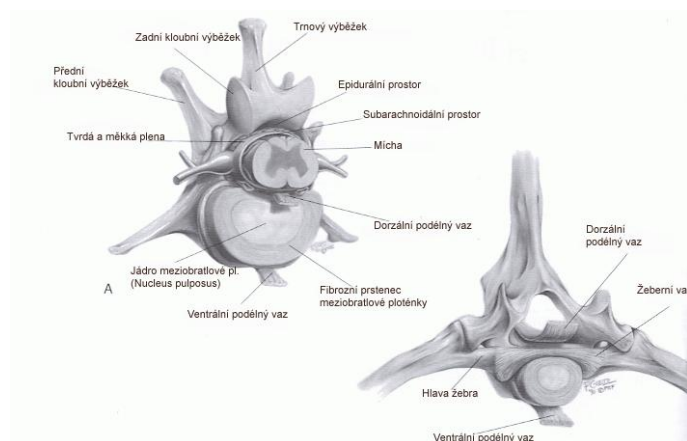
Páteřní sloupec tvoří 32 - 34 obratlů (vertebrae), 7 krčních obratlů (vertebrae cervicales C1– C7), 12 obratlů hrudních (vertebrae thoracicae Th1 – Th12), 5 obratlů bederních (vertebrae lumbales L1 – L5), kost křížová (vertebrae sacrales S1 - S5) a 3 – 5 obratlů kostrčních (vertebrae coccygeae).

Jednotlivé obratle (**anatomické segmenty**) jsou pohyblivě spojeny prostřednictvím vazivového aparátu a vytváří pohybové segmenty.

Pohybový segment je základní funkční jednotkou páteře (funkcional spinal unit). Skládá se z těla dvou sousedících obratlů s chrupavčitými krycími plochami, meziobratlové ploténky, předního a zadního podélného vazy, kloubních výběžků, obratlového oblouku s trnovým výběžkem a supra- a interspinálních vazů.



Obr. 1: Páteř (zdroj: www.skolio.cz)



Obr. 2: Obratel a mícha (zdroj: <http://vertebrogenni-poruchy.ic.cz>)

Meziobratlová ploténka (discus intervertebralis) – destiček je celkem 23, jsou vytvořeny v nesakrálním (pohyblivém) úseku páteře. Spojují terminální plochy sousedních obratlových těl, s nimiž se proto tvarově shodují. Je tvořena z **anulus fibrosus** – prsteneček cirkulárně probíhajících vláken vazivové chrupavky a fibrosního vaziva při obvodu discu a **nukleus pulposus** – představuje vodnaté řídké jádro kulovitého až diskovitého tvaru, uložené uvnitř každého discu. Okolo něho se obratle při všech vzájemných pohybech naklánějí.

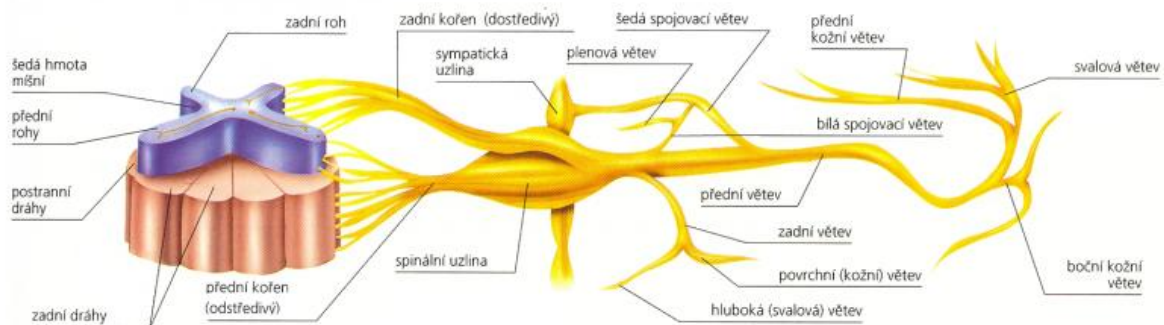
Vazy – ligamenta – na páteři rozlišujeme:

- **dlouhé vazy** – podélně poutají prakticky celou páteř
- **krátké vazy** – spojují oblouky a výběžky sousedních obratlů (Kaltofen, Česák, 2006; Zeman et al., 2001; Čihák, 1987)

Příloha č.2 - Anatomie hřbetní míchy

Hřbetní mícha začíná u okraje velkého týlního otvoru (foramen occipitale magnum), od prodloužené míchy (medulla oblongata) ji odděluje zkřížení pyramidové dráhy (decussatio pyramidum) a končí zaobleným koncem, conus medullaris v oblasti přechodu L1/2. Z něj vybíhá ztenčené pokračování míchy (filum terminale), které pokračuje až ke kostrči a upíná se do obalů míchy.

Na průřezu míchou je patrná šedá a bílá hmota. Uprostřed probíhá tenký kanálek (canalis centralis).



Obr. 3: Hřbetní mícha a spinální nerv (zdroj: ms.gsospg.cz)

Šedá hmota (substantia grisea) odpovídá nahromadění těl neuronů a má motýlovitý tvar. Vytváří velké zadní a přední a malé postranní rohy míšň. V prostoru si je lze představit jako podélně orientované sloupce. V předních rozích míšň leží motoneurony, jejichž axony jsou motorickými – odstředivými vlákny míšňích nervů. V postranních rozích jsou jádra vegetativního nervového systému, jejichž výběžky inervují hladkou svalovinu a žlázy. V zadních rozích míšň se nachází tzv. relé buňky, které přepojují například terminace senzitivních vláken přicházejících zadním kořenem míšňím (dostředivá vlákna míšňích nervů). Šedá hmota je centrem segmentových míšňích reflexů.

Bílá hmota (substantia alba) je tvořena nervovými vlákny (výběžky nervových buněk – axony, dendrity a glie). Je rozdělena na 3 míšní provazce. Přední provazce míšni vedou vlákna descendentní motorické dráhy. Zadní provazce míšni vedou vlákna ascendentní senzitivní dráhy a postranní provazce obsahují oba typy vláken. Zprostředkovávají oboustranné spojení míchy s vyššími oddíly CNS nebo s jednotlivými úseky míchy.

Kořenová vlákna odstupující z míchy tvoří míšní kořeny. Spojením předních a zadních kořenů vzniká míšní nerv. Úsek míchy, ze kterého odstupuje jeden pár míšních nervů je míšní segment. Z míchy odstupuje 31 párů míšních nervů (C1-8, Th1-12, L1-5, S1-5, Co). První míšní nerv odstupuje mezi bazí lební a prvním krčním obratlem. Nervové kořeny tvoří v oblasti thorakolumbálního přechodu svazek zvaný cauda equina.

Příloha č.3 – Inkompletní léze míšni

Tab. 1 Příznaky podle typu postižení (Kaltofen, Česák, 2006; Pokorný et al., 2002; Víša, Hoch et al., 2004)

<i>Syndrom míšni hemisekce (Brown-Séquardův)</i>	Postižena je jedna polovina míchy. Důsledek je ztráta motoriky, polohocitu na jedné straně a citivosti na bolest, teplo, chlad na straně druhé. Tvoří 2-4% spinálních traumat, má nejlepší prognózu.
<i>Syndrom centrální části míchy (Schneiderův syndrom)</i>	Jde o postižení centrální části míchy. Důsledkem je motorická slabost horních končetin, menší postižení dolních končetin, poruchy čití různého stupně pod úrovní léze a sfinkterová disfunkce (obvykle jde o retenci moče). V proximálních částech HK často patologicky zvýšený práh citlivosti pro bolest. Je nejběžnějším typem nekompletního poranění míchy.
<i>Syndrom přední míchy (syndrom arterie spinalis anterior)</i>	Céva bývá tangována dislokovaným fragmentem. Důsledkem je výpadek přední šedé hmoty pro motoriku a bolest. Je zachována funkce zadního provazce, a tím polohocit. Syndrom je charakterizován paraplegií pod místem léze a disociovanou poruchou čití. Při tomto syndromu převažuje postižení horních končetin. Z nekompletních míšních lézí má tento syndrom nejhorší prognózu.
<i>Syndrom zadní míchy</i>	Je relativně vzácný. Typická je ztráta a porucha vnímání polohocitu.
<i>Syndrom míšního konu</i>	Jde o poměrně častý syndrom, neboť míšni konus se nachází mezi relativně nepohyblivým hrudním segmentem a pohyblivějším segmentem bederním. Klinický obraz je kombinací chabé paraparézy a postižení sfinkterů. V chronické fázi dochází ke spasticitě a atrofii svalů.
<i>Syndrom kaudy</i>	Jedná se o poranění pod úrovní konce míchy (nejčastěji L1, L2) zasahující kořeny kaudy. Projeví se snížením až ztrátou análního reflexu, hyperstezií vnitřní strany stehna, perigenitální a perianální oblasti. Dále bolestmi vystřelujícími do DK.
<i>Přechodné syndromy</i>	Patří sem otřes míchy a syndrom pálivých rukou.

Příloha č.4 – Orientační vyšetření výšky neurologického postižení

Tab.2 Funkční schéma ke stanovení výšky neurologického poškození – myotomy (Pokorný et al., 2002)

Funkce	Svaly	Segment
dýchání	bránice	C3, 4, 5
ohybače lokte	m.biceps brachií, m. brachialis	C5, 6
natahovače zápěstí	m. extensor carpi radialis, longus et brevis	C6, 7
funkce ruky	mm.interossei, tenar	C8, Th1
přitažení v kyčli (addukce)	m. adduktor longus et brevis	L2, 3
natahovač kolena	m. quadriceps	L3, 4
dorsální flexe nohy	m. tibialis anterior	L4, 5
natahovač palce	m. extensor hallucis longus	L5
plantární flexe nohy	m. triceps surae	S1
anální svěrač	m. sfinkter ani externus	S2, 3, 4

Tab.3 Schéma výšky senzitivního deficitu – dermatomy (Pokorný et al., 2002)

	Segment
horní část krku, šije	C2
rameno	C4
palec	C6
ukazovák, prostředníček	C7
prsteníček a malík	C8
mečový výběžek	Th6
krajina pupeční	Th10
třísla	L1
koleno	L3, 4
palec nohy	L5
pata a prsty	S1

Příloha č.5 - Spondylochirurgická pracoviště ČR na základě dat z roku 2011 (Česká spondylochirurgická společnost [online]):

- **Kategorie A**

Neurochirurgická klinika FN Hradec Králové
Neurochirurgie FN Ostrava – Poruba
Neurochirurgická klinika FN Olomouc
Neurochirurgické oddělení Nemocnic Na Homolce
Neurochirurgické Nemocnice Pardubice
Neurochirurgická klinika FN Plzeň
Neurochirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.
Spondylochirurgické centrum FN Motol Praha
Ortopedická klinika FN Brno Bohunice
Ortopedická klinika FN Královské Vinohrady
Neurochirurgická klinika ÚVN Praha Střešovice
Spinální tým (Nch a Traum) Krajské nemocnice Liberec
Spinální tým (Nch a Orto) Krajské Masarykovy nemocnic Ústí nad Labem

- **Kategorie B**

Spinální jednotka ÚN Brno
Neurochirurgie Krajské nemocnice Pardubice
Neurochirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno
Ortopedická klinika FN Plzeň
Oddělení chirurgie páteře Karvinské hornické NsP
Neurochirurgické oddělení FN Motol
Neurochirurgické oddělení Baťovy nemocnice Zlín

Příloha č.6 - Spinální jednotky v ČR (spinální jednotky – dokument [online]):

FN Motol - Praha
Úrazová nemocnice v Brně
FNsP Ostrava - Poruba
Krajská nemocnice Liberec

Příloha č.7 - Spinální jednotky při rehabilitačních ústavech (spinální jednotky – dokument [online]):

Rehabilitační ústav Kladruby
Hamzova odborná léčebna pro děti a dorost Luže Košumberk
Rehabilitační ústav Hrabyně

Příloha č.8 - Součásti konzervativní terapie

- **funkční léčba** – nejčastěji se používá u poranění Th a L páteře. Jejím principem je klidový režim a speciální gymnastika zádového a břišního svalstva (izometrické posilování – bez pohybu páteře)
- **ortéza** – jedná se o plastové nákrčníky či límce zpevňující a imobilizující oblast krční páteře a korzety pro oblast thorakolumbálního přechodu, díky špičkové úrovni současné protetiky jsou korzety vytvářeny každému pacientovi přesně na míru podle jednotlivých typů a lokalizace poranění páteře.
- **sádrové obvazy** - sádrové korzety (Minerva pro oblast krční páteře, klasický sádrový korzet) a sádrové lůžko – určené pro zlomeniny v oblasti Th – L přechodu.
- **halo – fixace** – používá se pro léčbu zlomenin v oblasti krční páteře.
- **trakce** – indikována při poranění krční a thorakolumbální páteře. K tahu za hlavu se dnes nejčastěji používá halo – čelenka , jako protitah stačí u krční páteře hmotnost těla při zvednutí čela postele, u thorakolumbální páteře pak oboustranná Kirschnerova extenze za kondyly femuru. (Zeman et al., 2001).

Příloha č.9 – Anatomie DK

Kostra a kloubní spojení na dolní končetině

Kostěný základ DK tvoří pletenec pánevní a kosti volné dolní končetiny. Jednotlivé kosti jsou mezi sebou spojeny kloubně.



Obr. 4: Kostra dolní končetiny (Zdroj: skolajecna.cz)

Pletenec pánevní

Pletenec pánevní je složen z pravé a levé *pánevní kosti (ossa coxae)*, které jsou vzadu napojeny na nepárovou *kost křížovou (os sacrum)* a vepředu na chrupavčitou ploténku – *sponu stydkou (symphysis pubica)*. Všechny tyto kostěné útvary spolu se symfýzou tvoří pánev (pelvis). K nim se pak připojuje vlastní kostra volné DK.

Kost pánevní se skládá ze tří, původně samostatných kostí: *kyčelní kosti (os ilium)*, *sedací kosti (os ischii)* a *stydke kosti (os pubis)*.

Pánev plní funkci transmisního systému – je mezičlánkem mezi páteří a dolními končetinami, podpůrného a protektivního systému – kostěná schránka orgánů a inzerční plochy – plocha, od které začíná nebo na kterou se upíná řada svalů.

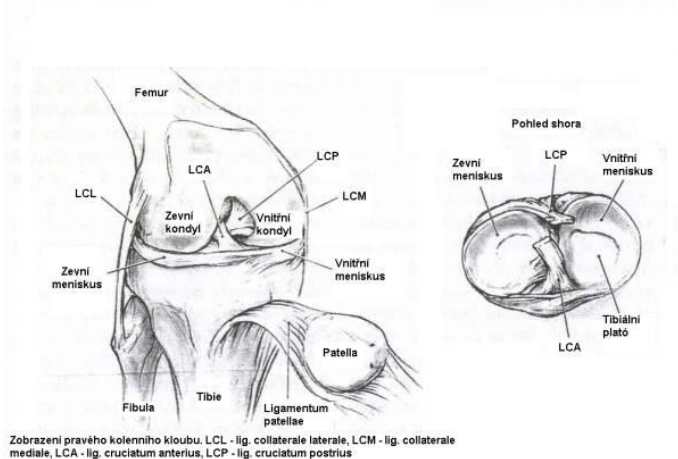
Volná dolní končetina

Kyčelní kloub (articulatio coxae) je kulový kloub, na který je přenášena váha celého lidského těla. Spojuje stehenní kost (resp. volnou dolní končetinu) s pletencem dolní končetiny.

Stehno je masivní a především nosnou částí DK, která je bezprostředně zatížena hmotností trupu. Základem je *stehenní kost (femur)*, která je nejmohutnější a nejdelší kostí lidského těla a má klíčový význam pro chůzi.

Kolenní kloub (articulatio genus) je kloubem složeným, stýkají se v něm femur, tibia, patella a vazivově chrupavčité kloubní menisky. Pohyb mezi těmito kostmi zkracuje a prodlužuje délku dolní končetiny při chůzi, což zmenšuje vychylování těžiště těla a chůze se energeticky ekonomizuje.

Češka (patella) je sezamská kost, tvaru trojúhelníku, která se vyvinula v úponové šlaše čtyřhlavého svalu stehenního.



Obr. 5 Kolenní kloub (Zdroj: www.acl-plastika.wbs.cz)

Bérec (crus) jeho skelet tvoří kost holenní a lýtková.

Kost holenní (tibia) je nosná kost bérce s proximálně rozšířeným koncem, který tvoří s chrupavčitými menisky kaudální část kloubní plochy kolenního kloubu. Distální konec

holenní kosti tvoří kloubní plochu horního hlezenního kloubu s hlezenní kostí (talus) a je zakončen *vnitřním kotníkem (malleolus medialis)*.

Kost lýtková (fibula) je dlouhá tenká kost, uložena na laterální straně bérce a její distální konec tvoří *zevní kotník (malleolus lateralis)*. Funkce bérce je podobná funkci předloktí – zkracuje délku dolní končetiny. Při chůzi jde o pouhou změnu délky, proto i možnost vzájemného pohybu obou bérceových kostí je minimalizovaná. Elastickým článkem dolní končetiny je noha.

Spojení lýtkové a holenní kosti (articulatio tibiofibularis) je kraniálně spojením hlavičky fibuly a zevního kondylu tibie s minimálním rozsahem pohybu, distálně tvoří spojením tibiofibulární syndesmosou vidlici hlezenního kloubu.

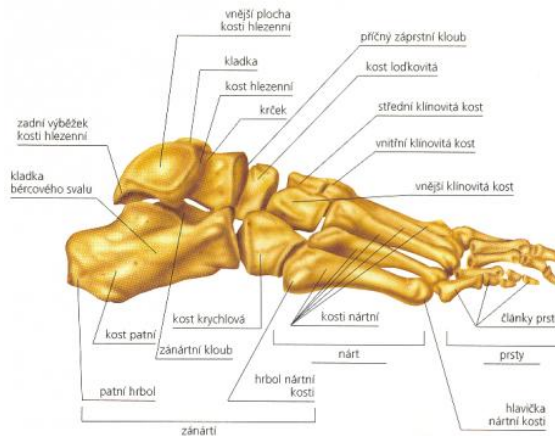
Hlezenní kloub (articulatio talocruralis) – je kloub složený, ve kterém se spojují kosti bérce s kostí hlezenní.

Noha (pes) jako anatomický termín označuje část dolní končetiny distálně od hlezenního kloubu. Je rozdělena na tři oddíly: zánártí, nárt a články prstů.

Zánártí (tarsus) tvoří 7 kostí zánártních (*ossa tarsi*). Jsou to: *kost hlezenní (talus)*, *kost patní (calcaneus)*, *kost loďkovitá (os naviculare)*, *tři kosti klínovité – vnitřní, střední a zevní (os cuneiforme mediale, intermedium a laterale)* a *kost krychlová (os cuboideum)*.

Nárt (metatars) je spoluvytvářen prvním až pátým *metatarssem (ossa metatarsi)*.

Kosti prstů (phalanges digitorum pedis) představují články prstů. Palec má články dva, druhý až pátý prst mají po třech člancích, a to proximální, střední a distální.



Obr. 6 kostra nohy (zdroj: www.latinsky.estranky.cz)

Svaly dolní končetiny

Na lokomoci se spolu s klouby podílí svaly dolní končetiny, které vytváří skupiny podle svého vztahu k velkým kloubům:

- **Skupiny svalů kyčelního kloubu (*musculi coxae*)** – v přední skupině svalů je jen *m. iliopsoas*, v zadní skupině jsou na povrchu svaly hýžd'ové *musculi glutanei* (*m. glutaneus maximus, medius, minimus*) a vpředu *m. tensor fasciae latae*; v hluboké

vrstvě jsou tzv. pelvitrochantarické svaly – m.piriformis, mm.gemelli, m.obturatorius internus a m.quadratus femoris. Inervace přichází z plexus sacralis.

- **Skupina svalů stehenních (*musculi femoris*)**- vytvářejí tři skupiny – ventrální (m.sartorius, m. quadriceps femoris – je mohutný extensor kolena), mediální – tvoří adduktory stehna (m.pectineus, m. adduktor longus, m. gracilit, m. adduktor brevis, m. adduktor magnus a m. obturatorius externus) a dorsální –obsahuje flexory kolenního kloubu, které jsou současně pomocnými extensory kloubu kyčelního (m.biceps femoris, m. semitendinosus a m. semimembranosus).
- **Svaly bérce (*musculi cruris*)**- jsou uloženy ve třech skupinách: přední – jsou funkčně extensory prstů a nohy a supinátory nohy (m. tikalis anterior, m. extensor digitorum longus a m. extensor hallucis longus); laterální – funkčně jsou pomocné flexory nohy a pronátory nohy (m.peronaeus longus, m.peronaeus brevis); dorsální – jsou funkčně flexory nohy a prstů, jsou rozdělené na vrstvu povrchovou (m.triceps surae) a hlubokou (m.popliteus, m.tibialis posteriori, m. flexor digitorum longus, m. flexor hallucis longus
- **Svaly nohy (*musculi pedis*)** – svaly na hřbetu nohy – funkčně extensory palce a prstů (m. extensor digitorum brevis, m.extensor hallucis brevis); svaly na plantě - svaly palce, malíku, svaly střední skupiny (Čihák, 1987).

Příloha č.10 – Svépomocné skupiny

(<http://www.helpnet.cz/telesne-postizeni/organizace-telesne-postizenych>):

Česká asociace paraplegiků – CZEPA – hájí zájmy lidí ochrnutých po poranění míchy a pomáhá jim vytvářet podmínky k tomu, aby se co nejrychleji po úrazu opět vrátili k aktivnímu, nezávislému způsobu života, a to i bez ohledu na stupeň svého postižení, doplňuje sociální a zdravotní pomoc státu u lidí s velmi těžkým postižením a potřebou individuální pomoci – je krizovým centrem.

Liga za práva vozíčkářů – Občanské sdružení se sídlem v Brně usiluje o naplnění lidských práv zdravotně postižených a aktivizuje občany s postižením k pracovní, rehabilitační, rekondiční i zájmové činnosti, prosazování a obhajování svých práv. Základním rysem jejich projektů je snaha o zlepšení kvality konkrétního života konkrétního člověka s postižením.

Ostravská organizace vozíčkářů (OOV) – je dobrovolné a nezávislé občanské sdružení, pro těžce tělesně postižené občany, pohybující se pomocí invalidních vozíků a jejich „zdravé přátele“. Hlavním cílem je prosazování nezávislých forem života zdravotně handicapovaných občanů.

Pražská organizace vozíčkářů (POV) – centrum samostatného života jeho program je zaměřen na poskytování komplexních služeb lidem s tělesným postižením.

Sportovní klub vozíčkářů Praha – organizují různé sportovní aktivity pro tělesně postižené.

Spolek TREND vozíčkářů Olomouc – patří k největším poskytovatelům osobní asistence v rámci celé ČR. Jeho posláním je napomáhat všestranné integraci těžce tělesně postižených občanů.

Svaz tělesně postižených v ČR – zajišťuje půjčovnu kompenzačních pomůcek, rehabilitační a rekondiční pobyty, dětské ozdravné tábory, pomo při začleňování ZP občanů do zaměstnání, bezúročné půjčky atd.

Český svaz tělesně postižených sportovců

Sdružení zdravotně postižených občanů a jejich přátel

Klub vozíčkářů Petýrkova

Klub aktivních vozíčkářů

Příloha č.11 – Doplnující dotazy ke křivce posttraumatického rozvoje

- Když si vzpomenete na svůj psychický stav bezprostředně po úraze a dnes, jak se cítíte?
- Co bylo horší – strádání fyzické nebo duševní?
- Co jste cítil bezprostředně po úraze? Projevoval jste své pocity?
- Kdy vám, v období po úraze, bylo nejhůře? (Co vám komplikovalo kvalitu života? Léčba, zacházení/přístup zdravot.personálu, rodiny, reakce okolí,...?)
- Které momenty v období po úraze hodnotíte kladně? (Kdo nebo co vám naopak pomohlo vyrovnat se s postižením? Co vám zlepšovalo kvalitu života?)
- Kdo vám byl oporou? Kdo a jak vám nejvíce pomohl?
- Co vás drželo nad vodou?
- Kdy jste cítil, že nastal zlom a situaci jste začal zvládat?
- Co jste mohl sám ovlivnit? Co jste dělal vy sám pro to, abyste se cítil lépe?
- Co bylo mimo vaše možnosti?
- Po tom čím jste prošel, co by jste poradil člověku, který se ocitne v podobné situaci? Co by měl dělat/ nedělat? (rady do života)

Příloha č.12 – Polostrukturované interview

Co považujete za důležité?

Jaký je aktuální stav?

Jak se stav proměňoval od úrazu doted'?

Jak to vidíte do budoucna?

Domény:

- **Fyzické zdraví (tělesné zdraví, fyzická kvalita života)**
Zdraví, pohyb, celkový vzhled - současný stav, minulost.
Samostatnost, soběstačnost – hygiena, výživa, oblečení.
- **Psychická pohoda (psychická kvalita života)**
Emoce, vnímání, prožívání, sebeúcta, sebekontrola. Životní spokojenost, životní cíle, pocit kontroly nad životem. Jakým způsobem jste se to snažil zvládnout?
- **Sociální vztahy (socioekonomické)**
Partnerský vztah, rodina (podpora emocionální,..), přátelé, koníčky, zaměstnání, finanční nezávislost, využívání sociálních a zdravotních služeb, životní úroveň.
- **Každodenní život**
Domácí aktivity, koníčky, volný čas, relaxační činnost, dosahování osobních cílů a tužeb plány do budoucna aktivity podporující udržení a rozvoj vědomostí a zručnosti aktivity podporující udržení zdraví.
- **Spiritualita**
Osobní hodnoty, přesvědčení, víra.

Příloha č. 13 – Dotazník PTGI - CZ

Dotazník PTGI-CZ

© R. G. Tedeschi, L.G. Calhoun, University of North Carolina – Charlotte 1996

© Český překlad: M. Preiss, (1. LF UK Praha), J. Krutiš, J. Mareš (LF UK Hradec Králové) 2008

Pokyny pro vyplňování

Každý člověk zažije ve svém životě něco těžkého, velmi vážného, co ho přiměje, aby se trochu změnil.

Specifikujte těžkou, traumatickou událost nebo událost, která Vám změnila život:

<input type="checkbox"/> ztráta milované osoby <input type="checkbox"/> vážná nemoc <input type="checkbox"/> násilný čin, přepadení, týrání, znásilnění <input type="checkbox"/> nehoda nebo zranění <input type="checkbox"/> přírodní katastrofa, povodeň, požár, vichřice <input type="checkbox"/> invalidita <input type="checkbox"/> ztráta zaměstnání	<input type="checkbox"/> vážné finanční potíže <input type="checkbox"/> změna pracovní pozice nebo stěhování <input type="checkbox"/> změna v rodině, ale rodina zůstává <input type="checkbox"/> rozvod <input type="checkbox"/> odchod do důchodu <input type="checkbox"/> válka <input type="checkbox"/> jiná těžká událost (vypište)
--	--

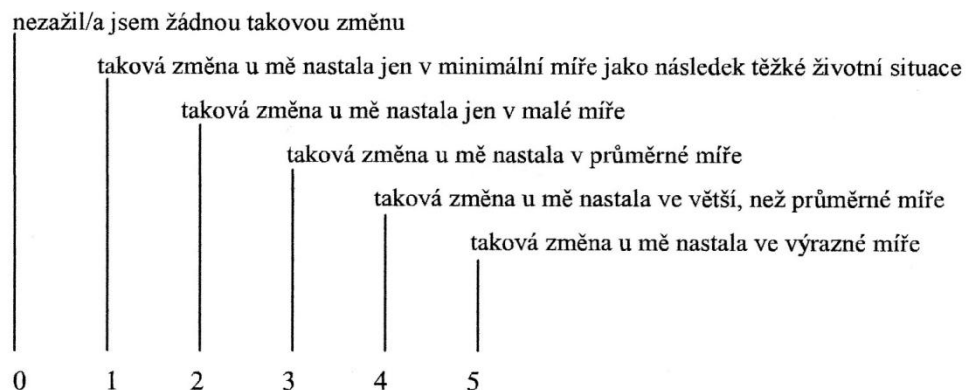
Uveďte **dobu**, která od této těžké události už uplynula:

6 měsíců až 1 rok; více než rok až 2 roky; více než dva roky až 5 let; více než 5 let

Zde je několik tvrzení; zjišťují, v čem je člověk, který prodělal těžkou životní situaci, teď už jiný.

Přečtěte si pečlivě každé tvrzení, promyslete, jestli se týká právě Vás a označte **zakroužkováním** tu variantu, která s nejvíce blíží Vašemu názoru. Pokud se spletete nebo se rozhodnete dodatečně změnit svou odpověď, nevadí. Škrtněte to, co neplatí a zakroužkujte to, co platí.

Zde je nabízená stupnice odpovědí:



1. Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	0	1	2	3	4	5
2. Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5
5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5

6. Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5
7. Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5
8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážit každého dne	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Děkujeme Vám za ochotu a prosíme: projděte ještě jednou celý dotazník a zkontrolujte, jestli jste někde nezapomněli uvést svoji odpověď. Těžko bychom ji za Vás domýšleli...

Příloha č.14 –Doplňující dotazy ke křivce posttraumatického rozvoje – muž č.1

Když si vzpomenete na svůj psychický stav bezprostředně po úrazu a dnes, jak se cítíte?

„Probral jsem se ještě tentýž den před operací, v té době jsem si celkově závažnost svého stavu neuvědomoval, nepřipouštěl jsem si, že to bude napořád. Doufal jsem, že to bude lepší, že se úplně uzdravím. Dnes nic moc, měl bych být rád, že chodím, ale už jsem o 10 let starší a teď řeším jiné věci než v 25. Řeším, že bych měl mít nějaký režim, chodit do práce, mít rodinu a tak. S postižením jsem smířenej, s tím, že to je tak, jak to je. Nejsem zklamanej, že to tak je. Jsem rád, že to dopadlo tak, mohlo to dopadnout daleko hůř. Každý den jsem si uvědomoval, jak je to krásný, když člověk může vstát z postele a jít tam kam chce. Uvědomoval jsem si každodenní maličkosti. Člověk by si měl vážit toho, co má. Někdo má třeba tu rodinu, je zdravěj a ani si to třeba neuvědomuje, co má, protože to bere, když nepozná něco horšího, tak to bere jako samozřejmost. Ale to třeba někdy bere tak jako nevědomky, neví, že někdo by se mohl mít hůř. Člověk, kdo třeba chodí, tak si neuvědomí jakej je to dar, pokud nepoznal, že třeba jsou lidi, který nikdy nechoděj, nebo to maj stížený. Jenže to člověk, kterej si neprožije tu horší stránku, tak to nemůže vědět, že jo. Spíš pro toho, kdo si to prožil, tak je to takový ponaučení. Nebo spíš takovej plus, možná takovej bonus, že si toho víc váží.“

Co bylo horší – strádání fyzické nebo duševní?

„Když se nad tím zamyslím, tak horší pro mě bylo strádání psychický, které se dostavilo až doma. Při pobytu po nemocnicích jsem si závažnost stavu neuvědomoval. V nemocnici, v Košumberku i v lázních jsem se cejtíl dobře. Byl jsem s lidma se stejným nebo podobným problémem a měli jsme pevně daný režim, byli jsme zkrátka všichni na jedné lodi. Doma jsem se cítil odloučený, nikam jsem nechodil, neměl jsem pevný řád.“

Co jste cítil bezprostředně po úrazu? Projevoval jste své pocity?

„Nepamatuji se jak jsem se cítil těsně po úraze, na bolesti si nepamatuju, dostával jsem léky proti bolesti. Neuvědomuju si, že bych se po psychické stránce cítil nějak výrazně špatně, myslel jsem si, že jsem byl v pohodě. Člověk to špatný zapomene a má v paměti jenom to dobrý. Ale zpětně jsem se od své přítelkyně dozvěděl, že jsem na tom psychicky nebyl moc dobře.“

Kdy vám, v období po úrazu, bylo nejhůř? (Co vám komplikovalo kvalitu života? Léčba, zacházení/přístup zdravot.personálu, rodiny, reakce okolí,...?)

„Těch momentů bylo několik. První byla rozdílná péče v brněnské nemocnici oproti nemocnici v Coloradu. Nešetrné překlady z lůžka na lehátko, nebo když jsem potřeboval změnit polohu na lůžku, tak mi sestra sdělila, že tady se polohuje po dvou hodinách a nikomu nebude dělat výjimky. Ale takhle se naštěstí nechoval všechen personál. Další moment byl rehabilitačním ústavu v Košumberku, kde to bylo těžký po fyzický stránce, nešlo mi cvičit, jak bych chtěl. Pak se v tu dobu se mnou taky rozešla přítelkyně. A asi

poslední byl návrat domů. Domů jsem se moc těšil, ale po týdnu jsem se začal cejtít hůř, najednou jsem byl mezi „normálníma, zdravýma lidma“.

Které momenty v období po úrazu hodnotíte kladně? (Kdo nebo co vám naopak pomohlo vyrovnat se s postižením? Co vám zlepšovalo kvalitu života?)

„Hodně mi pomohlo, když jsem začal jezdit na kole, byl jsem neomezenej, rozšířilo mi to možnost pohybu. Před úrazem jsem hodně sportoval a kolo patřilo k mým oblíbeným sportům. Takže to pro mě znamenalo „návrat k normálu“. Z Košumberka mě propustili domů v červenci, takže jsem na kole hodně jezdil i v rámci rehabilitace. Další bylo, že jsem si pořídil auto, to mi dalo pocit volnosti. To pro mě hodně znamenalo. Pak jsem byl úplně nezávislej, naložil jsem si kolo a mohl jsem kamkoliv jet si sám nezávisle. Určitě taky všechny pobyty v lázních a v rehabilitačním ústavu, které jsem od té doby navštívil. Vyhovuje mi pevný řád, den vyplněný povinnostmi, cvičením a lidi se kterejma se tu setkávám.“

Kdo vám byl oporou? Kdo a jak vám nejvíce pomohl?

„Ze začátku kamarádi, když někam jeli, tak mě vzali s sebou. Ale to je všechno ze začátku, když jste v nemocnici po úraze. Mám i kamarády, kterým můžu kdykoliv zavolat, ale s odstupem času je to jiný, už mají svý rodiny a nechcete je otravovat.“

Rodina. S mamkou máme dobrej vztah, ale bohužel bydlí v Krkonoších, tak se spolu tak často nevidáme. Po návratu domů mi hodně pomohla teta, když jsem něco potřeboval a hodně jsme si spolu povídali. Pak to byli taky kamarádi, který mě v nemocnici hodně navštěvovali.“

Co vás drželo nad vodou?

„Že jsem o tom všem moc nepřemýšlel, hodně jsem cvičil a doufal, že budu moct podnikat věci jako před úrazem, sportovat, cestovat.“

Kdy jste cítil, že nastal zlom a situaci jste začal zvládat?

„Asi největší zlom nastal v tom roce 2005. Řek jsem si, že takhle to dál nejde a musím konečně něco začít dělat. Tak jsem se konečně přestěhoval a začal bydlet sám. Pak jsem si koupil auto a na podzim jsem vyrazil do Jurských Alp. Tehdy jsem se začal konečně cejtít samostatnej a nezávislej.“

Co jste mohl sám ovlivnit? Co jste dělal vy sám pro to, abyste se cítil lépe?

„Cvičení, zatnul jsem zuby a hodně jsem cvičil a doufal, že se stav zlepší. Vytrvalost. Píle. Měl jsem štěstí, že před úrazem jsem dost sportoval a měl jsem dost vytrénovaný svaly. A taky jsem hodně čet, o Armstrongovi a horolezcích, o lidech kteří museli překonávat různý překážky a knížky, který jsem četl dřív, o autech o motorkách.“

Co bylo mimo vaše možnosti?

„Návrat mezi „normální“ lidi. No nebylo to úplně mimo moje možnosti, ale bylo to takový těžký, čím víc byl člověk doma, tak se jakoby zakuklil, a jak přestal chodit mezi lidi a tak pak nastal takový blok. Jak člověk nechodil do práce a nikam, to si ale člověk dělá sám, jak přestane někam chodit, tak to je špatný.“

Po tom čím jste prošel, co by jste poradil člověku, který se ocitne v podobné situaci? Co by měl dělat/ nedělat? (rady do života)

„Měl by být aktivní, zajímat se o věci, kterým se věnoval dřív. Neměl by zůstat sám.“

Příloha č.15 - Doplnující dotazy ke křivce posttraumatického rozvoje – muž č.2

Když si vzpomenete na svůj psychický stav bezprostředně po úrazu a dnes, jak se cítíte?

„Začátky si moc nepamatuju. Prej jsem byl hrozně bezradnej a nejistej, nemohl jsem si uvědomit ,kde jsem, co se mnou bude a co je tu za cizí lidi. A taky jsem všechny informace hned zapomínal. Když jsem začal trochu vnímat, myslím, že jsem bral celou situaci klidně, i když mamka tvrdí, že jsem teda klidnej nebyl. Víím, že jsem si přál hlavně být co nejdřív doma. A taky jsem se na sebe zlobil, že jsem na tu motorku sed. Ale doufal jsem, že to vyležím. Pak si ještě vzpomínám, že jsem chtěl být jako jeden postiženej v Liberci, kterej zvládal spoustu věcí. Dneska se cítím líp, jsem samostatnější, míň omezenej.“

Co bylo horší – strádání fyzické nebo duševní?

„Duševní“

Co jste cítil bezprostředně po úrazu? Projevoval jste své pocity?

„Zlobil jsem se na sebe, že jsem jel na motorce. Byl jsem tam bezradněj a nejistej, byl jsem v cizím prostředí, mezi cizíma lidma a přál jsem si být co nejdřív doma. Jsem uzavřenej.“

Kdy vám, v období po úrazu, bylo nejhůř? (Co vám komplikovalo kvalitu života? Léčba, zacházení/přístup zdravot.personálu, rodiny, reakce okolí,...?)

„V Kušumberku, čekal jsem, kdy se něco stane a ono se nedělo furt nic takovou dlouhou dobu, ale byl jsem tam mezi takovýma stejnýma, tak mi to tak nějak nepřišlo. A pak jsem přišel domů a nebylo to tam předělaný pořádně a taky táta, ten to nevzal, dodneška se spolu nebavíme. A než jsem měl auto, abych mohl sám lítat kam chci, kdy chci.“

Které momenty v období po úrazu hodnotíte kladně? (Kdo nebo co vám naopak pomohlo vyrovnat se s postižením? Co vám zlepšovalo kvalitu života?)

„Určitě nejvíc to auto a čtyřkolka, můžu mezi lidi a za kamarádama si sám zajet. To je něco úplně jinýho.

Známy kolem, ty na těch vozejkách, když jsem viděl co všechno zvládnou, kam až jezděj, to já nedělám ještě do teď. Jsem dost líný, musel bych se přinutit.“

Kdo vám byl oporou? Kdo a jak vám nejvíce pomohl?

„Kamarádi, že za mnou jezdili, že mě nenechali to....furt za mnou jezdili, furt se ptali a říkali, ať přijedu já za nima. Mamka, no to se bere jako samozřejmost... cha, cha.“

Co vás drželo nad vodou?

„Pořád žiju v tom, že jednou se to opravdu hodně zlepší, že se něco stane. Každý sebemenší pokrok v rehabilitaci mě hodně pomáhal. To byla vzpruha, povzbuzení na to, abych vydržel to cvičení. A to mě právě drží tím, že vím, že když budu trénovat a cvičit, tak třeba přijde ten zlom, že se zase něco zlepší. Neležím, nečumím do stropu, něco dělám. Aby až jednou jestli se někdy zvednu, tak aby to nebylo takový hrozný.“

Kdy jste cítil, že nastal zlom a situaci jste začal zvládat?

„Když jsem si koupil čtyřkolku, po tý jsem toužil, to byl sen.“

Co jste mohl sám ovlivnit? Co jste dělal vy sám pro to, abyste se cítil lépe?

„Cvičení, snažil jsem se hodně cvičit. A taky jsem modeloval auta, motorky, to jsem dělal už dřív, to byla moje záliba od malinka, a taky jsem si tím trénoval prsty. Taky si zajedu zakouřit, popřemejšlím. Nebo, když se mi něco povede, tak si taky za odměnu zakouřím. Čtu, hlavně o motorkách.“

Co bylo mimo vaše možnosti?

„Jak ty chudinky chodící si mi ztěžujou jak se jim špatně chodí a jak já se mám, že si můžu jezdit na vozejku. Nebo ty co choděj o berlích a říkají: „ten se má, že je na vozejku...“ a taky jsem už od jedné paní slyšel : „takový by měli být zavřený v ústavu“

Po tom čím jste prošel, co by jste poradil člověku, který se ocitne v podobné situaci? Co by měl dělat/ nedělat? (rady do života)

„Ať se snaží, ať se učí být samostatnej, soběstačnej, ať se toho naučí co nejvíc. Měl by hodně cvičit a nevzdávat to. Neměl by zůstat doma zavřenej, měl by se dostat mezi lidi, aby se neuzavřel sám do sebe.“

Příloha č.16 - Doplnující dotazy ke křivce posttraumatického rozvoje – muž č.3

Když si vzpomenete na svůj psychický stav bezprostředně po úrazu a dnes, jak se cítíte?

„Celou situaci jsem vnímal, otevřel jsem oči a chtěl jsem vstávat, že se jako zvednu. „Ty jo, nic mi není“. Nic mě nebolelo, ale teď koukám, že to nejde vstát a viděl jsem, že noha leží asi 3 metry ode mě, úplně amputovaná v koleni. Byl to šok jako blázen. Ale v tu chvíli já dělал takový ty věci, co byly potřeba. Nejlepší to vrazit někam do chladu, vzít to hlavně s sebou, že je potřeba to zaškrtit. První co bylo zaškrtit, tak jsem řekl chlapoj, co vylez z toho nákladáku, ať mi dá lékárníčku. Zaškrtit, aby nebyla velká ztráta krve. Držel jsem si to ještě těma rukavicemi, co jsem měl na sobě. Zavázal jsem si to, sundal jsem si helmu, bundu. Pak jsem ještě telefonoval tátovi, ať si přijede pro motorku. V tu chvíli mi bylo jasné, že je to v prdeli. Ale doufal jsem, že noha půjde přišít. No, tak to byla taková automatika, to prostě člověku sepne, jak je naučený od těch zásahů a prostě, co je potřeba se udělá, až pak nad tím přemejšlí. V tu chvíli šlo o život. V tu chvíli mi bylo jasné, že je to tam ...minimálně špatný a že teď prostě je to najednou jinak. Já jsem vlastně zrovna jel lízt, jel jsem do Českýho ráje, jsem byl zrovna na cestě. Říkal jsem si: „tam už asi nedojedu dneska“Taky mě napadlo, že se to asi mělo stát, že jsou věci mezi nebem a zemí, prostě asi to mohl být takovej zásah, jako že mě přibrzdil. Byl jsem vždycky takovej akční, ale vždycky jsem jezdil s rozumem. Ale vždycky, když jsme někam šli v partě a něco se mělo stát, tak jsem to většinou odnes já, takže já jsem byl většinou na to takovej klikař. Teď už je to dobrý, no copak se dá dělat, no nic no.“

Co bylo horší – strádání fyzické nebo duševní?

„Fyzicky mě to štvalo, to že sem byl takovej aktivní člověk, že sem prostě, pár dní před tím dodělal lezeckej kurz u hasičů, takže jsem měl instruktorský kurz, kterej byl takovým mým snem. Tejdenn před tím jsem lez v Broumově, tady v Adršpachu po skalách a zdolával kde jakej vrchol a za tři dny jsem nebyl schopnej vylízt pořádně na postel jo. Takže to bylo takový hodně, to vím, že to byl takovej super víkend před tím a to mě zlomilo hodně, že prostě už to nebude takový. Tak jsem si řekl, že se budu snažit, aby to bylo minimálně podobný.“

A psychicky mě zlomilo to, že mě v tu chvíli bylo jasné, že přijdu o práci, chvílku jsem doufal, že bych se moh upíchnout na operáku u hasičů, ale to nešlo, prostě zdravotně jsem nesplňoval. Takže ze zdravotního jsem musel skončit. Rok jsem byl na neschopence a pak mně hasiči trochu pomohli, že mi sehnali místo v automobilce na vrátnici. Asi 2 a půl roku jsem si tam odseděl, odstál na vrátnici. Pak se dělal konkurz na dispečera ochrany závodu, pohodový místečko.“

Co jste cítil bezprostředně po úrazu? Projevoval jste své pocity?

„Nic mě nebolelo, spíš takový pálení, když se člověk postaví jakoby do horký vody, nebolelo to jako strašně moc, spíš byl takovej pocit zmaru a všeho, že najednou to je všechno prostě špatný. Ale pořád jsem měl ještě takovou naději, že by to mohli dát ještě do kupy. Že jsem v tý medicíně viděl velkej ten, že by se to třeba mohlo zdařit přišít, samozřejmě jsem doufal.“

Horší to bylo až po operaci, když jsem se dozvěděl, že to nešlo, to pak člověk leží a kouká do stropu a přemejšlí. Spoustu lidí, co pak za mnou chodili na návštěvy, mi pak zpětně říkali, že když tam byli, že nevěděli, jak se mají tvářit a já jsem si prý ze všeho dělal prdelky a vtípky, a co mně zbejvalo, to jsem tam měl sedět a litovat se? Prostě přežil jsem to, zaplat' pánbuh a ňáko bude dál ten život.“

Kdy vám, v období po úrazu, bylo nejhůř? (Co vám komplikovalo kvalitu života? Léčba, zacházení/přístup zdravot.personálu, rodiny, reakce okolí,...?)

„To bylo po tý operaci, až jsem se probudil na tý JIPce a jak sem byl po těch narkózách a nemoh jsem celou noc spát, tam jsem ležel a všechno se mi tam promítalo, co bude, nebude, jaký to bude. Takže tam byl takovej zlom, kdy jsem se vlastně dozvěděl na tuty, že jsem bez tý nohy a teď to budu muset ňáko řešit. To byla dlouhá noc.

Po čtyřech nedělích mě propustili z Pardubic, asi na čtrnáct dní domů. Ale doma pak to bylo takový docela trochu deprimující, že jsem neměl protézu, nic, špatně se mi to hojilo, to jsme hojili docela dlouho. Doma, to bylo takový nejhorší, když si to vybavuju, než se to zahojilo, než jsem se postavil do tý protézy, tak asi ty tři, čtyry měsíce, pak byl člověk na vozejku nebo o berlích. Nejhorší byla asi ta nesamostatnost, a že jsem závislej na druhejch.

Vrátil jsem se domů z nemocnice, teď noha byla bolavá, nezahojená, že jsme to koupali v heřmánku a takovejch věcech. To jsem bydlel se svojí přítelkyní a ještě babičkou. Dobrý bylo, že za mnou jezdili kamarádi, naši.

Každý dva tři dny jsem jezdil na chirurgii na převazy. Tam jsem se potkal s tím doktorem, co tam tenkrát byl se záchrankou a říkal: „tohle jsem ještě neviděl, to vypadalo, že jsme přijeli k ňákýmu odřenýmu lokti, jako že ti vůbec nic není.“

To bylo takový nejhorší doma, no, člověk sedí na gauči, na kterým seděl maximálně večer u televize, a teď na něm leží celý dny a kouká z okna... Zase jsem přečet hodně knížek, to je fakt, na to jsem do tý doby neměl čas.

Nejvíc lituju, že jsem musel skončit s aktivní prací toho hasiče, že jsem musel přestat dělat práci, kterou jsem měl fakt rád. Jako ta práce mi fakt chybí. Oni mi už předtím nabízeli práci na dispečinku, ale já jsem říkal, že ne, že jsem mladej a že chci bejt na výjezdu a za rok mi to bylo prd platný.

S prací jsem teď spokojenej, ale není tam ta akčnost, ten adrenalin, to mi chybí moc, to tam není. Zůstal jsem u tý hasičiny, i když je to jen třicet procent práce ta hasičina a zbytek bezpečácká práce, takže taková vnitropodniková policie. Veškerý průšvihy jdou ke mně na stůl, dvanáct telefonů, kupa monitorů, vysílačka. Ale chybí mi ten terén. Ale zas lepší je pracovní doba, víc si užiju rodiny doma a nadělá se kupa práce kolem chalupy a tak. A finančně jsem si samozřejmě polepšil. No všechno má svoje.

Spousta lidí si myslela, že jsem tam letěl jako blázen, a tak jsem si říkal: „mysli si, co chceš, moje vina to nebyla“. Tam bylo pak taky trošku to, že on samozřejmě taky nechtěl uznat svoji vinu, takže tam pak proběh soud ve zkráceným řízení. On dostal podmínku, ten řidič se pak jakoby omluvil přes svýho právníka a poslal ňáký odškodný. Ale to jsem neřešil.

Občas se mi ze začátku. Já se za to nijak nestydím, takže v létě od května do září chodím v kraťasech. Nejlepší jsou děti, „jé, koukej maminko“, to mě docela baví. Taky bylo, byli jsme v létě na fotbale a tam soused a říkal: „proč si nevezmeš kalhoty, jak to vypadá?“ no vypadá to, jak to vypadá.

Jednu z prvních jsem měl tu „ustrojenou – protektor“, ale já jsem takovej to, furt někde, mám čtyřkolku a to by bylo věčně zapráskaný, takže z praktickýho hlediska jsem to zamít.“

Které momenty v období po úrazu hodnotíte kladně? (Kdo nebo co vám naopak pomohlo vyrovnat se s postižením? Co vám zlepšovalo kvalitu života?)

„Nejvíc mi pomohlo pak v léčbě v Luži, když jsem viděl. Tam jsem zůstal mezi vozejkáři. Jo, když si pak člověk řekne, že tohleto je vlastně blbost, no ne blbost, ale prostě oproti lidem, kteří jsou na vozejku, jak od úrazu nebo od narození, že se s tímhle nechá žít ještě docela dobře. Kluk tam byl, kterej si šáh na vysoký napětí a neměl obě ruce jo, no jedna noha... To jako bylo takový hodně jo. Tam jsem byl až do půlky ledna roku 2005. Tam mně vyrobili první protézu, takovou tu prvochodící, tam mi to ještě dohodovali, a nějaký rehabilitace a takový. A protézu mně vyrobili někdy začátkem prosince.“

Bionická protéza, to byl velkej světlej moment, to je dobrý to maj vykoumaný, s tím jsem byl i v Tatrách. Já jsem si na ni zvyknul celkem rychle, dostal jsem protézu a ten den jsem odložil berle. V rehabilitaci jsem měl výhodu, že jsem před tím sportoval, tak to pro mě nebyl velkej problém. Chodil jsem plavat, měli jsme tam výbornou partu.“

Kdo vám byl oporou? Kdo a jak vám nejvíce pomohl?

„Hodně mi pomohla manželka, v té době partnerka, ta si mě brala na víkendy domů. Jak z Pardubic, tak z Luže, to mě taky psychicky hodně pomáhalo. Byl to pro ni samozřejmě šok, ale vzala to taky docela dobře. Ona vlastně nevěděla vůbec co mi je, dozvěděla se to, až přišla za mnou na tu JIPku. Nikdo taky neměl odvahu jí to říct, pak až večer táta, jí řek, že jsem měl odpoledne bouračku, takže nevěděla pořádně, co mi je.“

Rodiče, táta jako hodně se snažil, i kamarádi, hasiči. Kdybych je neměl, tak by to bylo mnohem horší.“

Co vás drželo nad vodou?

„Vůle žít a že jsem to přežil. A to, že jsem chtěl zpátky do práce. A taky spoustu přátel, kamarádů, rodina, já jsem takovej společenskej tvor.“

Kdy jste cítil, že nastal zlom a situaci jste začal zvládat?

„Pak v té Luži, to začalo bejt takový, když jsem viděl, že by to mohlo dopadnout mnohem hůř, když jsem si pak říkal: „sakra, tak to není tak úplně nejhorší ještě.“ Že jsou lidi, který se nehnou z vozejku. Nebo pak ten kamarád, co si šáhnul do vysokýho napětí a neměl obě ruce. To si pak člověk řekne, to bude dál, to bude muset. Tady se to začalo obracet k lepšímu.“

Co jste mohl sám ovlivnit? Co jste dělal vy sám pro to, abyste se cítil lépe?

„Já sám, nevzdat to. Někdy byly období, ale těch ani moc nebylo, takových, když jsem si říkal, nebo já jsem to nikdy snad ani přímo neřek, ale já jsem do těch depresí nijak moc nezapadal. Furt jsem si říkal, že mohlo bejt hůř, sakra, ale abych propadal dlouhodobým depresím, to ne. Abych říkal, to je naprd. Nebo když mně uklouzly berle a spad jsem, tak tam podvědomě dávám nohu, tak jsem spad přímo na ten pahýl a obrazil jsem si ho. To

jsem zažil největší bolest, co jsem s tou nohou měl. To bylo v tý Luži, tak někdy v listopadu, mokrý počasí, mokrá dlažba, to bolelo, to si pamatuju.

Abych nepropadal takový depresi, na to byli nejlepší přátelé, vyrazit někam do světa, někam jet, potápět se a tak. Vrátit se k těm věcem, co jsem dělal. Moc neřešit, že to třeba tak nejde, no tak jde to pomalejc, no ne že by to nešlo.

Po tý bouračce, snad to bylo první zimu, jsem se zkontaktoval sParapletem z Prahy a byl jsem s nima lyžovat, pučili mně stabilizátory, pak další rok jsem s nima byl a posadili mě na monoski, pak jsme skákali s padákem. Já jsem od tý doby nadělal spousty jinejch věcí, než jsem dělal předtím. Říkal jsem si, že život je krátkej a ještě jsem je chtěl zažít a zkusit, kdyby mně šly. Vodácký sporty, do Rakouska, od tý doby jsme sjezdili naše řeky, do Rakouska jsme zajeli dvakrát. Takže dokud nebyly děti, víc jsem se zakous a uvědomil jsem si, že si toho života chci užít, no. Že život mi dal přes dršku, tak mu to vrátím, že prostě si ho užiju, ten život a bylo to super, ale pak byly problémy doma. Přítelkyni se to moc nelíbilo, že jsem byl takovej akční, měla o mě strach a že jsem furt v luftě, a tak.

Taky jsme tenkrát už měli před svatbou, ale v tu chvíli, kdy se to stalo, tak já jsem nechtěl. Až se znova postavím na svoje nohy. Takže vlastně ,až jsem se stal tím dispečerem a už jsem to měl takový srovnaný, ten život prostě, klovnou protézu, dobrou práci, dobrej výdělek. Tak pak jsem si říkal, no tak teď je čas. A i sám jsem to na sobě jakoby pocítil, že mi táhlo na třicet, a že už to chce tu rodinku založit. Opravdu to přišlo. Já jsem to chtěl mít srovnaný v hlavě sám pro sebe. Ona to v tomhle případě brala dobře, jako zdravotní sestra věděla do čeho jde, jakej ten život se mnou bude. Já jsem sám za sebe chtěl, abych pro někoho nebyl žádnou příteží, prostě abych to měl vyřešený, aby si vzala někoho, kdo se o ni postará.“

Co bylo mimo vaše možnosti?

„Je spousta věcí. Že třeba nemůžu běhat, to jsou kolikrát sny, že třeba běžím. To jsou takový sny, který se mi vracej. Pak se probudím a nic , ležím. Asi by to šlo i zrealizovat, ale na to jsem moc línej.“

Po tom čím jste prošel, co by jste poradil člověku, který se ocitne v podobné situaci? Co by měl dělat/ nedělat? (rady do života)

„Nepoddávat se tomu, prostě se s tím poprat. Prostě si říct. No každej to bere jinak. Ale opravdu popřemýšlet nad tím, že by opravdu mohlo bejt ještě hůř, případně ještě bude určitě..cha, cha. Prostě nepoddávat se tomu, bojovat, no. Těžko se radí.“