

# Paraplegie, tetraplegie

Mezinárodní semináře 1995, 1996

**SVAZ PARAPLEGIKŮ  
CENTRUM PARAPLE**

Limuzská 471, 108 00 Praha 10

tel./fax: 02/77 14 78

# PARAPLE

EDICE PARAPLE

EDICE PARAPLE

EDICE PARAPLE

EDICE PARAPLE

EDICE PARAPLE

EDICE PARAPLE

EDICE PARAPLE

EDICE PARAPLE

EDICE PARAPLE

EDICE PARAPLE

EDICE PARAPLE

EDICE PARAPLE

**Paraplegie a tetraplegie - přístup a metody současné rehabilitace**

Mezinárodní seminář, Praha 3. - 4. 11. 1995

**Paraplegie, tetraplegie - léčba a rehabilitace**

Mezinárodní seminář, Praha 8. - 9. 11. 1996

Příspěvky zahraničních účastníků

Svaz paraplegiků  
Praha 1997

## PŘEDMLUVA

Obsahem předkládané publikace jsou příspěvky, které byly předneseny zahraničními účastníky na seminářích, uspořádaných Svazem paraplegiků za podpory Ministerstva zdravotnictví v letech 1995 a 1996 v hotelu Forum v Praze. Zúčastnili se jich odborníci, zabývající se léčbou a rehabilitací lidí, ochrnutých po poranění míchy a zástupci občanských sdružení, která těmto lidem poskytují pomoc.

Publikace obsahuje jen ty příspěvky zahraničních účastníků, jejichž úplné znění měli vydavatelé od autorů k dispozici. Příspěvky neprošly autorskou korekturou ani jazykovou úpravou. K vydání se Svaz paraplegiků rozhodl vzhledem k velkému zájmu účastníků obou seminářů s vědomím, že se jedná pouze o pracovní materiál. Diapozitivy, na které se někteří autoři odvolávají, neměl vydavatel bohužel k dispozici.

Semináře přinesly, jak věříme, mnoho informací. Umožnily také setkání lidí, které spojuje stejný cíl - pomoc lidem, ochrnutým po poranění míchy a jistě nejen jim. Byli bychom rádi, kdyby se naše semináře staly příležitostí ke vzájemnému kontaktu i v příštích letech.

Rádi bychom poděkovali zvláště těm, jejichž zásluhou se k nám dostávají zkušenosti z léčení a rehabilitace paraplegiků z význam-

ných pracovišť v Itálii, Německu a Švýcarsku. Jsou to: paní Jaroslava Havel-Boni, ředitelka Vojtova centra v Rimé, pan Angelo Boni, profesor Volkmar Paeslack, doktorka Renée Maschke, doktor Wolfgang Pitz, doktorka Claudia Meinecke, paní Amalia Rossignoli d'Anna, paní Ruth Joss a pan Marco Mangiarotti.

Naše díky patří všem, kteří se podíleli na přípravě a organizaci obou seminářů pro nás tak náročných. Jsou to zejména primář MUDr. Peter Wendsche, PhDr. Alexandra Volfová a PhDr. Jan Králík, pan ředitel Jiří Tůma a ing. Kateřina Rysová, dále spolupracovníci Centra Paraple i agentury Beam.

Velmi si ceníme pomoci členů Jednoty tlumočnicků a překladatelů a Asociace konferenčních tlumočnicků ASKOT, paní a pánů Dagmary Bílkové, Heleny Giordanové, Petra Kautského, prom. tlum. a překl. Jany Mojišové, PhDr. Andreje Rádyho, prom. tlum. a překl. Aleny Rádyové, Mgr. Evy Vanišové, PhDr. Hany Vejrostkové, Evy Vergeinerové a Mgr. Andree Webera. Bez nároku na honorář tlumočili a překládali příspěvky zahraničních účastníků při obou seminářích. Díky jejich přátelské a nezištné pomoci vychází nyní také tento soubor přednášek.

PhDr. Alena Kábrtová  
Centrum Paraple

**Autoři:**

**Ruth Joss,**  
ergoterapeutka, Bazilej, Švýcarsko

**Dr. Renée Maschke,**  
Spinální jednotka unipolární, Ospedale CTO, Řím, Itálie  
(nyní Ortopedická klinika University v Heidelbergu, SRN)

**Dr. Claudia Meinecke,**  
Gerontologická klinika „P. Redaelli“, Milán, Itálie

**Prof. Dr. Volkmar Paeslack,**  
Ortopedická klinika University v Heidelbergu, SRN

**Dr. Wolfgang Pitz,**  
Rehabilitační centrum pro paraplegiky, Ortopedická klinika University v Heidelbergu, SRN

**Amalia Rossignoli d'Anna,**  
prezidentka Italské asociace paraplegiků, Řím, Itálie

# OBSAH

Organizační a klinické přednosti Unipolární spinální jednotky <i>Renée Maschke</i> .....	9
Ochrnuté ženy <i>Volkmar Paeslack</i> .....	12
Psychosociální trauma pacientů s celkovým ochrnutím - psychické prožívání, zpracování a zvládnutí <i>Wolfgang Pitz</i> .....	16
Psychologická podpora při zvládnání každodenních problémů paraplegiků <i>Wolfgang Pitz</i> .....	18
Dekubitus - profylaxe a terapie <i>Renée Maschke</i> .....	21
Ergoterapie u nemocných s míšní lézí - „Funkční ruka“ <i>Claudia Meinecke</i> .....	23
Ergoterapeutický příspěvek k rehabilitaci celkově ochrnutých <i>Ruth Joss</i> .....	28
Italská asociace paraplegiků - Účely a cíle <i>Amalia Rossignoli d'Anna</i> .....	30

# ORGANIZAČNÍ A KLINICKÉ PŘEDNOSTI UNIPOLÁRNÍ SPINÁLNÍ JEDNOTKY

Renée Maschke

Jak přesvědčivě dokázala přednáška prof. Paeslaka, netýká se celkové ochrnutí pouze systémů orgánů, ale člověka v jeho celku, v jeho psychické i tělesné integritě. Potřebná je intenzivní multidisciplinární terapie, cílem je zdravotní, společenská a profesní rehabilitace. Dále uvádíme klinické nevyhnutelnosti a organizační možnosti směřující k realizaci takovéto komplexní terapie.

Zraněný utrpí ve většině případů frakturu páteře, která vyžaduje radiologickou diagnostiku a traumatologicko - chirurgickou terapii.

Neurologické poruchy vyplývající z poškození míchy se týkají téměř všech ústrojí:

- ztráta motoriky a senzitivity
- poškození funkce trávení
- funkční poruchy odváděcích močových cest
- poruchy dýchání a srdeční a oběhové činnosti
- látková výměna a hormonální hospodářství.

Poranění má těžké psycho-sociální následky doprovázené hlubokými změnami v rodinném a společenském životě pacienta.

Pacientovi hrozí celá řada komplikací, jako příklad zde uvádíme:  
- nebezpečí poškození způsobeného proležením kůže - hrozí po celou dobu života  
- kontrakтуры kloubů jako následek muskulární nerovnovážnosti, nedostatků v pečovatelské činnosti a fyzioterapeutické péči

- pyelonefritida  
- bolesti, které nelze dostatečně léčit konvenčními prostředky - zde je třeba uvést zvláště takzvanou deafferenční bolest v ochrnutých částech těla  
- posttraumatické syringomyelie se zhoršováním stavu.

Z množství různých poruch a komplikací vyplývá komplexní seznam terapeutických a diagnostických požadavků:

- rozsáhlá radiologická diagnostika kostry, ledvin a odváděcích močových cest a orgánů thoraxu
- ortopedicko - chirurgické, popř. neurochirurgické zákroky s cílem stabilizovat páteř
- fyzioterapie již během intenzivní fáze až po zbavení zátěže
- internistická péče
- urologická diagnostika a terapie, která zahrnuje také operativní intervence
- v akutní fázi tetraplegie a při recidivujících respiračních insuficencích je potřebná úzká spolupráce s intenzivní medicínou, u tra-cheotomujících pacientů musí být přivolán specialista ORL
- v průběhu celé rehabilitace, která v běžném případě trvá 4 až 6 měsíců, je potřebná psychologická péče a často též supervize personálu
- poskytování pomoci při opětovném společenském a profesním za-fazení je úkolem sociálního pracovníka.

Při ošetřování vznikajících komplikací popř. pozdějších následků je navíc potřebná kooperace s  
- plastickým chirurgem  
- terapeutem bolesti popř. anesteziologem  
- gynekologem a andrologem.

Rozhodující význam pro adekvátní ošetřování pacienta s poraněním míchy a pro zabránění komplikací má speciálně vyškolený ošetřovatelský personál. Významné jsou přitom techniky péče, jednotliví ošetřovatelé musí být psychologicky stabilní a své úkoly musí vidět komplexně.

Stejnou měrou důležitá je fungující fyzioterapie a ergoterapie s cílem připravit pacienta v individuálně sestaveném programu na návrat do rodiny, profese a společnosti.

Spolupráce všech výše uvedených oblastí terapie, vždy z hlediska rozsáhlé rehabilitace, si vyžaduje pečlivou koordinaci a vedení ze strany lékaře, paraplegiologa, který pacienta ošetřuje od začátku až do konce rehabilitace.

Architektonickými předpoklady a technickým vybavením se budeme zabývat v jedné z následujících přednášek. Důležité jsou dále vlastní ortopedické dílny a vnější areál pro sportovní terapii.

Komplexní rehabilitace paraplegiků a tetraplegiků probíhá ve střední Evropě ve dvou rozdílných organizačních formách:  
- v unipolární spinální jednotce  
- v integrované spinální jednotce.

Integrovaná spinální jednotka se nachází pouze v několika málo zemích, zatímco ve většině evropských zemí jako Anglie, Švýcarsko, Holandsko, Rakousko, Německo a Španělsko se za více než 30 let prosadila unipolární spinální jednotka. V následující části se pokusíme oba systémy porovnat.

V unipolární spinální jednotce se celá rehabilitace, včetně akutní fáze odehrává v jednom rehabilitačním centru pod vedením a v koordinaci paraplegiologa. Paraplegiolog může pocházet z různých odborných oblastí, např. z ortopedie, neurochirurgie, vnitřní medicíny, psychiatrie apod. Z hlediska úkolu paraplegiologa je směřovatelný zájem na celkové a rozsáhlé rehabilitaci poraněné osoby.

V unipolární spinální jednotce tedy pacient stojí v centru komplexní rehabilitační koncepce a konstantního ošetřovacího týmu. Do týmu patří paraplegiologové, ošetřovatelé, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, sociální pracovník. Ostatní odborné oblasti většinou nepatří přímo do týmu, prostorově by však neměly být příliš vzdálené od spinální jednotky, aby bylo možné zajistit kontinuální kooperaci. Zásluhou toho lze podle možnosti všechna lékařská a paramedicinální opatření provádět v centru.

Již při příjmu pacienta se vytváří kontakt s těmi lékaři, kteří jej

budou provázet v následujících měsících - a později ambulantně po celá léta. K tomuto prvinnému kontaktu patří - kromě jiného - úkol informovat pacienta, pokud je při plném vědomí, o zranění a jeho následcích. Veškerá akutní péče se odehrává již s tím, že se berou v úvahu paraplegiologická rehabilitační hlediska. Tak má například způsob ošetření fraktury rozhodující význam pro pozdější autonomii pacienta. Laminektomie procházející několika segmenty s následnou rozsáhlou stabilizací u izolované fraktury páteře bude pacienta později dodatečně omezovat ztuhlou páteří: k neurologickému postižení se iatrogenně přidalo ortopedické postižení.

Ošetřovatelé, fyzioterapeuti a ergoterapeuti ošetřují pacienta průběžně a kvalifikovaně od samého začátku, čímž může vzniknout potřebný vztah důvěry mezi nimi a pacientem. Jeden z pracovníků se také průběžně zabývá psychologickou péčí o pacienta. Přičemž je třeba ještě jednou připomenout, že člověk je postižen ve svém celku, a proto potřebuje profesionální pomoc na podporu své postižené psychiky.

Práci konziliární působících specialistů koordinuje paraplegiolog, doporučená terapeutická opatření provádí tým. Při operativních zásadách, jež není možno vykonat v centru, se pacient krátkodobě přemísťuje, přičemž by přípravná i následná ošetření měla probíhat opět ve spinální jednotce. To pro ošetřující tým samozřejmě znamená vysokou míru flexibility a mnohostrannosti, pacientovi tento systém zaručuje kontinuitu profesionální péče. Platí to především pro náročnou péči, kterou není možno na jiných odděleních vykonávat již z personálních důvodů. Jako příklad těžké komplikace zde můžeme uvést výskyt proleženin zaviněných nedostatečnými opatřeními při péči na jiných klinikách. (U pacientů, kteří byli do 24 hodin přeloženi na spinální jednotku, dosahuje incidence proleženin 1%. U pacientů, kteří byli přeloženi až po několika týdnech, dosahuje 43%!!!)

Na konci rehabilitačního ošetřování stojí v popředí příprava na návrat domů, do rodiny a k povolání. Vytvoření technických předpokladů (rozhličné pomůcky, architektonické změny v domácnosti), terapeutická, zdravotní a psychologická příprava, jakož i zahájení profesní rehabilitace jsou zase úkolem rehabilitačního týmu unipolární spinální jednotky.

Takzvaná integrovaná spinální jednotka se skládá z několika oddělení různých odborných disciplín, které jsou od sebe výrazně odděleny nejen prostorově. Neexistuje všeobecná koncepce ošetřování, koordinace rozličných, samostatně probíhajících rehabilitačních opatření není v dostatečné míře možná.

Pacient se po úrazu dostává nejprve na jednotku intenzivní péče některé nemocnice poté, co tamní traumatologové ošetřili jeho páteř. Rozhodnutí o druhu a rozsahu stabilizace učiní sám operátor s přihlédnutím k odborné specifickým aspektům svého oboru. Zohlednění funkčních poškození způsobených zásahem je přitom často nedostatečné. Na jednotce intenzivní péče chirurgie není pacient se zraněnou páteří ošetřován jinak než ostatní pacienti vyžadující intenzivní péči. Využívá se sice technických pomůcek (speciální lůžka), často však dochází k poškození proleženin kůže,

protože ošetřující personál nebývá dostatečně seznámen s požadavky na péči. Vyprazdňování střev a měchýře často nebývá prováděno dostatečně. Již v prvních týdnech se často rozhoduje o tom, jestli bude rehabilitace komplexní. Ke zdravotní osvětě pacienta nedochází téměř nikdy, nebo bývá velmi povrchní.

Po odeznění akutní fáze bývá pacient přemístěn buď na jednotku řešící již nastalé komplikace, nebo bývá přijat do rehabilitačního zařízení, kde bývá intenzivně fyzioterapeuticky ošetřován s cílem reedukace motoriky. Tato zátěž často nemají k dispozici dostatek ošetřujícího personálu, pročez může v této fázi dojít ke vzniku obávaného dekubitu.

Kvůli diagnostice a rehabilitaci měchýře musí dojít k dalšímu přeložení.

Pacient tedy není v centru pozornosti rehabilitačního týmu, ale cestuje k různým specialistům kvůli rehabilitaci jednotlivých orgánů. Je relativně osamocen a nemá stálého partnera, na nějž by se mohl obracet a jež by měl přehled o celé rehabilitaci. Rehabilitace neprobíhá komplexně, ale po jednotlivých, po sobě následujících částech. Celkové trvání rehabilitace se kvůli častému překládání pacienta a vinou nedostatečné koordinace prodlužuje na více než 6 měsíců. Pevné terapeutické vztahy a kontinuální psychologická péče nejsou možné.

#### SHRNUTÍ:

V unipolární spinální jednotce pacient zůstává po celou dobu rehabilitace na jednom místě a stará se o něj jeden tým. Platí přitom zásada, že se rehabilituje osoba, ne jednotlivá ústrojí. Patří sem také příprava na opětovné profesní začlenění během prvotní rehabilitace. Rozdělení na lékařské ošetření a pozdější rehabilitaci (tedy fyzioterapii) neexistuje, rehabilitace probíhá hned od začátku. Překládání na jiná oddělení, která pacienta zatěžují, je možné ve velké míře zamezit, protože pacienti jsou ošetřováni specialisty konziliárně. V unipolární spinální jednotce je možno počítat s celkovou dobou ošetřování 4 až 5 měsíců u paraplegiků a přibližně 6 měsíců u tetraplegiků, což je ve srovnání s jinými organizačními formami zajiště ekonomičtější.

Předpokladem pro unipolární spinální jednotku je úzké prostoro- a interdisciplinární napojení na kliniku s potřebnými odbornými disciplínami a diagnostickými a terapeutickými zařízeními (laboratoř, dílny, radiologie ...).

Na závěr je nutno říci, že jedním z nejdůležitějších předpokladů pro dostatečnou rehabilitaci na unipolární spinální jednotce je dobře fungující tým. Znamená to spolehlivou spolupráci nejrozličnějších specializovaných terapeutických oborů, jejich cílem nemůže být osobní profesionální seberealizace, ale jednotliví pracovníci musí být neustále ochotni přistupovat na kompromisy ve prospěch společného cíle. Zformování takového týmu bývá často obtížné, proto-že musí být upuštěno od jasné hierarchické struktury, která je větší- nou v nemocnicích běžná. Lékař pouze reorganuje, ale musí se považovat za odpovědného koordinátora zúčastněných odborných specializací. Aspekty ošetřovatelské mají stejný význam jako ergo-

řující personál nebývá dostatečně seznámen s požadavky vyprázdnování sítěv a měchýře často nebývá prováděno již v prvních týdnech se často rozhoduje o tom, jestli litace komplexní. Ke zdravotní osvětě pacienta nedo- nikdy, nebo bývá velmi povrchní.

ění akutní fáze bývá pacient přemístěn buď na jednot- nastalé komplikace, nebo bývá přijat do rehabilitačního e bývá intenzivně fyzioterapeuticky ošetřován s cílem otoriky. Tato zařízení často nemají k dispozici dostatek personálu, pročež může v této fázi dojít ke vzniku obá- lbitu.

agnostice a rehabilitaci měchýře musí dojít k dalšímu dy není v centru pozornosti rehabilitačního týmu, ale dým specialistům kvůli rehabilitaci jednotlivých orgá- vně osamocen a nemá stálého partnera, na nějž by se t a jenž by měl přehled o celé rehabilitaci. Rehabilitace omplexně, ale po jednotlivých, po sobě následujících kové trvání rehabilitace se kvůli častému překládání pa- ou nedostatečné koordinace prodlužuje na více než 6 né terapeutické vztahy a kontinuální psychologická pé- ožné.

í:  
urní spinální jednotce pacient zůstává po celou dobu re- a jednom místě a stará se o něj jeden tým. Platí přitom e rehabilituje osoba, ne jednotlivá ústrojí. Patří sem ta- na opětovné profesní začlenění během prvotní rehabili- ení na lékařské ošetření a pozdější rehabilitaci (tedy fy- neexistuje, rehabilitace probíhá hned od začátku. na jiná oddělení, která pacienta zatěžují, je možné ve zamezit, protože pacienti jsou ošetřováni specialisty

V unipolární spinální jednotce je možno počítat s cel- u ošetřování 4 až 5 měsíců u paraplegiků a přibližně 6 traplegiků, což je ve srovnání s jinými organizačními ísté ekonomičtější.

adem pro unipolární spinální jednotku je úzké prosto- disciplinární napojení na kliniku s potřebnými odborný- ami a diagnostickými a terapeutickými zařízeními (la- y, radiologie ...).

je nutno říci, že jedním z nejdůležitějších předpokladů nou rehabilitaci na unipolární spinální jednotce je dob- tým. Znamená to spolehlivou spolupráci nejrůznějších ných terapeutických odborů, jejich cílem nemůže být esionální seberealizace, ale jednotliví pracovníci musí e ochotni přistupovat na kompromisy ve prospěch spo- . Zformování takového týmu bývá často obtížné, proto- upuštěno od jasné hierarchické struktury, která je větši- onických běžná. Lékař pouze neordinuje, ale musí se a odpovědného koordinátora zúčastněných odborných Aspekty ošetřovatelské mají stejný význam jako ergo-

terapeutické nebo fyzioterapeutické úvahy. Při této formě spoluprá- ce dochází často ke konfliktům, je nutné hledat kompromisy a řeše- ní a často k tomu bývá zapotřebí pomoci psychologa ve smyslu su- pervize.

Léze míchy zasahuje celého člověka a také terapie může být jen komplexní: prováděna týmem na unipolární spinální jednotce.



# OCHRNUITÉ ŽENY

Volkmar Paeslack

Mluvíme-li o tématu „ochrnuté ženy“ vstupujeme na neprobádanou půdu.

Nedostatečný stav vědomostí vyplývá na jedné straně zřejmě ze skutečnosti, že jednoznačně převážnou většinou osob postižených ochrnutím v důsledku příčného přerušení míchy jsou muži, přičemž poměr mezi mužskými a ženskými pacienty dosahuje hodnoty 3:1 nebo 4:1.

Dalším důvodem, pro který se situace ochrnuté ženy setkává s nepatrným zájmem, je odlišné, údajně nepatrné postižení ochrnuté ženy z hlediska poškození sexuálních funkcí; také v novějších publikacích bývá často obhajován názor, podle něhož jsou poruchy vyplývající z poškození míchy u ochrnuté ženy - především ve srovnání se situací u paraplegického muže - relativně menší a sotva zaslouží podrobnější diskusi.

Počet a rozsah medicínské, stejně jako psychologické a sociologické literatury na téma ochrnuté ženy zůstává malý, především srovnáme-li jej se současnou intenzivní vědeckou polemikou o poruchách sexuálních funkcí u ochrnutého muže.

Toto zřetelné opomíjení bezesporu významného tématu si uvědomují a kritizují rovněž postižené ženy. V posledním čísle německého časopisu Paraplegiker se jistá paraplegička ve zprávě vycházející z osobních zkušeností s těhotenstvím a porodem ptá po přičinách tohoto opomíjení. Klade si otázku, proč „dosud neexistuje lepší systém informací...“ Poukazuje na to, „že přání těchto žen mít děti není žádným novým fenoménem“, a ptá se, „zda tu narážíme na skutečnost, že medicína je primárně mužskou záležitostí“. Zda je to tím, že výraz „postižený“ je považován výlučně za pohlavně neutrální nebo se používá pouze v mužském rodu. Vyplývá vše z faktu, že existuje přibližně dvakrát tolik ochrnutých mužů než ochrnutých žen? Své otázky končí konstatováním: „Ať je tomu jakkoli, podle názoru dotázaných je na čase, aby se brzy něco změnilo.“ (Paraplegiker 15, 1996 2: s. 8-10).

Znevýhodnění, s nímž se celkově ochrnutá žena kvůli těžkému tělesnému postižení potýká, se tedy zřetelně podceňují a hodnotí nesprávně. Toto nesprávné hodnocení lze pravděpodobně alespoň částečně vysvětlit tím, že ženě je v sexuálním partnerství již tradičně připisována spíše pasivní role, že je považována za stranu spíše přijímající - ztrátě senzitivních a motorických možností vnímání a konání v rámci aktivního sexuálního rozvoje se tedy nepřikládá velký význam.

Je tedy nutné ptát se po skutečných podmínkách a možnostech, které dnes existují z hlediska sexuální seberealizace ochrnuté ženy.

Proto je třeba na jedné straně bezprostřední a zprostředkované změny sexuálních funkcí, které vyplývají z částečného nebo úplného přerušování míšních drah.

Na druhé straně se musí zájem se stejnou pozorností zaměřit na sekundární následky paraplegie, které vyplývají z omezených a změněných možností sexuálního požitku a pohlavního uspokojení. Stejnou

měrou je třeba v této souvislosti brát ohled na hlubokosáhlé újmy a změny obrazu, který si postižená žena vytváří sama o sobě jako o ženě, tedy na změny a rizika hrozcí jejím navyklym představám a očekávaním týkajícím se sexuálního a partnerského vztahu.

Rozdílné hodnocení paraplegických poruch sexuální funkce u mužů a žen ve srovnání s odpovídajícími poruchami u ženy bývá vysvětlováno především na základě ztráty schopnosti erekce a ejakulace, jež je tak rozhodující pro mužskou sexualitu - u ženy naproti tomu takové nápadné nálezy ve velké míře zcela chybějí. Navíc se zde projevuje významná skutečnost, že žena kvůli ochrnutí zpravidla nedoznává ztráty reprodukční schopnosti. Zcela paraplegický muž je v tomto ohledu zpravidla masivně postižen a musí být často považován, a to i dnes, za neschopného rozmnožování.

Ve skutečnosti jsou však funkční poruchy paraplegičky neméně významné - pouze jejich projev je méně specifický. Schopnosti sexuálního vnímání až po orgasmus jsou jak u muže, tak u ženy vázány na intaktní povrchovou senzitivitu a pravděpodobně také na funkční hloubkovou senzitivitu. Sexuální vzrušení se u ženy realizuje především prostřednictvím vysoce citlivých oblastí klíže a sliznic samotného genitálu, tedy prostřednictvím senzitivních nervových zakončení v oblasti stydkých pysků, klitorisu a vagíny. Vjemová dráždění, která zde vznikají, jsou vedena vzestupnými nervovými dráhami v N. pudendus, po přepojení v sakrálních a lumbálních centrech přes boční provazice (funiculus lateralis) míchy k vjemovému a řídicímu centru mozku. Odsud vycházejí, rovněž především přes míšní dráhy, v menším rozsahu také přes extraspinalní autonomní spojení, odpovědi na dráždění, které se manifestují především v samotném genitálu, a to přibližně formou erekce klitorisu nebo sekrece slizničních žláz.

V žádném případě však nestačí vysvětlovat vznik sexuálního vzrušení až po orgasmus pouze na základě průběhu těchto reflexních spojení. Pro vznik erotické výchozí situace, jakož i pro celý průběh sexuálního vzrušení až po orgasmus mají rozhodující spouštěcí a řídicí význam spíše veškerá vnější a vnitřní fyzická a psychická dráždění.

Současné s tím je pro průběh tělesných funkcí svalstva, cévního systému a sliznic, spojených se sexuálními vjemy, nevyhnutelnou podmínkou intaktnost vzestupných a sestupných vodivých míšních drah. Změny, k nimž zde dochází, tj. větší prokrvení, vyšší tonus svalstva, vyšší sekrece sliznic, se po přerušení vodivých drah, tedy v případě paraplegie, nedostávají. Neprostředkování senzitivních dráždění z oblasti genitálu pak vede také k redukcii, určitě však ne pokazdě k plně ztrátě, erotické oslovitelnosti ochrnuté ženy.

O sexuálními vývoji paraplegiček, které utrpěly příčné ochrnutí v dětství, v každém případě však ještě před pubertou, je známo málo. Z malého počtu pozorování, jejichž výsledky máme sami k dispozici, nevyplývají žádné relevantní odchylky týkající se tělesně-sexuálního vývoje. Menarche nastupuje v běžném termínu, vývoj primárních a se-

ochrnuté ženě doporučuje nikotinová abstinence.

Používání mechanických antikoncepčních prostředků, tj. okluzních nebo intrauterinních pesarů, naráží na technické potíže při aplikaci. Podle našich pozorování jsou takové mechanické antikoncepční prostředky dobře snášeny, je však třeba upozornit na nebezpečí, že komplikace, jako například záněty či poranění, není možno vinou senzitivní poruchy postižené ženy včas zpozorovat.

S velkou opatrností musí lékař řešit otázku indikace pro sterilizaci, je-li ochrnutou ženou přednesena. Pokaždé se přitom jedná o další významný zásah do tělesné integrity a do ženského sebeuvědomování. Vážnými a významnými důvody pro takové opatření mohou být jak první bezpečnějšího zabránění nechtěnému těhotenství, tak popsané potíže při menstruační hygieně. V každém případě by takovému zásahu měly předcházet intenzivní pohovory obou zúčastněných partnerů s nejméně 2 důvěrnými osobami, jichž se předpokládají zásah bezprostředně nedotýká.

Dříve často zastávaný názor, že přičinné ochrnutí a těhotenství se vzájemně vylučují, protože těhotenství znamená další možné ohrožení postižené ženy, jistě neplatí a neměl by dnes určovat postup lékařů. Spíše je třeba důrazně konstatovat, že u ochrnuté ženy, která je v dobrém tělesném i duševním stavu, nestojí těhotenství v cestě žádné medicínské důvody. Těhotenství v případě paraplegie si současně vyžaduje mimořádně pečlivé sledování, nejlépe ve spolupráci gynekologa a specialisty obezřetného s paraplegií. Na obavy ochrnuté matky související s rizikem vývojových anomálií, které by se mohly projevit u jejího dítěte, a to především pokud jde o vrozené přičinné ochrnutí, je možno, ba je nutno odpovédět důsledně upokojujícím způsobem - kvóta vrozených vad u dětí, jež matka počala po vzniku přičinného ochrnutí, se nelíší od kvóty charakteristické pro ženy nepostižené přičinným ochrnutím.

Pokud jde o průběh těhotenství v případě paraplegie, je třeba brát v úvahu určité zvláštnosti. Dochází k růstu četnosti infekcí močových cest, především - jak se zdá - u prvoroďček, a to již v raném těhotenství. Ženy, které prodělaly dle anamnézy závažné ledvinové potíže, užívají zvýšený sklon ke gestózám, tedy k poruchám látkové výměny a krevního oběhu, které jsou podmíněné těhotenstvím a nezřídka znamenají ohrožení života. U paraplegických žen se rovněž častěji než u žen netrpících přičinným ochrnutím popisuje sklon k těhotenské anémii.

U žen s vysokými stupni paraplegie - více než Th 5/6 - a tetraplegie je nutno již během postupujícího těhotenství, především pak při porodu, počítat se zachvatovitým zvyšováním krevního tlaku ve smyslu takzvaných paroxysmálních hyperreflexí. Příčinou spuštění tohoto jevu je opakované zvýšení tlaku v břišní dutině, které vede k akutnímu, neřízenému, případně krizové probíhajícímu zvýšení krevního tlaku. Jako účinné protipatření se v tomto období jeví péče o pravidelné a úplné vyprazdňování močového měchýře a střev, popř. podávání spasmolytik, pokud neohrožují dítě. Podávání gangliových blokátorů může být (mimo rané období těhotenství, kdy je diskutabilní teratogenní účinek) použitelným způsobem medikace; je však nutné včas zabránit krizové vyvolanému poklesu krevního tlaku.

V závěrečné fázi těhotenství často dochází vlivem zvětšování obje-

kundárních pohlavních znaků nevykazuje žádné odchylky od normy. Podstatné obtížnější je posoudit psychický vývoj dívek v ženy v podmínkách takto těžkého postižení poškozujícího představy o vlastním těle - zřejmě i zde dochází zpravidla k vývoji, který se neodchyluje nebo jen nepatrně odchyluje od pohlavně specifické normy.

Vysvětlení pravděpodobně nabízí skutečnost, že řízené hormonální rovnováhy ženy, pokud je nám dnes známo, podléhá jen minimálně spinálním nervovým vlivům. Ochrnutá žena tudíž zůstává v každém případě determinována žensky - a to jak z hlediska menstruačního cyklu, tak z hlediska „typických“ ženských tělesných znaků a psychologických charakteristik.

V návaznosti na vzniklé přičinné ochrnutí bývá po 4 až 5 dnech často pozorováno potratové krvácení. Poté u většiny postižených žen menstuace na 3 až 6 měsíců vysadí. Tato amenorea odezní většinou bez dalších terapeutických opatření. Jen zřídka bývá nutné normalizovat cyklus pomocí hormonální terapie.

Pozorované amenoreické fáze nutně vedou k zamýšlení i nad možností psychogenní poruchy cyklu. Není těžké pochopit, že psychofyzická katastrofa spojená s ochrnutím a hluboké změny celkové tělesné struktury mohou způsobit poruchy takového druhu. V některých případech je potřebný psychotherapeutický zásah.

Mnohé ochrnuté ženy si stěžují, především pak v premenstruu, na sklon k bezděčnému vyprazdňování močového měchýře. U žen se spastickou paraplegií nebo tetraplegií míra spinální spasticity před porodem a během ní často roste.

Menstruační krvácení představuje pro mnohé ochrnuté ženy, i v případě normálního průběhu, významný problém: nedostatečná kontrola nástupu menstruační se jeví stejnou zátěží jako skutečnost, že chybějící senzitivní vnímání v oblasti genitálu může velmi znesnadnit aplikaci tamponu. Mimořádné jsou v takovém případě postižení tetraplegické ženy, které vinou ochrnutí horních končetin nemají k dispozici dostatečné manuální funkce, aby se o sebe mohly samy postarat.

Schopnost počítat paraplegiček v reprodukčním věku - každopádně mimo takzvaný spinální šok - není, ve srovnání se ženami nepostiženými ochrnutím, omezená, je jí tedy třeba považovat za normální. Se skutečností, že každá mladá žena, a to i s úplnou paraplegií nebo dokonce tetraplegií, může být těhotná a porodit dítě, by měla být včas seznámena každá pacientka.

Zkušenost ukazuje, že tato informace má zpravidla velmi pozitivní vliv na sebevědomí postižené ženy i na průběh rehabilitace.

Před mnohými ochrnutými ženami vyvstává otázka, zda mají používat „pilulku“, tedy hormonální antikoncepci. Podle dnes známých výsledků pozorování neexistují závažné důvody, které by mluvíly proti takovému postupu. V každém případě by se však měl brát ohled na (pravděpodobně jen minimálně) zvýšený sklon k tromboembolickým komplikacím, které se vyskytují v důsledku přičinného přerušení míchy, především pak u tzv. chabé paraplegie. Doporučuje se proto přednostně užívat preparátů s co možno nejnižšími dávkami hormonů a vždy po roce užívání na 3 měsíce přerušit. V každém případě musí hormonální antikoncepci řídit gynekolog znalý zvláštní problematiky transverzální míšní léze. Ke snížení nebezpečí tromboembolie se každé

ba v této souvislosti brát ohled na hlubokosáhlé újmny rázu, který si postižená žena vytváří sama o sobě jako o žeměny a rizika hrozící jejím navyklym představám a očeká- tím se sexuálního a partnerského vztahu.

hodnocení paraplegických poruch sexuální funkce u mu- ní s odpovídajícími poruchami u ženy bývá vysvětlováno a základě ztráty schopnosti erekce a ejakulace, jež je tak pro mužskou sexualitu - u ženy naproti tomu takové ná- y ve velké míře zcela chybějí. Navíc se zde projevuje vý- řečnosti, že žena kvůli ochrnutí zpravidla nedoznává ztráty schopnosti. Zcela paraplegický muž je v tomto ohledu sivně postižený a musí být často považován, a to i dnes, za o rozmnožování.

uze jejich projev je méně specifický. Schopnosti sexuální- ťž po orgasmus jsou jak u muže, tak u ženy vázány na int- novou senzitivitu a pravděpodobně také na funkční senzitivitu. Sexuální vzrušení se u ženy realizuje přede- dnicvím vysoce citlivých oblastí kůže a sliznic samotného h hypskú, klitoris a vagíny. Vjemová dráždění, která zde i vedena vzestupnými nervovými dráhami v N. pudenda- ení v sakrálních a lumbálních centrech přes boční provaz- s lateralis) míchy k vjemovému a řídicím centřum mozku. zzejí, rovněž především přes míšní dráhy, v menším rozsá- extraspinální autonomní spojení, odpovědi na dráždění, ífestují především v samotném genitálu, a to přibližně for- klitoris nebo sekrece slizničních žláz.

případě však nestačí vysvětlovat vznik sexuálního vzru- gasmus pouze na základě průběhu těchto reflexních spo- k erotické výchozí situace, jakož i pro celý průběh sexual- ní až po orgasmus mají rozhodující spouštěcí a řídicí e veškerá vnější a vnitřní fyzická a psychická dráždění.

s tím je pro průběh tělesných funkcí svalstva, cévního znic, spojených se sexuálními vjemy, nevyhnutelnou pod- ktnost vzestupných a sestupných vodivých míšních drah. mž zde dochází, tj. větší prokrvení, vyšší tonus svalstva, sliznic, se po přerušení vodivých drah, tedy v případě pa- lostavují. Nezpřístupnění senzitivních dráždění z ob- pak vede také k redukcii, určitě však ne pokaždé k plné ké oslovitelnosti ochrnuté ženy.

ním vývoji paraplegiček, které ujrly přičinné ochrnutí áždém případě však ještě před pubertou, je známo málo. řtu pozorování, jejichž výsledky máme sami k dispozici, řádné relevantní odchylky týkající se tělesně-sexuálního arche nastupuje v běžném) termínu, vývoji primárních a se-

mu dělohy k poruchám vyprazdňování močového měchýře - v takovém případě se nelze vždy vyhnout zavedení permanentního katétru s uzavřeným systémem zachytávání moči. Přechodně porušené reflexy tonní vyprazdňování močového měchýře se však zpravidla bez komplikací obnoví krátce po porodu - to samé platí také pro - až do té doby aplikovanou - metodu intermitentní (občasně) samokatetrizace.

U ochrnuté ženy je třeba i v případě normálního průběhu těhotenství počítat s tím, že začátek porodu se dostaví 1 až 2 týdny před vypočteným termínem. Z toho důvodu se doporučuje předčasné stacionární přijetí přibližně 3 až 4 týdny před vypočteným termínem porodu. Protržení vaku blan může proběhnout nepozorovaně, především u žen s inkontinencí moči. V případě ochrnutí vyššího než Th 8, především pak u kompletních tetraplegií, rodička nepozoruje začínající porodní bolesti - platí to hlavně pro prvoroďčky. U těchto žen je někdy významným znakem začátku porodu záchvatové opakované zvýšení krevního tlaku - patoxyvensmální hyperreflexe.

Na průběhu děložních stahů se neprojevují zpravidla žádné jiné vlivy, protože děloha nepodléhá ve významné míře spinálně-nervové regulaci. Protože začínající děložní stahy a začátek porodu často nebývají registrovány, může v případě úplného přičného ochrnutí dojít k spontánnímu porodu ve smyslu „silent partus“ - například ve spojení s vyměšováním stolice nebo vyprazdňováním močového měchýře.

Ochrnutí břišních svalů rodiče většinou znemožňuje aktivně porotat porod stahy svalů. Průběh porodu je v případě ochablého ochrnutí spíše usnadněn, u silně spastického pánevního dna naproti tomu někdy ztížen.

S názorem, že ochrnutá rodička musí v každém případě rodit operativně, nelze souhlasit - indikace pro porod císařským řezem nelze obecně stanovit jiným způsobem než jako u rodičky, která není postižená ochrnutím. K výjimkám z tohoto pravidla může docházet u vysokých paraplegií a u tetraplegií - k možnému operativnímu zakončení porodu by zde mohla nutit významná nedostatečnost funkce dýchání a výrazná, záchvatovitě se projevující přehnaná reflexní aktivita - hyperreflexe.

Tyto vadné regulace, dostavující se především během porodu, se projevují bolestmi hlavy, pocením, zpomalením tepu a zhoršením dýchání nosem způsobeného otokem sliznic - v kritických situacích jsou pozorovány křečové záchvaty a krvácení do mozku nebo očního pozadí. Podání atropinu je třeba uvážit, prostředky na snížení krevního tlaku je nutné aplikovat s opatrností.

Poporodní období nevykazuje zpravidla žádné zvláštnosti. Proti živě novorozence z prsu není námitek. U vysokých paraplegií - výše než Th 5 - bývá sekrece mléka porušena, u tetraplegií je proces kojení omezen motorickým ochrnutím ramen.

U tetraplegií, jejichž prsy a prsní bradavky podléhají senzitivnímu ochrnutí, je v každém případě nutné počítat s poruchou tvorby mateřského mléka. Tetraplegické matky mívají vinou ochrnutí horních končetin potíže s tím, aby své dítě samy držely a kojily. Psychologické a s péčí spojené problémy, které s tím souvisejí, je třeba včas a podrobně prohodit a připravit potřebná řešení.

## KOITUS A POHLAVNÍ PARTNERSTVÍ

Jak již bylo objasněno, ochrnutá žena má předpoklady pro realizaci „normálního“ genitálního, tedy penovaginálního pohlavního styku. Současně s tím musejí tyto ženy počítat s pokaždé různou mírou omezení a změn, především pokud jde o vlastní vjemy a sexuální uspokojení. Následkem senzitivního ochrnutí totiž chybí, zcela jistě při celkovém přičném ochrnutí, pociťování sexuálního vzruchu, které vycházejí z pohlavních orgánů, a následně většinou také schopnost prožívat „normální orgasmus“. Z těchto důvodů by bylo dobré, aby postižená žena a její partner, popř. ve spolupráci se zkušeným poradcem, hledali jiné možnosti sexuálního uspokojení. Takové možnosti, nabízené například jinými než bezprostředně erotogenními zónami, je třeba objevit a popř. nově rozvinout. Některé ochrnuté ženy, především pak ty, které před vznikem ochrnutí vedly intenzivní a uspokojivý pohlavní život, bývají schopné v pozoruhodné míře prožívat sexuální uspokojení z fantomových orgasmů, rezultujících z fantazii a denního snění. Chápavý a něžný přístup partnera může být v tomto směru významným příspěvkem. O možnostech sebeukojení je třeba mluvit otevřeně a v žádném případě nesmějí být předem označovány za negativní a zavržitelné.

Při koitální praxi je třeba vzít v úvahu některé zvláštnosti, jež vyplývají z přičného ochrnutí: často se nedostáváje zvýšená sekrece v oblasti stydkých pysků a vagíny, která podstatně usnadňuje zavedení penisu a která je u žen nepostižených přičným ochrnutím považována za běžnou. V takovém případě lze vzít na pomoc lubrikační prostředek. Nebezpečí bezděčného odchodu moči a stolice během koitu je třeba brát v úvahu a je o něm třeba promluvit s partnerem. Močový měchýř se vyprázdní, v případě potřeby pomocí katótru, před pohlavním stykem. Je-li to potřebné, je možno katótr nechat zavedený i během styku. Pro „případ nouze“ by měl být v dosahu savý ručník.

Velmi prudká spastická, především v oblasti svěřáčů a svalů v oblasti kyčle, může být pohlavnímu styku na překážku. Řešením může být spasmolytikum, které je třeba volit individuálně. V jednotlivých případech vyplývají značné potíže z patologického zkoštění měkkých částí (paraosteopathie). V takovém případě musejí partneri společně hledat možnosti jiných než obecně běžných pozic a technik pohlavního styku. V jednotlivých případech je možné uvažovat o operativních opatřeních: resekciích zkošťatělých oblastí.

## PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY - LIBIDO, ŽENSKÁ ATRAKTIVITA

Ochrnutá žena je tedy schopna vyvíjet sexuální aktivitu a s pomocí současných možností rozsáhlé rehabilitace pokračovat v dřívějších partnerských vztazích nebo navazovat vztahy nové. Současně nelze podcenit nesmírné obtíže, které přitom musejí všichni zúčastnění překonávat.

Stále je ještě rozšířen názor, že postiženou osobu, jejíž postižení je navíc zřejmé díky závislosti na invalidním vozíku, nelze považovat za aktivního člena společnosti a tato osoba je tím ve velké míře definitivně vyřazena také jako sociální partner a zcela jako pohlav-

## A POHLAVNÍ PARTNERSTVÍ

o objasněno, ochrnutí žena má předpoklady pro realizaci "genitálního, tedy penovaginálního pohlavního styku. Muži musejí tyto ženy počítat s pokaždě různou mírou omezení pohlavního styku, pokud jde o vlastní vjemy a sexuální uspokojení. Pokud jde o vlastní vjemy a sexuální uspokojení, zcela jistě při celkové senzitivní ochrnutí totiž chybí, zcela jistě při celkové senzitivní ochrnutí ochrnutí ochrnutí, které vychází z ochrnutí, pociťování sexuálních vzruchů, které vychází z orgánů, a následně většinou také schopnost prožívat "gasmus". Z těchto důvodů by bylo dobré, aby postižená žena, popř. ve spolupráci se zkušeným poradcem, hledala i sexuálního uspokojení. Takové možnosti, nabízené například nezpůsobené erotogenními zónami, je třeba objasnit a rozvinout. Některé ochrnuté ženy, především pak ty, které ochrnutí vedly intenzivně a uspokojivě pohlavní život, by měly být upozorňovány na možnosti uspokojení sexuálního stykem. Je-li to potřebné, je možno katétr nebo jiné prostředky z fantazií a denního snění. Chápat je třeba, že sexuální život je možno vést i bez sexuálního styku. Je-li to potřebné, je možno katétr nebo jiné prostředky z fantazií a denního snění. Chápat je třeba, že sexuální život je možno vést i bez sexuálního styku.

Pro "případ nouze" by měl být vypracován plán, který by umožnil ženě, aby byla schopna realizovat svůj sexuální život i bez sexuálního styku. Je-li to potřebné, je možno katétr nebo jiné prostředky z fantazií a denního snění. Chápat je třeba, že sexuální život je možno vést i bez sexuálního styku.

Pro "případ nouze" by měl být vypracován plán, který by umožnil ženě, aby byla schopna realizovat svůj sexuální život i bez sexuálního styku. Je-li to potřebné, je možno katétr nebo jiné prostředky z fantazií a denního snění. Chápat je třeba, že sexuální život je možno vést i bez sexuálního styku.

Pro "případ nouze" by měl být vypracován plán, který by umožnil ženě, aby byla schopna realizovat svůj sexuální život i bez sexuálního styku. Je-li to potřebné, je možno katétr nebo jiné prostředky z fantazií a denního snění. Chápat je třeba, že sexuální život je možno vést i bez sexuálního styku.

Pro "případ nouze" by měl být vypracován plán, který by umožnil ženě, aby byla schopna realizovat svůj sexuální život i bez sexuálního styku. Je-li to potřebné, je možno katétr nebo jiné prostředky z fantazií a denního snění. Chápat je třeba, že sexuální život je možno vést i bez sexuálního styku.

ni bytost, tedy jako osoba se sexuálními očekáváními, pocity a možnostmi. Toto stigma, které se ještě stále projevuje jako snad nejzávažnější překážka aktivní integrace postižených, cejtchuje ochrnutou osobu - muže stejně jako ženu - jako bezpohlavní, jako sexuální neutrální. V této souvislosti je důležitou skutečností, že tento předpojatý názor často, každopádně ze začátku, sdílí i příbuzní nejmenší nevědomě - také sami postižení, tedy i ochrnuté ženy. V praxi to znamená obtížný, zdoluhavý a často bolestný, později však také osvobozující proces učení, který musí žena s poraněnou míchou prodělat, než pozná, že přes těžké postižení, které aktivně změnilo celou její osobnost, je stále "ženou".

Nejprve se musí naučit opět se jako žena chovat, jako žena se cítit. Musí získat nový vztah k vlastnímu, závažně a finálně změněnému tělu, musí mít odvahu cítit se sama zase jako hezká a atraktivní, mít své tělo ráda, aby je mohl za atraktivní a milované považovat také její partner.

Pochopitelně v prvních týdnech nebo snad měsících po vzniku příčného ochrnutí je sexuální zájem přechodně utlumen: příliš těžké, příliš rozsáhlé jsou úkoly, které pro ochrnutou ženu vyplývají z nutnosti vyrovnat se se změnou situace.

S postupem stabilizace celkového stavu, se zlepšující se tělesnou výkonností, s rostoucí odvahou vrátit se do světa "ostatních" nastává také normalizace v obvyklých způsobech chování. Znovu se tedy dostávají pohlavní touhy; změny v pohlavních potřebách - libidu - se jeví jako nevýznamné ve srovnání se situací před vznikem ochrnutí. Odpovídají příslušnému věku, sociálnímu statusu a individuálním zvykům a zkušenostem, jsou tedy ve velké míře nezávislé na paraplegii. Přímou závislá na příčném ochrnutí je naproti tomu porucha obrazu o sobě samé a vztahu k partnerovi opačného pohlaví - hluboké interakční poruchy, jež vyplývají z každého takového těžkého postižení, se ve srovnání s bezprostředním, stále zřejmějším tělesným poškozením snadno přehlížejí a zanedbávají.

Pomocníci a poradci podílejí se na procesu rehabilitace by pro ně měli ochrnutou ženu povzbuzovat, aby nastoupila cestu k novému, pohlavně specifickému sebeuvědomění. Je jí třeba pomoci, aby se naučila, že sexualita představuje nevyhnutelnou, "normální" a rozhodující součást lidské bytosti, osobnosti - a to také, ba možná právě tehdy, když se člověk vyrovnává s tak fundamentální životní katastrofou, jakou představuje příčné ochrnutí.

Ochrnuté ženy, především s vysokými paraplegiemi a tetraplegiemi, udávají sníženou potřebu genitální fyzické sexuality ve srovnání s předchozím stavem. Zcela neméně, ba silněji však projevují přání týkající se uspokojivého partnerství a lidského kontaktu charakterizovaného něžností a eroticky akcentovanou náklonností.

Za výraz snahy být atraktivní, být uznávanou ženou, být milována a módní odívání, jež u většiny ochrnutých žen pozorujeme. Tato hlediska je nutné brát v úvahu také při nutném zasobování pomůckami - invalidní vozík dnes už nemusí imponovat jako do očí bijící,

potupný "dopravní prostředek nemocného". Ortopedická obuv může být výrobkem dobrého ortopedického obuvníka a může být vyrobena s jistým módním šarmem, tetraplegické ženě je možno nabídnout veškerou pomoc, pokud jde o kosmetiku odpovídající jejím přáním a potřebám.

## MANŽELSTVÍ A RODINA, PARTNERSTVÍ A ROZVOD

Vznik příčného ochrnutí znamená každopádně hluboký zásah do každého partnerského vztahu, především pak do existujícího manželství. Nezřídka to tento svazek zpochybní a často také ohroží. Před oběma zúčastněnými - přítom i žádném případě nejen před nepostiženým partnerem - vyvstane otázka, zda je schopen a ochoten v natolik změněných podmínkách zachovat existující svazek a pokračovat v něm.

Jaké možnosti svazku přesahujícího "přátelství" lze rozvíjet a realizovat, jaká rizika takovému partnerství hrozí?

Zdrojem jisté obtížné situace se může stát nutnost, že mužský partner musí kvůli těžkému postižení u partnerky převzít současně úkoly pečovatele, včetně péče intímní. Jisté je oprávněná obava postižené ženy, že přetvořením přírodních hranic studu, které je s tím nutně spojeno, může vést k porušením v sexuální oblasti, dokonce k oslabení ženské přitažlivosti. Platí to opět především pro většinou zcela na péči závislé tetraplegické ženy. V takových případech, je-li to nějakým způsobem možné, by měla úkoly pečovatele převzít neutrální osoba. Nemí pochyb, že vznikem tak těžkého postižení, jakým je příčné ochrnutí, je ovlivněno a poškozeno sexuální chování a citění postižené ženy, které spolučňuje celou její osobnost. Je proto naléhavě nutné, aby si postižené ženy uvědomily, že sexualita je podstatně více než pouhý akt tělesného pohlavního spojení. Sexualita zahrnuje, především pak pro ženu, komplex vztahů k partnerovi: něžnost, přání dávat a přijímat, mít pochopení jeden pro druhého, vzájemné mazlení. Snaha o nové formy komunikace, jež má být vlastní oběma partnerům, je schopna plnohodnotně nahradit dřívější tělesný vztah.

Pro ženu sexualita zahrnuje množství způsobů chování mezi úsměvem a orgasmem - a nejen to, co se mezi dvěma lidmi odehrává v posteli. (Romano, M.: Sexuality and the disabled female. Accent on living 1973 a (zima), s. 27-34, citováno podle: R.W. Triest: Spinal Cord Injuries: Psychological, social, and vocational rehabilitation. Demos Publications, New York 1988).

Možnost vybudovat takové nové formy pohlavních a erotických vztahů závisí ve velké míře na sociálním původu a na kulturních a etnických realitách, v nichž postižení partneri žijí - ty určují míru, možnosti a hranice, jež mají k dispozici. Rozsáhlá rehabilitace má v každém případě za úkol co nejvíce postiženou ženu a jejího partnera informovat a povzbudit je, aby si osvojili a využili veškeré možnosti sexuální aktivity, které jsou psychologicky možné a akceptovatelné a které mají schopnost zprostředkovat pozitivní pocity a ukrojení.

# PSYCHOSOCIÁLNÍ TRAUMA PACIENTŮ S CELKOVÝM OCHRNUTÍM - PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ, ZPRACOVÁNÍ A ZVLÁDNUTÍ

Wolfgang Pitz

Ve své přednášce bych chtěl nabídnout krátký přehled zkušenos-tí a některé modely pro psychické zpracování a zvládnutí u pacien-tů s celkovým ochrnutím. Následně bych chtěl, také v přehledu, na-sítnit naši koncepci péče psychologické služby v oddělení pro celkové ochrnuté u Heidelbergu.

Jak všichni víme, celkové ochrnutí znamená pro pacienta hlubo-ké trauma s většinou neodčitelnými tělesnými, společenskými a také z nich vyplývajícími psychickými následky. Celkové ochrnu-tý člověk je následkem náhle se dostavivšího traumatu konfronto-ván se závažnými tělesnými změnami, omezenými a ztíženými ro-dinnými a přátelskými kontakty, s nutností nově se zorientovat ve své bytové a pracovní situaci. Často nemůže sám vykonávat dokor-ane ani dosud zcela samozřejmé každodenní zvyklosti a potřeby a ja-ko malé dítě je nucen nově se učit mnohým věcem patřícím ke kaž-dodennímu životu.

Úzké propojení psychických a společenských funkcí člověka s funkcemi tělesnými bych chtěl ve stručnosti ukázat na zjednodu-šeném modelu z tělesné terapie (Bioenergetika od Alexandra Löwe-na) (diapozitiv č. 3).

Obrázek diapozitivu schematicky znázorňuje spolupůsobení psychického centra člověka se svalstvem a povrchem těla. Kognitiv-ní a především emocionální impulsy z psychického jádra člověka jsou přenášeny směrem ven kosterním svalstvem a povrchem kůže. Tak mohou například ochranné nebo otevřené polohy těla spolu s gestikou a mimikou vyjadřovat navenek vnitřní proces člověka, mohou ho však také kontrolovat nebo chránit. Stejně tak jsou zvnějšíku přicházející kontaktní impulsy většinou neuvědoměle kontrolovány, filtrovány a podle otevřenosti vnímány a zpracovává-ny. Již tento velmi zjednodušený model nám umožňuje představu o tom, jak úzce tělesná změna u celkově ochrnutých pacientů sou-víší se změnami psychickými a společenskými.

Každý pacient prožívá a zpracovává trauma celkového ochrnutí individuálně a rozličně. Jako přehled a základní orientace mohou modely psychického prožívání a zpracovávání pomoci k lepšímu pochopení reakcí pacientů, a tím k snazší práci s těmito reakcemi (diapozitiv č. 4).

Zpracování šokující zprávy znázorňuje schéma fázového mode-lu podle Königswiesera. Na základě našich zkušeností je možné tento model, stejně jako podobné modely, například podle Kübler-Rossové, dobře aplikovat k popsání zpracování a prožití u pacienta s čerstvým celkovým ochrnutím. Po obsáhlé informaci o následcích celkového ochrnutí nastává u pacienta většinou první fáze charak-terizovaná šokem, neochotou vzít na vědomí a odmítáním informa-ce. Pacienti často zcela nebo částečně „zapomínají“ informace, kte-

ré jim personál poskytl, nejsou zatím schopni vědomě se s realitou vyrovnat.

Pro ošetřující personál je důležité, aby tyto psychické mechanis-my neinterpretoval jako zlobu nebo „hloupost“ pacientů, ale aby k nim vždy přistupoval s jasně a citlivě poskytnutými informacemi.

V druhé fázi „naděje“ proniká vnímání reality stále více do paci-entova vědomí. Ten však usiluje pomocí naděje a často pomocí od-mítání nepřipouštět si ji příliš blízko k sobě. V této fázi bývají infor-mace již rozumově většinou vnímány, často však zatím nedochází k emocionálnímu zpracování.

Také v této fázi je pro ošetřující personál velmi důležité, aby k pacientovi přistupoval s pochopením, i když se pacientovy reakce částečně jeví jako nepochopitelné.

Když obranné mechanismy naděje, negace a odmítání fungují stále méně, proniká nová realita stále více do pacientova vědomí. Celkové ochrnutí se pokouší vnitřně i vně bránit této realitě agrezí. Projev agrese mohou být zaměřeny proti sobě samému, proti lidem v bližším nebo vzdálenějším okolí nebo obecně, například proti osudu.

Především tato fáze od personálu vyžaduje profesionální přístup k pacientovi. Je důležité, abychom reakce doprovázející zpracování nepovažovali za namířené proti sobě. To nás však nesmí svádět k tomu, abychom oprávněné stížnosti a zlost pacienta odbývali jako pouhé „psychické problémy“.

V dalším průběhu si bude pacient stále více vědom bezperspek-tivnosti svých snah a svých agrezí, realita se pro něj bude stávat stá-le nevyhnutelnější. Části dosavadní náplně života a životních cílů se mu vnitřně hroutí, aniž by byl zatím ve stavu vybudovat si nové perspektivy. To vede ke 4. fázi, která je charakterizována deprese-mi. Deprese pro pacienta často znamená vnitřní ústup, vyrovnání se se sebou a svou realitou, které probíhá s co nejmenším počtem vnějších aktivit a požadavků. Z pohledu ošetřovatelů je důležité, aby také tuto fázi, chudou na vnější podněty, identifikovali jako proces zpracování. Bylo by jistě nesprávné snažit se pacienta v této fázi vytrhnout z jeho deprese pomocí přehnaných požadavků.

Každopádně je však možno pozorovat, že tyto pacienti nevypadá-vají zcela z kontaktu a z podnětu zaměřeného na jejich okolí. Umě-lé „vymlouvání“ nebo „přehrávání“ depresivní fáze pomocí akcio-nismu by však bylo pro pacienta stejně škodlivé. Nakonec následuje psychická práce zaměřená k potírání smutku (Trauerarbeit), která znamená začátek zvládnutí utrpeného traumatu.

Potírání smutku (Trauerarbeit) a zvládnutí utrpeného traumatu slouží, kromě rozloučení se s mnohými starými životními návyky, otevření nových perspektiv a možností, které pak mohou posloužit jako zdroj pocitu uvědomování si vlastních hodnot a kvality života

# CELKOVÝM OCHRNUTÍM VÁNÍ A ZVLÁDNUTÍ

nal poskytl, nejsou zatím schopni vědomě se s realitou  
jící personál je důležité, aby tyto psychické mecha-  
retoval jako zlobu nebo „hloupost“ pacientů, ale aby  
přístupoval s jasně a citlivě poskytnutými informacemi.  
fázi „naděje“ proniká vnímání reality stále více do paci-  
mí. Ten však usiluje pomocí naděje a často pomocí od-  
pouští si ji příliš blízko k sobě. V této fázi bývají infor-  
umové většinou vnímány, často však zatím nedochází  
nímu zpracování.

to fázi je pro ošetřující personál velmi důležité, aby  
přístupoval s pochopením, i když se pacientovy reakce  
jako nepochopitelné.  
nné mechanismy naděje, negace a odmítání fungují stále  
ká nová realita stále více do pacientova vědomí. Celkově  
pokouší vnitřně i vně bránit této realitě agresi. Projevy  
u být zaměřeny proti sobě samému, proti lidem v bližším  
tějším okolí nebo obecně, například proti osudu.

o tato fáze od personálu vyžaduje profesionální přístup  
je důležité, abychom reakce doprovázející zpracování  
i za namířené proti sobě. To nás však nesmí svádět  
chom oprávněné stížnosti a zlost pacienta odbývali jako  
hické problémy“.  
průběhu si bude pacient stále více vědom bezperspek-  
h snah a svých agresi, realita se pro něj bude stávat stá-  
lelnější. Části dosavadní náplně života a životních cílů se  
hrouť, aniž by byl zatím ve stavu vybudovat si nové

To vede ke 4. fázi, která je charakterizována deprese-  
pro pacienta často znamená vnitřní ústup, vyrovnání  
a svou realitou, které probíhá s co nejmenším počtem  
řadit a požadavků. Z pohledu ošetřovatelů je důležité,  
to fázi, chudou na vnější podněty, identifikovali jako  
ování. Bylo by jistě nesprávné snažit se pacienta v této  
ut z jeho deprese pomocí přehnaných požadavků.

lné je však možno pozorovat, že tyto pacienti nevyžadá-  
kontakta a z podnětu zaměřeného na jejich okolí. Umě-  
ání“ nebo „přehrávání“ depresivní fáze pomocí akcio-  
ak bylo pro pacienta stejně škodlivé. Nakonec následuje  
ráce zaměřená k potírání smutku (Trauerarbeit), která  
čátek zvládnání utrpeného traumatu.

u pacienta. Je třeba poznamenat, že tyto fáze nemusejí probíhat  
pacienta pokaždé ve stejném pořadí, někdy se pacient vrací z „po-  
zdejší fáze“ do „fáze dřívější“. Stejně individuálně se liší trvání a vý-  
raznost jednotlivých fází. Intrapsychické zpracování u pacienta čas-  
to velmi ztěžuje kontakt s ošetřujícími personálem a rodinnými  
příslušníky. Mimořádně důležité je přitom vědět, že dostatečně  
dlouhý a psychickou obranou stále znovu brzdný proces zpracová-  
ní je pro pacienta enormně důležitý a potřebný kvůli ochraně před  
příliš silnými emocemi (především strachem a přetřesením). Zpravi-  
dla se tedy nejedná o „neschopnost“ pacienta vyrovnat se se svou  
novou situací, ale jde o psychickou schopnost zpracovávat a nové  
vytvářet svou změněnou situaci v tempu a rozsahu, které je scho-  
pen zvládnout. Abych ukázal, že při zvládnání nemoci se nejedná  
o proces (oddělitelné fáze) ve statisticky předem daném pořadí,  
chtěl bych se ještě krátce zmínit o integrovaném modelu s kyberne-  
tickou zpětnou vazbou podle Heima (diapozitiv č. 5).

Z tohoto schématu je zřetelné vidět, jak zpočátku kauzálně po  
sobě následující procesy zase zpětně působí na předcházející část  
zvládnání utrpeného traumatu. Jako obranné mechanismy se v tom-  
to modelu uvádějí například odmítání, negace, racionalizování a in-  
tektualizování nebo regrese. Ve schematickém zobrazení jsou for-  
my obrany znázorněny mříží.

Chřel bych ještě jednou zdůraznit důležitost modelového charak-  
teru předchozího zobrazení. Každý pacient reaguje velmi odlišně,  
což závisí na jejich osobním životopisu, oporách a otevřenosti v jejich  
sociálních prostředích a na reálných perspektivách, které prožívají v plá-  
nování a organizaci svého života. Podobné psychické mechanismy  
zvládnání utrpeného traumatu se mohou dostavit také u všech rodin-  
ných příslušníků pacienta a u všech osob, které jsou s ním v přímém  
osobním kontaktu. To je důležité brát v úvahu především u profesio-  
nálních pomocníků a týmů pracovníků, které mají zatím málo zkuše-  
nosti ve styku s traumaticky těžce nemocnými pacienty.

Stejně důležité je uvědomit si, že psychologické modely mohou  
mít vždy jen orientační charakter pro pochopení problémů a těž-  
kostí lidí. Schematický způsob nazírání a postupu, který by z nich  
vycházel, by pak ve styku s postiženým pacientem neodpovídal  
konkrétní osobě ani obtížnosti situace a pro samotného pacienta by  
znamenal pramalou pomoc.

Ještě bych chtěl nabídnout přehled o koncepci péče Psychologic-  
ké služby v heidelbergském oddělení pro celkově ochrnuté (diapo-  
zitiv č. 6).

Diapozitiv představuje zkrácený schematický přehled heidelberg-  
ské koncepcie péče. K prvému kontaktu do 48 hodin by mělo dojít  
u každého čerstvě zraněného pacienta. Slouží k navázání kontaktu,  
psycholog se stručně představí, vysvětlí smysl svého úkolu a působ-  
nosti na klinice a domluví termín prvního rozhovoru, který by se měl  
uskutečnit do tří dnů. Při prvním anamnesticko-diagnostickém rozho-  
voru by se měly zjistit subjektivní pocity pacienta, jeho aktuální životní  
situace, životní zkušenost především z hlediska kritických životních  
událostí a jeho osobní očekávání od budoucnosti. Na závěr rozhovoru  
by měl psycholog získat obraz o osobnosti a rodinné struktuře, o oče-

kávatelné schopnosti přistupovat k nové krizové situaci a měl by roz-  
hodnout o další možné, popř. nutné terapeutické péči o pacienta. Spo-  
lečně s pacientem se rozhoduje o další péči o něj (diapozitiv č. 7 a 8).  
Nezávisle na tom, zda existovaly další kontakty mezi psychologem  
a pacientem, následuje na začátku mobilizační fáze ještě jednou krátký  
kontakt, aby se prozkoumalo zvládnutí změny, která je pro pacienta  
často rozhodující (informace se sezení na invalidním vozíku).

Další nabídky péče obsahuje podle potřeby celodenní zatěžovací  
fáze, např. pravidelné se konající terapeutické rozhovory, zprostřed-  
kování metod na odstraňování napětí a zvládnání bolesti, partnerské  
a rodinné rozhovory, poradenské rozhovory o sexualitě, partnerství,  
rodinných a společenských kontaktech a profesních perspektivách.  
V případě potřeby patří k důležitým úkolům Psychologické služby ta-  
ké péče o rodinné příslušníky. Stejně důležité je instruování interdis-  
ciplinárního týmu, a to jak skupin, tak jednotlivých pracovníků for-  
mou supervize a poradenství zaměřených na pacienta. Důležitým  
předpokladem pro činnost Psychologické služby je nízkoprahovost  
nabídky (diapozitiv č. 9). V pravidelných kontaktních rozhovorech se  
snažíme pacientům sdělit, že nabídku poradenství nebo doprovod-  
nou terapeutickou nabídku mohou přijmout, i když nejsou nebo ne-  
musejí být těžce psychicky postižení.

Péče o pacienty není zpravidla psychoterapeutickou péčí v kla-  
sickém smyslu. Jak již bylo uvedeno, obtíže při zpracování tak roz-  
hodující životní změny jsou velmi velké, zpravidla je při výskytu  
problémů v tomto procesu zvládnání utrpeného traumatu možno  
mluvit o takzvaných „traumatických neurozách“. V normálním pří-  
padě se nejedná o zvládnání biografické minulosti, ale o podporu  
a pomoc při zvládnání aktuální situace a vypracování perspektiv do  
budoucnosti. Často trochu jinak probíhá péče u pacientů s psychic-  
kým onemocněním vyskytujícím se před traumatem, jako jsou těž-  
ké neurozy, psychózy nebo poruchy osobnosti. U těchto pacientů je  
péče zpravidla důraznější, často se blíží psychoterapeutické péči  
v pravém smyslu slova.

Ze důležitého předpoklad pro psychology, kteří pracují v odbor-  
ném oddělení zaměřeném na péči o celkově ochrnuté, považují  
- vedle studia psychologie - fundované vzdělání v psychoterapii.  
I když bývá psychoterapie v klasickém smyslu aplikována jen zříd-  
ka, přesto tato zkušenost a vzdělání jsou často nutné pro styk s pa-  
cienty v psychicky traumatické a velmi obtížné situaci. Podle mých  
zkušeností jsou zde velmi vhodné postupy humanistické psycholo-  
gie (například tvarová terapie, rozhovorová psychoterapie soustře-  
děná na klienta).

Terapeuti vyškolení v těchto postupech pracují zpravidla v přímém  
a autentickeém kontaktu s pacientem, terapeutické modely jsou zamě-  
řené na osobní růst. To jsou jistě dobré předpoklady pro terapeutickou  
péči o celkově ochrnuté pacienty v nemocniční situaci a pro jejich pod-  
poru při vypracování perspektiv. Stejně tak důležitá pro práci v oddě-  
lení celkově ochrnutých je předchozí zkušenost z práce ve strukturách  
klimiky a v interdisciplinárním týmu, protože psycholog by měl být ta-  
ké schopen v případě potřeby podporovat a vést týmovou a personální  
práci.

# PSYCHOLOGICKÁ PODPORA PŘI ZVLÁDÁNÍ KAŽDODENNÍCH PROBLÉMŮ PARAPLEGIKŮ

Wolfgang Pitz

V německém jazyce obsahuje pojem „všední den“ všechny dny, tj. každý den. Jako všední označujeme potřeby a činnosti, které se nám zdají samozřejmé a které vykonáváme více méně rutinně. Hned po porodu se začínáme učit dovednosti, které uspokojují základní potřeby nutné k přežití. Je to dýchání, přijímání a vylučování potravy, mobilita, sexualita, navazování a udržování rodinných a sociálních kontaktů, vykonávání práce...

Ve svém životě se naučíme uspokojovat tyto své potřeby rutinně a zjednodušeně, abychom šetřili čas a energii. Věšinou se setkáváme s prostředím, které je přizpůsobeno těmto společným základním potřebám lidí. Čas a provádění úkonů jsou často určeny společností. K zásadním změnám v těchto úkonech dochází poměrně zřídka a většinou se jedná o zvládnutelné jednotlivé úkoly.

Proč je pro tyto každodenní úkony zapotřebí psychologie, nauky o duši? Pro psychicky a fyzicky zdravé lidi je psychologie ve své vědecké nebo terapeutické formě pro všední den nebo „normální život“ jistě méně důležitá. Po psychických a fyzických traumatech však lidé více nebo méně ztratí výše uvedené „všední“ dovednosti. Zvláště výrazně se to projevuje v případě paraplegie, tím více, čím úplnější a vyšší je ochrnutí. Po tělesném a duševním šoku si postižený stále více uvědomuje, že mnoho dříve jednoduchých všedních záležitostí života už nejsou všedními a jednoduchými. Pacienti ani nemohou sami vykonávat důležité základní potřeby, jejich přežití je závislé na jiných lidech. Dotýká se to ve větší nebo menší míře dýchání, přijímání a vylučování potravy. Jiné samozřejmé věci, jako pohyb a tělesné vnímání, jsou porušeny.

Vše, dříve tak všední, nyní potřebuje mnohonásobek času, není již možné vůbec nebo je silně omezeno častými nemocemi nebo bolestmi. Dokonce ani na jednoduché otázky typu „jak se cítím?“ nebo „jak se mám?“ už nelze odpovědět jednoduše. Obraz a vnímání sama sebe už není spolehlivé a není v rovnováze. Postižení paraplegii prodělají ve velmi krátké době zpravidla neočekávanou a ne-dobrovolnou regresi, tj. propad ve svém vývoji k samostatnému individu u až na bezmocného, na pospas vydaného, závislého člověka, který je znovu jako dítě odkázán na to, aby se znovu naučil velkou část dovedností nutných k přežití. Psychoterapie, v překladu „ošetření a léčení duše“, tzv. „regresivní procesy“ někdy chce a terapeut je podporuje. Umožňují prožití, zpracování a léčení také v psychických rovinách dřívějšího života pacienta. Regrese však často vedou také k „psychickým blokádam“, dospělý se cítí jako malé dítě, nemůže dle svých potřeb být aktivně a tvořivě v kontaktu se svým prostředím.

Všechny tyto blokády se daří zpracovávat a odbourat v dobře probíhajícím psychoterapeutickém procesu. Odsraním lze v posled-

ní době i regresivní blokády vzniklé po náhlém masivním psychickém traumatu. K tomu byly vyvinuty zvláštní psychoterapeutické metody. Teprv potom je možný další vývojový proces. Ošetřující psycholog stojí před jiným problémovým okruhem v případě člověka, který utrpěl paraplegii, protože pro vlastní „léčení“ tělesného postižení vlastně nemůže nabídnout skoro žádnou pomoc. Proč tedy psychologie a psychologové jako podpora pro léčení všedního dne u paraplegiků? Jak uvedeno již dříve, je člověk-paraplegik zraněn jako celek. Rozdělení soma a psyché zpochybnují filosofie, psychologie a medicína. Lze skutečně vystihnout jedno, aniž bychom zvažovali i druhé? Spojení tělesna a duševního je zvláště patrné u paraplegiků. V úvodu zmíněné překážky v citění sebe sama, kontaktech, sociálních a biologických dovednostech hluboce otlácejí samozřejmosti a často sebeúctou člověka. Tělesné zranění nastane často během vteřin nebo minut, tělesný rehabilitační proces směřem k životu s více či méně těžkým postižením trvá měsíce, psychické zpracování a zvládnutí situace často ještě mnohem déle.

Pro prožití regresi člověka k bezmocnosti a závislosti vyžadují rehabilitační zařízení co nejrychlejší a stálou progresi, tj. pokračování směřem k pokud možno samostatnému, mobilnímu životu, a sice často kvůli nárokům pracovníků orientovaných spíše zdravotnicky a technicky, zejména však i z finančních důvodů. Vedle beztak těžce zvládnutelných zdravotních a technických překážek jsou na pacienta kladeny enormní psychické nároky. Jako dospělý člověk se musí jako dítě učit, jak najít cestu v prostředí, které není přizpůsobeno jemu, jeho všední život se musí měnit. Často je duševní vývoj pomalejší než zdravotní a technický pokrok v rehabilitačním procesu. Výrazem toho jsou pak často deprese s nechtím ke všemu, poruchy koncentrace a psychosomatické příznaky, které ztěžují další zdravotní a rehabilitační pokrok na tělesné úrovni.

Pacient patrně vyvíjel ve svém předchozím životě dobré a fungující každodenní dovednosti, které je proto zapotřebí společně s pacientem znovu vypracovat, aby přijal svůj „nový všední život“.

První část procesu se koná v tzv. klinickém všedním životě. Všední je tento život však pouze pro personál! Pacienti, příbuzní a jiné kontaktní osoby, které nepatří ke klinickému personálu, se musí vypořádat se zcela novým prostředím, kde platí zvláštní okolnosti a pravidla. Cílem rehabilitačních zařízení je po úvodním zvládnutí krize dosáhnout následující fáze zaopatření, mobilizace a co největší samostatnosti pacienta.

Lékařský, pečovatelský, fyzioterapeutický a ergoterapeutický odborný personál se přitom snaží dosáhnout pokroků pro zvládnutí všedního dne pacienta. Stejně důležitý jako tělesný vývoj přes jednotlivé fáze rehabilitace je i duševní vývoj pacienta. Také zde musí

# PŘI ZVLÁDNÁNÍ PARAPLEGIKŮ

esivní blokády vzniklé po náhlém masivním psychickém u. K tomu byly vyvinuty zvláštní psychoterapeutické metody, které umožňují před jím problémovým okruhem v případě člověka přepřeplegii, protože pro vlastní „léčení“ tělesného onemocnění nemůže nabídnout skoro žádnou pomoc. Proč tedy je a psychologové jako podpora pro léčení všedního paraplegiků? Jak uvedeno již dříve, je člověk-paraplegik zra-ek. Rozdělení soma a psyché zpochybují filosofie, a medicína. Lze skutečně vstáhnout jedno, aniž by-rali i druhé? Spojení tělesna a duševního je zvláště pat-říků. V úvodu zmíněné překážky v citění sebe sama, sociálních a biologických dovednostech hluboce otfá-omstí a často sebeúčtou člověka. Tělesné zranění na-ěhem vteřin nebo minut, tělesný rehabilitační proces vodu s více či méně těžkým postižením trvá měsíce, racování a zvládnutí situace často ještě mnohem déle. regresi člověka k bezmocnosti a závislosti vyžadují re-řízení co nejrychlejší a stálou progresi, tj. pokračování ákud možno samostatnému, mobilnímu životu, a sice árokům pracovníků orientovaných spíše zdravotnický-zejména však i z finančních důvodů. Vedle beztak těž-nych zdravotních a technických překážek jsou na pa-ny enormní psychické nároky. Jako dospělý člověk se-čít, jak najít cestu v prostředí, které není přízpuso-eho všední život se musí měnit. Často je duševní vývoj ž zdravotní a technický pokrok v rehabilitačním proce-ého jsou pak často deprese s nechutí ke všemu, poru-ace a psychosomatické příznaky, které ztěžují další-ehabilitační pokrok na tělesné úrovni.

trné vyvíjel ve svém předchozím životě dobré a fungu-ání dovednosti, které je proto zapotřebí společně s paci-ny pracovat, aby přijal svůj „nový všední život“.

t procesu se koná v tzv. klinickém všedním životě. to život však pouze pro personál! Pacienti, příbuzní-tní osoby, které nepatří ke klinickému personálu, se-dat se zcela novým prostředím, kde platí zvláštní okol-íidla. Cílem rehabilitačních zařízení je po úvodním-ize dosáhnout následující fáze zaopatření, mobilizace samostatnosti pacienta.

pečovatelský, fyzioterapeutický a ergoterapeutický od-nál se přitom snaží dosáhnout pokroků pro zvládnutí e pacienta. Stejně důležitý jako tělesný vývoj přes jed-ehabilitace je i duševní vývoj pacienta. Také zde musí

dospět po regresivní fázi závislosti popsané v úvodu k duševní „mo-ibilizaci“. Po podáníem zpracování traumatu by měl dosáhnout psychologické samostatnosti ve svém dalším všedním životě, tedy mimo nemocnici. Psycholog tedy musí pacientovi umožnit duševní vyrovnání, často však také pracovníkům, jež se o něho starají. Má za úkol vytvářet prostor pro učení a zpracování zážitků v chráně-ném a dobře strukturovaném prostředí kliniky. Pouze je-li pacient schopen akceptovat a zpracovávat klinický všední den i psychologicky, převeš ho postupně do svého vlastního individuálního všedního ži-ota, mohou být rehabilitace a opětné zapojení do „normální“ spo-lečnosti (mimo nemocnici) úspěšné. Stejně důležité je, aby se pro-ces mohl provádět v sociálním okolí pacienta. Zejména zde se zpravidla hůře vypořádají s duševními problémy než s technickými.

Chťel bych nyní načrtnout psychologické metody, které klinický psycholog může používat pro podporu celkové rehabilitace para-plegiků:

- terapeutické podpůrné pohovory s pacientem samotným, s je- ho rodinou, sociální tréninkové skupiny, zprostředkování programů pro zvládnutí bolesti a pro relaxaci, zprostředkující pohovory s pa- cientem a pracovníky, účast na a provádění informačních skupin pro pacienty a případně psychologická diagnostika.

Důležitou úlohu hrají multiplikační-pracovníci. Psycholog zpro- středkuje znalosti o vedení pohovorů, navázání kontaktů, psychofy-ziologických souvislostech, motivační psychologii, dále podporuje didaktické schopnosti. Pracovníkům často pomáhají psychologické a, psychopatologické modely pro vysvětlení psychologických poruch, které existovaly již před postižením. Mohou takto zmírnit konflikty a zejména mohou lépe vyhovět individuálním psychologickým doved- nostem i potřebám pacientů.

Jak již bylo řečeno, slouží medicínská a psychická rehabilitace přípravě na „skutečný“ všední život pacienta v jeho domově. V do- mácím prostředí je postižení pacienta výraznější, protože okolí již není vybaveno dle potřeb postiženého nebo lékařsky dobře zaopat- řeno. Některé požadavky, které na klinice nebyly až tak důležité, nabývají teprve teď na váze. Novou závislost způsobují zejména změny v partnerství (sexualita, péče, závislost), ztížené společ- ské kontakty (kvůli ztrátě mobility) a potíže spojené se životem v prostředí nevhodném pro postižené. Z toho mohou vzniknout problémy se sebeúčtou. Psychologická podpora klinickým psycho- logem pro zvládnutí domácího všedního dne je bohužel zpravidla nemožná. Na ambulantní ošetření dojíždějí pacienti v poměrně dlouhých intervalech. Čas nám většinou nestačí na ambulantní pé- či. Ambulantní praxe psychoterapeutů zpravidla nejsou vybaveny pro vozíkáře, psychoterapeuti nejsou připraveni na zvláštní pro- blémy této skupiny pacientů. Proto je velmi důležitá dobrá a stabili- zující příprava na klinice - až do propuštění do domácího prostředí. V paraplegickém centru jsou na klinického psychologa kladeny nej- různější požadavky. Ze studia psychologie potřebuje základní zna- losti o psychologii myšlení, učení, o psychofyziologických souvis- lostech. Jako příklad složitosti úkolů lze uvést téma sexualita, která pro pacienta a ošetřujícího psychologa zahrnuje medicínsky-biolo-

gickou, individuální, partnerskou a sociální dimenzi.

Jistě nepotřebuje psychoterapeutickou péči každý pacient. Psy- choterapie v klasickém pojetí není v prostředí rehabilitační kliniky a zejména i z hlediska mimořádné životní situace pacienta ani indi- kovaná, přesto bych však chtěl ukázat, jak důležité může být pro psychologa dobré psychoterapeutické vzdělání. Zmínil jsem se o nutnosti psychického zpracování, současného pokroku tělesné a duševní stránky v rehabilitačním procesu. Dobrým podpůrným doprovodem je pro mne tvarová psychoterapie (Gestaltpsychothera- pie), která je humanisticky a celistvě zaměřena. Gestaltisti pracují s pacientem v přímém a autentickém kontaktu, tělesně a emocio- nální zážitky se do práce zásadně zapojují. Jako u všech humanis- tických terapeutických metod se podává jen málo vysvětlení, paci- enta podporujeme, aby našel svou vlastní cestu. Težičtější tvarově-terapeutických hovorů spočívá v odhalení a podpoře psy- chických zdrojů pacienta. Vzbudí a posilují se jeho vlastní schop- nosti navázat kontakt s okolním světem a dobře tam obstát. Cílem procesu je, aby seberegulace organismu pacienta byla opět funkční. Jde o probuzení a podporu psychologických sebeléčitelských sil pacien- ta, v žádném případě však o psychologické universální recepty, kte- ré se mají jen předepsat. S příjemnou a láskyplnou podporou tera- peuta musí každý pacient najít svou vlastní cestu. Nemůžeme, ani nesmíme se snažit převzít hledání za pacienta. Jako výsledek toho- to doprovázejícího hledání vidíme často pacienty, kteří i přes své těžké postižení našli cestu jak žít svůj život způsobem, který je pro ně pozitivní.

Další důležité hledisko tvarově terapeutického přístupu je práce ZDE a NYNĚ. Biografické pozadí pacienta se zahrnuje do práce, zdá- li se to nutné pro aktuální zpracování určitého problému. Umožňu- je to pracovat s pacientem na nejrůznějších krizových situacích, podporovat jeho city a schopnosti a navázat s ním dobrý kontakt i v několika jednotlivých pohovorech. Tvarová terapie klade velký důraz také na kontakt mezi individuem a jeho okolím. Jistě je to zvlášť dobrá pomoc pro situaci našich pacientů. Jako podpůrnou metodu můžeme uvést zkušenostní-zážitkovou terapii (Verhaltenstherapie), která může být nápomocná zejména pro části terapeuti- kého procesu, které se zabývají cvičením. Zde se jedná o relaxační techniky, programy pro zvládnutí bolesti nebo pro sociální život. Z časových důvodů zde, bohužel, nemohu dále hovořit o modifiko- vaných možnostech užití psychoterapeutické podpory, jistě by toto téma stálo za vlastní přednášku. Stejně jako v minulém roce bych však chtěl zdůraznit výzvu, aby pacienti nebyli psychicky patologi- zováni anebo se museli podrobovat psychoterapii. Vždy se může jednat jenom o nabídku podpory po velmi kritickém životním zážit- ku a ve velmi těžké fázi života, která je toho důsledkem.

Několikrát jsem zmínil důležitost současného sledu tělesné a psychické rehabilitace paraplegika. Bohužel známe i „ztroskota- né“ rehabilitace. Z psychologického hlediska jsou častými kompli- kacemi, které mohou ztížit rehabilitační proces nebo zmařit jeho dobrý konec, sociální problémy dřívějšího data (málo fungující so- ciální systém), již existující psychická onemocnění, polytrauma.



Někdy ani psycholog nezjistí důvody, proč se pacient nemohl během rehabilitace psychicky stabilizovat. Někteří pacienti setrvávají v regresivním spoléhání na okolní svět, z psychického hlediska často velmi depresivně, snaží se zvládnout své problémy drogami, alkoholem nebo sebevraždou. Podíl takových pacientů je však velmi nízký, zpravidla pomáhají jiné formy a možnosti seberegulace organismu uvedené výše.

Doufám, že se mi podařilo představit důležitost duševní přípravy na všední den po těžkém traumatu, jakým je paraplegie. Často hrozí, že úcta a podpora duševního vývoje zaniká v klinickém shonu. Všichni pracovníci si proto musí uvědomit a cítit tyto potřeby. Nezapomeneme-li, že z medicínského hlediska sice jednáme s pacienty, ale ve skutečnosti s lidmi, jejichž život má tělesný, duševní a citový rozměr, tak se nám často podaří, že i duše může sledovat proces rehabilitace.

že se mi podařilo představit důležitost duševní přípravy na o těžkém traumatu, jakým je paraplegie. Často hrozí, že pro duševního vývoje zaniká v klinickém shonu. Všichni proto musí uvědomit a cítit tyto potřeby. Nezapomeneme-li však na lidského hlediska sice jednáme s pacienty, ale ve skutečnosti jejich život má tělesný, duševní a citový rozměr, tak se dá říci, že i duše může sledovat proces rehabilitace.

# DEKUBITUS - PROFYLAXE A TERAPIE

Renée Maschke

Dekubitus je častým a často opomíjeným problémem pacientů s příčným ochrnutím a pacientů starých, kteří představují stále se zvětšující rizikovou skupinu. Dekubitus prodlužuje pobyt v nemocnici, zpomaluje rehabilitaci a je pro nemocné i pro nositele léčebných nákladů těžkou dodatečnou zátěží. Ve Švýcarsku představoval problém prodlouženého pobytu v nemocnici u důsledku dekubitu dodatečné náklady ve výši 70 milionů švýcarských franků.

Spolehlivě provedeným profylaktickým opatřením lze předejít téměř každému dekubitu. Diferenciovaná diagnostika a rozpoznání specifických rizikových faktorů umožňuje zavedení bezpečné, individuálně přizpůsobené terapie.

Několik slov ke statistice:

V roce 1965 se 1 měsíc po spinálním traumatu objevil dekubitus u 55% pacientů, po jednom roce mělo 92% pacientů otlačky a po 14 měsících se tento jev týkal stále ještě 79% všech pacientů.

Pro rok 1988 vykazuje statistika jedné ze všeobecných nemocnic ve Švýcarsku skutečnost, že z celkového počtu nově postižených pacientů s příčným ochrnutím se objevuje dekubitus první den u jednoho procenta, druhý den u 3% a po jednom měsíci u 39% postižených. Porovnáme-li údaje, lze pozorovat celkový pokles dekubitální incidence, což ukazuje na zlepšení péče. Na druhé straně demonstruje rasantní nárůst vzniku dekubitu fakt, že ošetřovatelská péče v nespécializovaných nemocnicích je nedostatečná a vyžaduje proto naléhavě co nejrychlejší přeložení pacienta do paraplegického střediska.

## PATOFYZIOLOGICKÝ VZNIK DEKUBITU

Dekubitus vzniká v důsledku dlouhotrvajícího tlaku na pokožku, tuk a svalstvo; je tak velký, že se proudění krve v kapilárách zastaví. Příčinou je tedy výsledné působení času a tlaku. Lze rozlišovat mezi vnějšími a vnitřními faktory, které podporují vznik dekubitu. K vnějším faktorům patří: tlak (kritický kapilární tlak pokožky je 30mmHg. Při vyšším tlaku dochází k okluzi kapilár a tím k ischemii. Ischemická tolerance pokožky se odhaduje na 1 hodinu a je silně ovlivňována dalšími faktory. Tlaková zátěž vzniká v důsledku tvrdé matrace, nedostatečnou změnou polohy, cizím tělesem v posteli, příliš tvrdým ortopedickým vozíkem...), smykovaná síla (hrubá změna polohy pacienta), tření (hrubý povrch), opávaná mikrotraumata (špatná přeprava pacienta), teplota a vlhkost (močová inkontinence). Mezi vnitřní (intrinsické) faktory patří především nedostatečná spontánní motorika (pacient musí být polohován ošetřujícím personálem), chybějící senzitivita (ochranná senzitivita), stav výživy (hypoproteinemie), váha (U pacientů s vysokou váhou vzniká při uložení vysoký tlak, který je však dobře rozložen. U velice štíhlých pacientů vzniká velmi

vysoký tlak na kostních výběžcích), interní onemocnění jako diabetes mellitus, anaemie, onemocnění žil, kůže i anatomicko-ortopedické zvláštnosti.

Vnější i vnitřní faktory je nutno včas rozpoznat a vyloučit, aby byla zaručena účinná ochrana proti dekubitu.

## KLASIFIKACE DEKUBITU

Pro klasifikaci otlačky je nutno popsat následující parametry: lokalizace rozšíření dekubitu do hloubky, jeho rozšíření plošně a stupeň probíhajícího zánětu.

V roce 1956 navrhl Guttman pro klasifikaci dekubitu 3 stupně, které se však záhy projevily jako nedostatečné. V roce 1979 představitel Steiler rozšířenou klasifikaci, která kromě rozšíření dekubitu vyhodnocovala i stav rány. Stadium 1: rána čistá. Stadium 2: dno rány obložené, výskyt nekros, okolní tkáň volná. Stadium 3: infiltrace do okolní tkáň, sepse. Daniel (1979) provádí klasifikaci do 5-ti stupňů, přičemž pro rozšíření dekubitu do tukové tkáň zavádí samostatný stupeň.

Hlavní lokalizace nacházíme převážně nad následujícími predilekčními místy (většinou nad kostními výběžky): sakrum, ileosakrální skloubení, lopatky, paty a kotníky, trochantery. U pacientů, kteří jsou již mobilizováni do invalidního vozíku, je ohrožena především pokožka nad sedacími kostmi.

## DOKUMENTACE DEKUBITU

Výchozí nález a vývoj dekubitu je nutno v pravidelných intervalech dokumentovat a kriticky vyhodnotit, případně modifikovat terapeutická opatření a poskytnout chirurgovi informace, které potřebuje pro individuální naplánování zásahu.

Opakovaně je nutno hodnotit stupeň, fázi a rozšíření rány. Fotodokumentace o pacientovi by měla být provedena před operacním zásahem i postoperačně. Rentgenové snímky pro vyloučení postižení kostí jsou nezbytné. Přehled o pávni informuje o deformaci kostry, POA osteitis, resp. osteomyelitis. Pro lepší zobrazení sedací kosti je vhodný snímek vleže v poloze 300. Pro hodnocení kosti sakrální lze využít jen polohy stranové. U již operovaných pacientů je nutno zajistit dostatečné prokrvení tkáň event. angiografií. Píštělové systémy se zobrazují kontrastním prostředkem. Pomocí ultrazvuku lze zobrazovat burzy, postoperační hematomy a abscesy.

## KONSERVATIVNÍ TERAPIE

Zásadně platí: Předcházet je lepší nežli léčit. Bez tlaku není otlačka. Profylaxe má tedy rozhodující význam. Důsledné odlehčení plánovaným polohováním, ošetření pokožky. Ovlivňování výše uvedených rizikových faktorů.

### **Očistná fáze**

#### *Odlehčit a položovat*

Ke kompletnímu odtižení v případě dekubitu kosti kostrční, sedací a chocholíku je ideální poloha na břiše nebo polostranná poloha 300. Důležitá je sestavení přesného plánu polohování pacienta, aby se zabránilo vzniku dekubitu dlouhým ležením v jedné poloze. Pro optimální uložení jsou k dispozici speciální lůžka, lze využít i lůžek se speciální úpravou pro volné uložení otlakových míst.

#### *Debridement a desinfekce*

Dekubitus 1. a 2. stupně se desinfikuje pouze bezbarvým desinfekčním roztokem a pokrývá prodyšným obvazem. U dekubitů vyšších stupňů ve stadiu 2 a 3 je nutno odstraňovat případné nekrozy skalpelem tak hluboko, dokud se neobjeví první kapičky krve. Systematické antibiotické odkrývání je nezbytné u septických pacientů, není vhodné podávat lokální antibiotika. K úplnému odstranění nekros se další ošetření provádí aplikací mastí s enzymatickým účinkem až do okamžiku, kdy rána přejde jednoznačně do stadia 1. Výměnu obvazu je nutno provádět denně, v případě silné sekrece dokonce 2 krát denně.

#### *Zlepšení všeobecného stavu*

Pacient s dekubitem ztrácí proteiny, které je nezbytné nahradit. Je nutno normalizovat krevní cukr a optimalizovat prokrvení (nedostatečná činnost srdce, edémy v důsledku městnání), vyjasnit psychologickou situaci (nutná spolupráce pacienta), redukovat spasmusy, odstranit anemii, zamezit kouření.

Dále zlepšit vyživování, regulovat vylučování moči a stolice, ošetřit infekty močových cest, viz sekundární rizikové faktory.

#### *Stabilizační fáze*

Rána se nyní nachází ve stadiu 1, dno rány je „čisté“, nejsou přítomny žádné nekrozy a žádné viditelné infekce (jelikož můžeme považovat dekubitus za sekundárně se hojící ránu, jsou mikrobiologicky vždy přítomny choroboplodné zárodky). Terapie nyní musí podpořit začínající granulaci a epitelisaci. Desinfikující a vysušující substance se vysadí, rána se ošetřuje epitelizační mastí nebo po-

dobnými preparáty. Vyhýbáme se antibiotickým nebo tukovým obvazům. Pokud po 8-10 dnech nenastane zlepšení, je nutno lokální terapii změnit.

#### *Indikovaná operace*

Většinu otlaků od 3 stupně výše je nutno ošetřit chirurgicky, neboť konservativní terapie trvá příliš dlouho a odsouvá zahájení rehabilitace. Kromě toho vytvářejí konservativně vyléčené dekubity často veliké zjizvené plochy, které jsou málo resistantní a podporují recidivu. Absolutní indikací pro operativní zákrok představují eroze velkých krevních cév, sepse, osteomyelitida a přístěle do dutých orgánů.

#### *Příprava na operaci*

Čistá jizva. Odvod moči, vyprázdnění střev, profylaxe tromboz, antibiogram pro naplánování postupu operace společně s operujícím lékařem.

#### *Pooperační ošetření*

Pooperačnímu ošetření je nutno přikládat velký význam; je nutno připomenout, že se u plastického pokrytí dekubitu jedná vždy o septickou operaci (infekce), a že v tomto případě se nedostávají pooperační bolesti. Ránu je proto nutno denně prohlížet a palpovat, aby bylo včas rozpoznáno a ošetřeno nahromadění tekutin a záněti rány. Pacient musí být po operaci uložen tak, aby byl lalok absolutně odlehčen, na speciálním lůžku, v poloze na břiše. Antidekubitní matrace se vzduchovými komůrkami nepostačují. Redukce spasmů. Denní výměna obvazu a desinfekce nezabarvujícími substancemi, aby se okamžitě dalo rozpoznat nedostatečné prokrvení. Při žilním městnání v laloku lze nasadit píjavy lékářské nebo provést scarifikaci. Ze švu se stehy vyjmou nejdříve po 18 dnech, postupná mobilizace do invalidního vozíku začne po 24 dnech.

#### **RECIDIVA DEKUBITÁLNÍHO VŘEDU**

Ošetřuje se hůře a mělo by se jí všemi prostředky zabránit. Kromě všech již uvedených profylaktických opatření je nutno, aby pacient sám kontroloval stav pokožky, aby kontroloval pozici sedu v ortopedickém vozíku a věnoval pozornost i polštářku, na kterém sedí.

paráty. Vyhýbáme se antibiotickým nebo tukovým ob-  
d po 8-10 dnech nenastane zlepšení, je nutno lokální  
t.

## á operace

tlaků od 3 stupně výše je nutno ošetřit chirurgicky,  
vativní terapie trvá příliš dlouho a odsouvá zahájení  
Kromě toho vytvářejí konservativně vyléčené deku-  
relické zjižené plochy, které jsou málo resistantní  
recidivu. Absolutní indikací pro operativní zákrok  
rose velkých krevních cév, sepse, osteomyelitidy a píš-  
h orgánů.

## ia operaci

1. Odvod moči, vyprázdnění střev, profylaxe tromboz,  
pro naplánování postupu operace společně s operují-

## í ošetření

ímú ošetření je nutno přikládat velký význam; je nutno  
plastického pokrytí dekubitu jedná vždy o sep-  
i (infekce), a že v tomto případě se nedostávají poope-  
Ránu je proto nutno denně prohlížet a palpovat, aby bylo  
áno a ošetřeno nahromaděné tekutiny a zánětlivé rány. Pa-  
í po operaci uložen tak, aby byl lalok absolutně odleh-  
áláním lůžku, v poloze na břiše. Antidekubitní matrace se  
i komůrkami nepostačují. Redukce spasmů. Denní vý-  
a desinfekce nezabarvujícími substancemi, aby se oka-  
ozpoznat nedostatečné prokrvení. Při žilním městnání  
nasadit pijavky lékařské nebo provést scarifikaci. Ze švu  
nou nejdříve po 18 dnech, postupná mobilizace do inva-  
u začne po 24 dnech.

## A DEKUBITÁLNÍHO VŘEDU

e hůře a mělo by se jí všemi prostředky zabránit. Kromě  
denných profylaktických opatření je nutno, aby pacient  
val stav pokožky, aby kontroloval pozici sedu v ortopedic-  
v obnoval pozornost i polštářku, na kterém sedí.

Ergoterapie jako každá jiná rehabilitační terapie začíná po-  
drobným prozkoumáním stavu pacienta a zjišťováním, které  
funkce jsou porušené a které zachovalé. Výsledně hodnocení  
slouží jako podklad k sestavení terapeutického programu a vyty-  
čení rehabilitačních cílů. Pro postupné nabývání funkčnosti je  
nutné ověřovat a hodnotit dosažené výsledky.

U osob s míšní lézí je třeba zkontrolovat stav svalstva, ohodno-  
tit spasticitu a senzitivní poruchu, úroveň soběstačnosti v základ-  
ních ADL /aktivitách všedního dne/ (tab. 2), prozkoumat kogni-  
tivní funkce, analyzovat potřeby a individuální zájmy pacienta.  
Výsledky těchto vyšetření s příslušnou dokumentací slouží k sta-  
novení obecných a speciálních rehabilitačních cílů ergoterapeu-  
tické péče.

Ergoterapeut stimuluje pacienta k účasti na programování léč-  
by a vede ho k provádění vlastního rehabilitačního procesu. Tak  
se stanoví vztah partnerství mezi pacientem a terapeutem, který  
nemocnému pomáhá přijmout a hodnotit svou novou situaci.

## TABULKA 2. HODNOCENÍ SAMOSTATNOSTI V NĚKTERÝCH SPECIÁLNÍCH ADL.

Stav samostatnosti v ADL	a) s pomůckou	b) bez pomůcky
1 = nezávislý	a) s pomůckou	b) bez pomůcky
2 = s pomocí	a) s pomůckou	b) bez pomůcky
3 = závislý	a) s pomůckou	b) bez pomůcky
Posadit se na lůžku		
Otočit se na lůžku		
Změnit polohu		
Jíst rukou		
Jíst jedním přístrojem		
Používat nůž		
Pít		
Čistit si zuby		
Mýt si obličej		
Česat se		
Holit se/Ličit se		
Mýt si tělo - horní část		
Oblékat se - horní část		
Zapínat knoflíky, pásek		
Mýt si tělo - dolní část		
Navléknout spodky		
Navléknout kalhoty		
Navléknout ponožky		
Obout se		
Svléknout se - horní část		

- Svléknout se - dolní část
- Čistit si anální partii
- Zavést si čípky
- Používat nádobku na moč/plenu
- Používat katetr
- Přesun z lůžka na vozík
- Přesun z vozíku na postel
- Přesun z vozíku na WC
- Přesun z WC na vozík
- Přesun z postele na sprchovací vozík
- Přesun do vany
- Přesun z vany
- Přesun z vozíku do auta
- Přesun z auta do vozíku
- Naložení vozíku do auta
- Vyložení vozíku z auta

Rehabilitačním cílem a úkolem ergoterapie je znovunabývání ne-  
bo vyvažování poškozených funkcí a přijetí sama sebe v nových  
podmínkách. Cílem je dosažení maximální možné samostatnosti  
v souvislosti s daným typem poškození. V souvislosti s tím může-  
me stanovit následující cíle:

- udržení pohyblivosti končetin částečně poškozených;
- svalové posilování a trénink vytrvalosti nepoškozených úseků;
- rozvíjení a posilování pohybových vyvažovacích schémat - stabi-  
lity
- učení pomocných pohybů s využíváním sil páky a zemské přitaž-  
livosti;
- příprava a trénink používání pomocných kompenzačních pomů-  
cek v ADL;
- aktivní pohyb a prevence vytváření proleženin;
- pomoc v procesu přijímání tělesného image a omezení depresí  
a negativních pocitů;
- konzultace pro pacienta a jeho rodinu pro zařazení do sociálního  
kontextu.

Základní prognóza pro nabývání funkčnosti v rehabilitaci paci-  
enta s míšní lézí je závislá na výšce léze (tab.3) a slouží ke stanove-  
ní rehabilitačního cíle. Je samozřejmé, že zde mohou být i velké od-  
chyly v závislosti na individuálním stavu pacienta. U tetraplegiků  
jsou problémy složitější než u paraplegiků. Je pochopitelné, že  
u pacienta s poruchou míchy v krční oblasti je pole působení v er-  
goterapii širší a podstatnější, zatímco u pacienta s paraplegií je pole  
působnosti omezenější.

**TABULKA 3**  
**FUNKČNÍ SCHOPNOSTI V ZÁVISLOSTI NA ÚROVNI**  
**POŠKOZENÍ MÍCHY**

**TETRAPLEGIE C4-C5**

Dýchání bránicí. Těžká závislost. Nezbytnost elektrického vozíku. Nemožnost řízení automobilu.

**TETRAPLEGIE C6-C7**

Dýchání bránicí. Středně těžká závislost. Vozík nutný. Nezbytnost pomůček pro ruku. Případně možno řídit automobil.

**TETRAPLEGIE C8-Th 1**

Dýchání bránicí. Středně těžká závislost. Vozík nutný. Možné přemísťování s dlouhými operami a oboustrannými opěrkami pro paže. Možnost řízení automobilu s ručním ovládáním a automatickou spojkou.

**PARAPLEGIE Th2-Th5**

Omezený dýchací objem. Naprostá samostatnost v ADL. Vozík nutný. Možné přemísťování na dvou opěrách. Možnost řízení automobilu s ručním ovládáním a automatickou spojkou.

**PARAPLEGIE Th6-Th10**

Naprostá samostatnost v ADL. Vozík nutný. Možnost přesouvání na dvou - třech opěrách s oboustrannými opěrami. Možnost řízení auta s ručním ovládáním.

**PARAPLEGIE L4-S2**

Naprostá samostatnost v domácím i mimodomácím prostředí. Vozík nutný. Možnost správného pohybu s dvěma peroneálními páskami a kanadskými holemi. Řízení automobilu s ručním ovládáním.

**TABULKA 4A**  
**ERGOTERAPIE TETRAPLEGICKÉHO PACIENTA**

**C4= NEFUNKČNÍ PŘEVÁŽNÁ ČÁST HORNÍCH KONČETIN**

**Na lůžku:**

I. poskytnout vhodné pokyny pro ovládání prostředí:

- \* zvonek
- \* rádio/TV/světlo
- \* otáčení stránek

II. funkční nastavení ruky s „rukavicí“ - podpůrnou pomůckou

**Na vozíku:**

- I. poskytnutí elektrického vozíku ovládaného bradou nebo hlavou
- II. funkční cvičení s vhodnými přístroji (psací stroj, počítač, telefon atd.)

III. práce s pomůckou ovládanou ústy

**Fáze propouštění z péče:**

- I. předepsání pomůček pro domácí používání
- II. příprava eventuelních programů začlenění do práce/rekvalifikace

**C5= FUNKČNÍ STŘEDNÍ PARTIE, NEFUNKČNÍ DISTÁLNÍ ČÁST HORNÍCH KONČETIN**

**Na lůžku:**

- I. poskytnout vhodné ovládání pro kontrolu prostředí (v. výše)
- II. funkční polohování ruky s rukavicí s tahy

**Na vozíku:**

- I. Pohybová cvičení zbyvajících funkcí (ohýbání ramen, loktů, ruky k ústům atd.)
  - \* s pomocí (závěsů a područek)
  - \* bez pomoci (v poli přitažlivosti), s pomocí fixace zápěstí a páskou pro připevnění nástrojů (tyčka s magnetem, pero, kartáček, přibory atd.)

II. Vhodné terapeutické techniky:

- \* funkční hry
  - \* kresba a tisk
  - \* psaní na stroji a psaní rukou
- III. ADL (jídlo, hygiena)

**Fáze propouštění z péče:**

- I. dodání a přizpůsobení elektrického vozíku
- II. zhodnocení pomůček k předepsání (zvedák, lůžko, atd.)

Správný ergoterapeutický postoj předvídá, že se rehabilitace bude zpočátku odvíjet od snadných terapií, které lze provádět již ve fázi, kdy je nemocný ještě upoután na lůžko. Poté se přejde k činnostem, které vyžadují větší pohybovou kontrolu. V přechodné fázi se uvádějí těžší terapeutické kroky a cvičení pro ADL, pro něž je nezbytná síla a výdrž. Nakonec se uvádějí činnosti, související s případnými pracovními zájmy a zálibami, jakož i cvičení mající za cíl dosáhnout samostatnosti v pohybu i mimo nemocniční prostory, s výhledem na opětné zasazení pacienta do sociálního kontextu, na nějž je zvyklý. Tabulky 4A, B shrnují schémata terapeutických postupů při jednotlivých poruchách míchy.

Naštěstí i po propuštění z nemocniční péče se pacient vrací k ergoterapeutovi s prosbami o radu a praktickou pomoc při řešení problémů v každodenním životě, v němž se chce cítit jako každý jiný aktivní člen společnosti. V těchto okamžicích je důležitý vztah partnerství a spolupráce mezi terapeutem a bývalým pacientem, kteří si mohou vzájemně vyměňovat zkušenosti.

**TABULKA 4B**

**C6/7= HORNÍ KONČETINA JE FUNKČNÍ V OBLASTI LOKTE I V OBLASTI ZÁPĚSTÍ**

**Na lůžku:**

- I. dodat vhodná zařízení pro kontrolu prostředí

## štění z péče:

pomůček pro domácí používání  
ventilálních programů začlenění do práce/rekvalifikace

## NÍ STŘEDNÍ PARTIE, NEFUNKČNÍ DISTÁLNÍ ČÁST KONČETIN

t vhodné ovládání pro kontrolu prostředí (v. výše)  
oblohování ruky s rukavicí s tahy

cvičení zbývajících funkcí (ohýbání ramen, loktů, ruky d.)  
(závěsů a područek)  
oci (v poli přitažlivosti), s pomocí fixace zápěstí a páso-  
přípevnění nástrojů (tyčka s magnetem, pero, kartá-  
ory atd.)  
terapeutické techniky:

hry  
tisk  
strojí a psaní rukou  
o, hygiena)

## ouštění z péče:

a přízpůsobení elektrického vozíku  
ocenění pomůček k předeepsání (zvedák, lůžko, atd.)

ergoterapeutický postoj předvidá, že se rehabilitace bude  
říjet od snadných terapií, které lze provádět již ve fázi, kdy  
estě upoután na lůžko. Poté se přejde k činnostem, které  
pohybovou kontrolu. V přechodné fázi se uvádějí těžší te-  
oky a cvičení pro ADL, pro něž je nezbytná síla a výdrž.  
vádějí činnosti, související s případnými pracovními zájmy  
kož i cvičení mající za cíl dosáhnout samostatnosti v pohy-  
množiční prostory, s výhledem na opětné zasazení pacien-  
ho kontextu, na nějž je zvyklý. Tabulky 4A, B slouží sché-  
tických postupů při jednotlivých poruchách míchy.

o propuštění z nemocniční péče se pacient vrací k er-  
i s problémy o radu a praktickou pomoc při řešení pro-  
dodenním životě, v němž se chce cítit jako každý jiný  
společnosti. V těchto okamžicích je důležitý vztah part-  
lupráce mezi terapeutem a bývalým pacientem, kteří si  
mně vyměňovat zkušenosti.

## B NÍ KONČETINA JE FUNKČNÍ V OBLASTI LOKTE I ZÁPĚSTÍ

dná zařízení pro kontrolu prostředí

II. polohování ruky s rukavicí (případně bez tahu)  
III. pohybová cvičení pro manipulaci s různými předměty  
IV. koordináční cvičení  
V. dodat pomůcky pro ADL (objímka, přibory, sklenice)  
VI. ADL v polosedu: jídlo, hygiena, čtení atd.

## Na vozíku:

I. Pohybová cvičení pro posílení, koordinaci a jemnou motoriku  
II. Funkční cvičení s terapeutickými technikami:

- \* funkční hry
- \* vyplétání košíků
- \* kresba, tisk, psaní
- \* vhodné rámové tkaní
- \* lehké truhlářské práce

## III. ADL

- \* jíst s vhodným přiborem, používání nože
- \* pít z normální sklenky, nalévat z lahve
- \* mýt si zuby (pomůcka pro zubní pastu)
- \* mýt si obličej, tělo - horní část (žínka, houba)
- \* holit se (držák na strojek)
- \* oblékat se: košile, svetr, sako

IV. Poskytnout ochranné rukavice na vozík

V. Vybrat vhodné upravené obruče hnacích kol vozíku (kulovité,  
volantové, obložené gumou, s hrubým povrchem)

VI. Závěsík v ovládání elektrického vozíku (vnitřní a vnější prostory)

## Fáze propuštění z péče:

Převážně cvičení pro samostatnost v ADL:

- \* změna polohy na lůžku
- \* mýt se (spodní část těla)
- \* oblékat se (spodní část těla)
- \* domáct činnost, vaření

## TABULKA 6 - ERGOTERAPIE U PARAPLEGICKÉHO PACIENTA

### Na lůžku:

I. Všeobecná aktivace a pohyb horních končetin terapeutickými  
technikami:

- \* pletení košíků
- \* tkaní na rámu
- \* práce s kuží
- \* kresba a tisk

### II. ADL:

- \* hygiena (zuby, tvář, horní část těla)
- \* jíst (poloha schýlená na boku)

### Na vozíku:

I. Posilování svalů horních končetin  
II. ADL

- \* změna polohy na lůžku
- \* hygiena a oblékání

\* přemísťování

\* používání pomůček pro přemísťování

\* nakládání/vykládání vozíku z auta

## Fáze propuštění z péče:

I. předeepsání vozíku

II. předeepsání dalších pomůček

## Fáze upoutání na lůžko

Prvním úkolem ergoterapie je poskytnout pacientovi psycholo-  
gickou oporu a pomoc k překonání situace, kdy je naprosto odká-  
zán na okolí a nemá žádnou možnost aktivně reagovat. Za tímto  
účelem ergoterapeut poskytuje pacientovi různé pomocné pomůč-  
ky, kterými může udržovat kontakt s lidmi, kteří vcházejí do pokoje,  
kontrolovat zvonek, světlo, rádio, TV atd.

Zrcadlo u lůžka, prizmatické brýle, ruční nebo ústní ovládání jsou  
dostupné na trhu a terapeut je může připravit. Průhledný stojan umís-  
těný nad hlavou pacienta ležícího naznak mu umožní číst text přimaz-  
tickými brýlemi. Existují i přístroje, které automaticky otočíjí stránky  
a ovládají se ručně nebo orálně. Oba tyto systémy však pacientovi ne-  
poskytují úplnou nezávislost a ne vždy je pacient přijímá.

Je důležité připomenout, že pacient má často při prvním kontak-  
tu s těmito nástroji odmítavou reakci, protože si na nich jasněji uvě-  
domuje svůj stav. S tím musí ergoterapeut počítat a pozorně vybírat  
pomůcky, které navrhuje. Musí stimulovat pacienta, aby přijal svoji  
novou situaci a uznal užitečnost snažení. Jak s pomůčkami, tak te-  
rapeutickými cvičeními lze dosáhnout tím lepšími výsledky, čím  
budou jednodušší a riziko neúspěchu omezenější.

Základním cílem ve fázi upoutání na lůžko je udržení pohybli-  
vosti končetin, jež byly částečně paralyzovány, a to cvičením  
a vhodným polohováním. Tento rys ergoterapie samozřejmě úzce  
souvisí s fyzioterapií a úzká spolupráce mezi oběma terapiemi je  
nutná k dosažení společného cíle.

Speciálním úkolem ergoterapeuta je kontrolovat polohu horní  
končetiny tetraplegika. Při poškozování míchy na úrovni C7 je důleži-  
té vyvinout „funkční ruku“, což znamená vyvinout presensoriální  
pohyb tehdy, kdy chybí svalové ovládání prstů a to tak, že se využí-  
vá umělého zkracování ohýbačů prstů.

Toho se dosahuje polohováním ruky tak, že se zkracují výše jme-  
nované šlachy, aniž by docházelo ke kapsulárnímu smršťování zá-  
pěstních, zápěstních a meziprstních článků. Správná poloha ruky  
předpokládá ohyb 90° mezi zápěstím a meziprstím a napnutí mezi  
vzdálenými články, jakož i odtaznění a přitažení palce k posledním  
čládkům ukazováku. Poté pak hřbetní ohyb zápěstí o 30° předbíhá  
natažení m. extensor carpi radialis (ECR). Tato poloha je lépe kontro-  
lovatelná pomocí speciální kožené rukavice se suchým zipem a při-  
padnou pevnou hřbetní podložkou pro ohyb zápěstí. Ergoterapeut  
připravuje pro každého pacienta rukavici zvlášť na míru.

Takto lze u krčního postižení míchy, které přináší smrtěnní m.  
ECR, což vyvolává mechanické sevření prstů, dosáhnout stisku prs-

tů k dlaní II-IV a poststranního stisku I-II („aktivní funkční ruka“), kterého lze používat při uchopování i drobných předmětů.

Pokud je u vyšších úrovní míšní léze ochrnut m. ECR, dosahuje se sevření prstů pasivně pomocí tvrdé podložky u zápěstí („pasivní funkční ruka“). Kvalita uchopení je přirozeně v tomto případě nižší, využívá se hlavně obouručních stisků, kde správné polohování prstů v ohybu napomáhá pohyb. Nesprávná poloha vede k bezvládné poloze prstů a k špatnému polohování, jako je ruka ohnutá do drápu, která není užitečná a brání funkčnímu pohybu.

Zkracování šlach nesmí být trvalé pro případ, že by došlo k obnovení pohyblivosti prstů. Je třeba zachovat pohyblivost končetin a předcházet kapsulárnímu smršťování. Terapie pro pasivní pohyb nesmí být v rozporu se zkracováním šlach.

Úkolem ergoterapeuta je vysvětlit jak pacientovi, tak pomocnému zdravotnickému personálu účel a význam těchto opatření a ukázat, jak se technicky rukavice nasazuje a v jakém časovém rozmezí. Zpočátku nasazuje „rukavici“ pouze ergoterapeut, který pozorně kontroluje pokožku a případné otlačky na kostních výčnělcích, a případně rukavici upravuje. Když je rukavice vyzkoušena, vypracuje se program tříhodinového používání, který musí být v souladu s polohováním na lůžku: v poloze naznak, když je předloktí napnuté se rukavice navléká na ruku, zatímco v ohnuté poloze, když je paže ohnutá, se rukavice snímá. Pak stačí přidržovat prsty leukoplasty, přichycenou na hřbetní stranu prstů a hřbet zápěstí. Správnou polohu prstů v rukavici je nutno zkontrolovat, protože chybná poloha by způsobila nežádoucí účinky pro celkové oživení horní končetiny.

Vyvíjení „funkční ruky“ je doprovázeno denními terapeutickými cvičeními, která se provádějí na lůžku. První pokusy o uchopování se provádějí s plastickými materiály (terapeutická pasta), na nichž si pacient vyzkouší různé možnosti úchopu. Cvičení, která mají za cíl posílit úchopové vlastnosti, mohou mít formu nejruznějších her, používají se desky nejruznějších velikostí, povrchů a zátěží, nejprve bez zatížení, pak se zatížením (suchý zip). Tato cvičení mají různé rehabilitační cíle: posilování, zvyšování pohyblivosti, šikovnost, koordinace, citlivost, pozornost. Je samozřejmě snazší motivovat pacienta ke strategické hře, nežli ho vybízet ke stereotypnímu bezcílnému pohybování předměty.

Když „funkční ruka“ ještě není použitelná, lze stejná cvičení provádět i jinými úchopovými systémy, např. s hůlkami s malými háčky na konci, nebo s magnety. Tyto hůlky se páskou připevní k dlaní a posouvají se s nimi figurky, opatřené kovovými poutky tak, aby je šlo posouvat a shrnovat na hrací desce.

Ergoterapeut naučí pacienta, jak s těmito pomůckami ovládat i předměty, kterých se používá v této fázi terapie (kresba, tisk, vyplétání). Společně zkoušejí nové systémy přízpusobení (široké držáky, přímé připevnění na ruku, dlaňový pásek). Terapeut pomáhá pacientovi v pohybech, které ještě nejsou dokonalé a učí ho různým „trikům“. Vztah mezi samostatností a závislostí musí ergoterapeut přesně ohodnotit, aby pacientovi nenavrhl zbytečně těžká cvičení, jejichž nesplnění by v něm vyvolávalo těžkou frus-

traci. V této počáteční fázi spolupráce mezi terapeutem a pacientem je jejich vztah tak křehký, že je třeba se omezit na jednoduché úkony a vyhnout se neúspěchům, které by se odrazily i v následující fázi.

Také přístup k prvním ADL, které jsou v této fázi ještě velmi omezené, je v ergoterapii důležitý. I minimální získání samostatnosti ve vykonávání hygienických potřeb a při stravování pomáhá pacientovi překonat stádium těžké deprese a agrese, podminěné jeho ochrnutím. K usnadnění těchto aktivit se používá poloha v poloze nebo lehu na boku. Nenahraditelnou pomůckou je dlaňová páska na suchý zip, která umožňuje samostatnou manipulaci. Do pásky se zasouvají nástroje ADL: kartáček na zuby, kartáč na vlasy, vidlička, lžice. V obchodní síti jsou i jiné předměty (šálek s širokým uchem, podnos pod talířek, dávkovač zubní pasty), případně je ergoterapeut vyrobí, např. nosič na sklenku nebo na holicí strojek.

Rehabilitace k ADL se odehrává na lůžku pacienta a předpokládá, že k ní bude potřeba stále méně personálu s tím, jak pacient získává samostatnost a obratnost. Ergoterapeut musí ukázat personálu, jaký druh pomoci se má pacientovi poskytovat, a jaký už ne. Snaha o samostatnost je časově náročná pro všechny: pro pacienta, terapeuta i personál, ale je nutné nepředbíhat a nevykonávat úkony za pacienta kvůli ušetření času.

Lidé s vysokou úrovní míšní léze, kteří neovládají horní končetiny, jsou v této fázi ergoterapie cvičeni na systémy orálních povětů („mouthsticks“). Ty se používají nejen při ovládnutí prostoru, ale i při činnostech jako videohry nebo programy na osobních počítačích. Podmínkou úspěchu ovládnutí „mouthstick“ je instruktáž o kontrole pohybů hlavy, krku a svalů tváře.

Paraplegikovi v této první fázi navrhuje ergoterapie terapeutické činnosti a nacvičování samostatnosti v ADL, které se provádějí na lůžku s využitím různých poloh (stravování v polosedu či na boku, hygiena naznak). Paraplegik má menší omezení nežli tetraplegik, takže pole působnosti pro ergoterapeuta je ve fázi upoutání na lůžko méně široké. Přesto však jeho činnost pomáhá udržet pohyblivost a sílu horních končetin. Ústředním principem celé ergoterapie zůstává opora pro překonání fáze naprosté závislosti a pro psychologické zpracování tohoto (ve většině případů náhlého) ochrnutí.

## MOBILIZAČNÍ FÁZE

V této fázi rehabilitačního procesu je pacient s porušenou míchou schopen odejít z nemocničního oddělení a dostat se do tělocvičny či na ergoterapeutická pracoviště. Tato pracoviště bývají obvykle vybavena jako laboratoře pro terapeutické techniky, ale také jako domácí experimentální kuchyně. Pacient se seznamuje s různými terapeutickými technikami, se kterými se jako upoutaný na lůžko zatím neseetal. Cílem této činnosti je, v návaznosti na předchozí fázi, posílit funkční aktivity, posílit výtříž, ovládnout vozík a zvýšit celkovou samostatnost.

Terapie bývá volena podle druhu poruchy, podle funkčních schopností a zájmů pacienta. Navrhuje se práce na tkalcovském stavu, pletení košíků, zpracovávání dřeva, kreslení, psaní, psaní na

stroji, práce s počítačem a stolní hry i v nestejně rovině. Zpočátku může práce s horními končetinami vsedě, v poli zemské přitažlivosti, vyžadovat zásah terapeuta nebo mechanickou pomoc pomocí pák a zvedáků (OB-Helpatrm). Používané nástroje také musí být přizpůsobeny možnostem úchopu nebo být správně uchyceny na pacientovu ruku. Úkolem ergoterapeuta je přizpůsobit zvolenou činnost schopnostem pacienta a vést ho tak k postupnému získávání pohybových schopností. Pracuje se tak, že se materiály rozloží způsobem, aby pacient k vykonávání činnosti musel vydat jisté úsilí a mohl pak přecházet do následující fáze.

Poloha vsedě umožňuje ověření nových ADL a tudíž rozšíření nezávislosti při uspokojování vlastních potřeb; hygiena se provádí před umyvadlem s nakloněným zrcadlem, oblékání horní části těla na vozíku a jídlo u stolu. Tyto polohy usnadňují ADL a zvyšují obratnost. Postupně lze opustit pomůcky, které se používaly ve fázi upoutání na lůžko, nebo je lze nahradit pomůckami vhodnějšími. Můžeme například vyloučit talířek pod talířem, když se pacient naučí ovládat vidličku a nůž současně. Existují přístroje speciálně vyrobené pro tetraplegiky, které se elastickými háčky přichycují k ruce, aby byly lépe ovladatelné, s možností otáčet nožem při mazání

chleba. Při poloze v sedu na vozíku při oblékání horní části těla doporučují se dostatečně široké a pružné oděvy - lze posunout trup dopředu a dožadů tak, že se jednou rukou pacient zahákne za madla opěrky vozíku. K hygieně lze použít houbové rukavice nebo houby s návlakem, které umožňují větší pole působnosti.

Fyzioterapeut v této fázi učí pacienta manipulovat s vozíkem a pohybovat se na něm. Používají se pomůcky jako je vysoká zářadová opěrka, prodlužovací brzdy, krytky na madla, ochrana na pneumatiky pro velká kola a prkna pro převážení, aby se vyhledávaly nejsnadnější a nejrychlejší strategie. Neopstradatelnou pomůckou tetraplegika při pohybu na vozíku jsou ochranné rukavice, které vyrábí na míru ergoterapeut. Touto koženou rukavicí, která se uzavírá na suchý zip, chrání pacient dlaň (v případě, že žádově napnutí nefunguje, se rukavice prodlužuje až k zápěstí a je vyztužená), neboť má dlaň z přílehavého gumového materiálu, který umožňuje lepší přilnutí ruky ke kolu. Tato výhoda je využívána i při jiných pohybech, například při uchopování těžkých předmětů oběma rukama nebo při navlékání šatů. Tetraplegikovi je tato pomůcka velkou oporou v denním životě, takže ji přijímá jako část své garderoby.

očáteční fázi spolupráce mezi terapeutem a pacientem tak křehký, že je třeba se omezit na jednoduché úkony se neúspěchům, které by se odrazily i v následující fázi. Úkolem ergoterapeuta je přizpůsobit zvolenou činnost schopnostem pacienta a vést ho tak k postupnému získávání pohybových schopností. Pracuje se tak, že se materiály rozloží způsobem, aby pacient k vykonávání činnosti musel vydat jisté úsilí a mohl pak přecházet do následující fáze.

Poloha vsedě umožňuje ověření nových ADL a tudíž rozšíření nezávislosti při uspokojování vlastních potřeb; hygiena se provádí před umyvadlem s nakloněným zrcadlem, oblékání horní části těla na vozíku a jídlo u stolu. Tyto polohy usnadňují ADL a zvyšují obratnost. Postupně lze opustit pomůcky, které se používaly ve fázi upoutání na lůžko, nebo je lze nahradit pomůckami vhodnějšími. Můžeme například vyloučit talířek pod talířem, když se pacient naučí ovládat vidličku a nůž současně. Existují přístroje speciálně vyrobené pro tetraplegiky, které se elastickými háčky přichycují k ruce, aby byly lépe ovladatelné, s možností otáčet nožem při mazání

člověka, ale je nutné nepředbíhat a nevykonávat úkony kvůli ušetření času. Úkolem ergoterapeuta je přizpůsobit zvolenou činnost schopnostem pacienta a vést ho tak k postupnému získávání pohybových schopností. Pracuje se tak, že se materiály rozloží způsobem, aby pacient k vykonávání činnosti musel vydat jisté úsilí a mohl pak přecházet do následující fáze.

Poloha vsedě umožňuje ověření nových ADL a tudíž rozšíření nezávislosti při uspokojování vlastních potřeb; hygiena se provádí před umyvadlem s nakloněným zrcadlem, oblékání horní části těla na vozíku a jídlo u stolu. Tyto polohy usnadňují ADL a zvyšují obratnost. Postupně lze opustit pomůcky, které se používaly ve fázi upoutání na lůžko, nebo je lze nahradit pomůckami vhodnějšími. Můžeme například vyloučit talířek pod talířem, když se pacient naučí ovládat vidličku a nůž současně. Existují přístroje speciálně vyrobené pro tetraplegiky, které se elastickými háčky přichycují k ruce, aby byly lépe ovladatelné, s možností otáčet nožem při mazání

## ACNÍ FÁZE

rehabilitačního procesu je pacient s porušenou mírnou odejít z nemocničního oddělení a dostavit se do terapeuta na ergoterapeutické pracoviště. Tato pracoviště bývají zřizována jako laboratoře pro terapeutické techniky, ale také jako experimentální kuchyně. Pacient se seznamuje s terapeutickými technikami, se kterými se jako upoutaný člověk setkal. Cílem této činnosti je, v návaznosti na získané zkušenosti, posílit funkční aktivity, posílit výdrž, ovládnout volně zvolenou činnost.

Úkolem ergoterapeuta je přizpůsobit zvolenou činnost schopnostem pacienta a vést ho tak k postupnému získávání pohybových schopností. Pracuje se tak, že se materiály rozloží způsobem, aby pacient k vykonávání činnosti musel vydat jisté úsilí a mohl pak přecházet do následující fáze.



# ERGOTERAPEUTICKÝ PŘÍSPĚVEK K REHABILITACI CELKOVĚ OCHRNUTÝCH

Ruth Joss

Vážené dámy a pánové!

Velmi mě těší, že mohu být zde v Praze a že mám příležitost vyměňovat si informace s lidmi z Vaší země, kteří mají rovněž zájem nacházet způsoby, jak zlepšovat kvalitu života celkově ochrnutých.

Budu mluvit o ergoterapii, která se v některých případech nazývá occupation therapy nebo pracovní terapie.

Slovo ergoterapie má svůj původ v řeckém slově ergon a znamená „být činný, pracovat, konat“. Vycházíme z toho, že být činný, konat, je základní lidská potřeba a má terapeutický efekt. Ergoterapie je komplexně zaměřená lékařská péče obsahující psychologické, pedagogické a sociální aspekty. Dáváme přednost slovu ergoterapie namísto výrazu pracovní terapie, protože cílem naší terapie není pacienty zaměstnávat.

Úkolem ergoterapie v rámci interdisciplinární terapie celkově ochrnutých je navrátit pacientovi co největší samostatnost v každodenním životě.

V této přednášce budu mluvit pouze o práci s tetraplegiky. V zásadě platí popsané skutečnosti také pro paraplegiky, ti však z celého tohoto spektra potřebují jen jistou část.

## ERGOTERAPIE BĚHEM FÁZE VLEŽE

Od prvního dne po zranění zlepšujeme stav svalů horních končetin, nejprve denně, později dvakrát, poté jednou týdně. Slouží to neurologické kontrole a pro stanovení individuálního schématu polohy ruka - paže. Lékař a fyzioterapeutka dostávají jeho fotokopii jako informaci a dokumentaci. Zjistíme-li zhoršení, ihned informujeme lékaře. Pokud stav svalů vykazuje zlepšení, měla by se poloha ruka - paže podle možnosti přizpůsobit.

Aktivní pohyby u tetraplegiků jsou silně omezeny, a proto mají polohování kloubů a příprava funkce ruky během fáze vleže základní význam pro funkční výsledek rehabilitace.

Každodenní mobilizaci horních končetin provádí buď ergoterapeut nebo fyzioterapeut. To nestačí k tomu, aby se zabránilo kontrakcím, bolesti a ztrátě fyziologických poloh kloubů. Aby bylo možno centrovat hlavu humeru v glenoidu, je třeba rameno často abdukovat. Protože se plná extenze lokte vinou vysokého tonusu bicepsu rychle ztrácí, musí se loket vždy polohovat v extenzi. Problémy s rameny a lokty významně omezují samostatnost, mohou například znemožňovat samostatné přemísťování.

Otočit klíčem, uchopit sklenici nebo lžici, otevřít peněženku... to vše si vyžaduje aktivní funkci ruky a později rozhoduje o stupni samostatnosti tetraplegika.

Neošetříme-li ruku tetraplegika správně, zůstane buď plochá a otevřená, nebo - a s tím se často setkáváme - zůstane v kontrakcích v křečovitém sevření v pěst. Ani jedna z těchto forem neumožňuje uchopit,

udržet a pusit předmět. Systematická příprava může pacientům s lézemi C5, C6 a C7 umožnit funkční ruku a otevřít jim různé možnosti manipulování s předměty.

Funkčního úchopu je možné dosáhnout extenzí zápěstí, která způsobuje současně sevření prstů a addukci palce, a to prostřednictvím zkrácených flexorů prstů, účastnících se na opozici palce. Toto se nazývá tenodézni efekt. Při flexi zápěstí se prsty otevrou tahem extenzorů prstů.

Aby se tato funkce dobře rozvinula, musí být ruka bez kontraktur. Cílem polohování je systematické dosažení tenodézniho efektu cíleným zkrácením dlouhého flexoru prstů. Proto flektorované prsty přilepujeme lepicí páskou k zápěstí. Rozhodující parametry jsou 90-ti stupňový úhel metacarpophalangeálních kloubů a extenze zápěstí, také proximální interphalangeální klouby se pohybují v úhlu 90 stupňů. Má-li pacient příliš slabé extenzory zápěstí nebo jsou nefunkční, stabilizujeme kloub zápěstí manžetou nebo dlažkou. Pokud jsou extenzory silné a pacient může ruku používat k některým aktivitám, upevňujeme lepicí pásku tak, jak bylo předvedeno na diapozitivu. Výhodou tohoto způsobu je, že umožňuje pohybovat rukou správným způsobem a brání tak prodloužení flexoru prstů.

Je velmi důležité, aby všichni, kteří s tímto pacientem pracují, přesně věděli, že v prvním období nesmějí natahnout flexory prstů a jakým způsobem, je-li to potřebné, dlaň otevřít (např. při mytí jen flektorovaným zápěstím).

Ergoterapeuti mají pravidelně provádět další vzdělávání rehabilitačního týmu a jsou odpovědní za výsledek funkční ruky. Za polohování mají ve dne i v noci, stejně jako za polohování celého těla, odpovědnost ošetřovatelé, protože ergoterapeuti pracují s pacienty pouze jednou či dvakrát denně.

Je důležité vědět, že proces atrofie, jenž nám umožňuje funkční ruku, se po třech měsících uzavře. Po této krátké době se tato možnost ztrácí a jisté možnosti může obnovit pouze operace. Abychom dosáhli maximální spolupůči pacienta při procesu rehabilitace, snažíme se mu umožnit co největší nezávislost již během fáze vleže na lůžku. Když pacient není schopen používat zvonek obsluhovaný tlačítkem, dáme mu adaptovaný zvonek obsluhovaný sáním nebo foukáním. Pokud si pacient přeje, dostane zařízení na otáčení stránek, jež mu umožňuje samostatné čtení, zařízení na kontrolu okolí (opět adaptované na sání nebo foukání) a také na obsluhu televizního přijímače, což je pro první funkční rehabilitaci velmi důležité.

Dříve zmíněná funkce ruky se aktivně trénuje pomocí funkčních cvičení. Hned jak je pacient dostatečně silný, může se pomocí pomůcek, jako je upevňovací vidličky či lžice na ruce, učit jíst. Stejně tak je možné vyčistit si zuby nebo omýt obličej. Aby se naučené dovednosti

# ŘÍSPĚVEK OCHRNUÝCH

t předmět. Systematická příprava může pacientům s léze-  
7 umožnit funkční ruku a otevřít jim různé možnosti ma-  
ředněty.

o úchopu je možné dosáhnout extenzí zápěstí, která způ-  
sné sevření prstů a addukci palce, a to prostřednictvím  
exorů prstů, účastníků se na opozici palce. Toto se na-  
ní efekt. Při flexi zápěstí se prsty otevřou tahem extenzo-  
o funkce dobře rozvinula, musí být ruka bez kontraktur.  
vání je systematické dosažení tenodezního efektu cíle-  
m dlouhého flexoru prstů. Proto flektorované prsty přile-  
páskou k zápěstí. Rozhodující parametry jsou 90-ti stup-  
teracarphalangeálních kloubů a extenze zápěstí, také  
terphalangeální klouby se pohybují v úhlu 90 stupňů.  
příliš slabé extenzory zápěstí nebo jsou nefunkční, stabi-  
b zápěstní manžetou nebo dlažkou. Pokud jsou extenzo-  
ak prodloužení flexoru prstů.

úležitě, aby všichni, kteří s tímto pacientem pracují, přes-  
v prvním období nesmějí natáhnout flexory prstů a jakým  
li to potřebné, dlaň otevřít (např. při mytí jen flektova-  
i).

ou mají pravidelně provádět další vzdělávání rehabilitač-  
esu odpovědní za výsledek funkční ruky. Za polohování  
v noci, stejně jako za polohování celého těla, odpovědnost  
protože ergoterapeuti pracují s pacienty pouze jednou či  
ě.

u- vědět, že proces atrofie, jenž nám umožňuje funkční ru-  
ch měsíců uzavře. Po této krátké době se tato možnost  
možnosti může obnovit pouze operace. Abychom dosáhli  
poulučasti pacienta při procesu rehabilitace, snažíme se  
co největší nezávislost již během fáze vleze na lůžku.  
není schopen používat zvonek obsluhovaný tlačítkem,  
Poptovaný zvonek obsluhovaný sáním nebo foukáním. Po-  
t přeje, dostane zařízení na otačení stránek, jež mu umož-  
tné čtení, zařízení na kontrolu okolí (opět adaptované na  
lkání) a také na obsluhu televizního přijímače, což je pro  
rehabilitaci velmi důležité.

ená funkce ruky se aktivně trénuje pomocí funkčních  
i jak je pacient dostatečně silný, může se pomocí pomů-  
apevnění vidličky či lžice na ruce, učít jíst. Stejně tak je  
it si zuby nebo omýt obličej. Aby se naučené dovednosti

každý den používaly, je nutná dobrá spolupráce mezi ergoterapií  
a ošetrovateli.

V této době se již pokoušíme získat informace o bytové a pracov-  
ní situaci pacienta, abychom zjistili, které obtíže bude třeba později  
řešit, protože některé vyžadují dlouhou dobu a s jejich řešením je  
třeba začít brzy.

Vedle těchto funkčních opatření se nesmí zapomínat ani na psy-  
chologickou situaci. V tomto období rehabilitace je nutné vytvořit  
potřebné vztahy a důvěru pro přípravu na spolupráci při intenzivní  
rehabilitaci.

## MOBILIZAČNÍ FÁZE

V mobilizační fázi začíná naše práce vybavením pacienta vozí-  
kem. Zpočátku je vhodný vysoký a stabilní vozík, později se vydává  
lehčí vozík s adaptacemi na nezávislý pohyb (gumou potažené ma-  
nipulační obruče na kolech, manžety na ruce s gumovou výstelkou  
pro zvýšené tření a pro případnou stabilizaci zápěstí). Pouze paci-  
entům s vysokou míšní lézí (C4 a více) se hned na začátku vydává  
elektrický vozík. Také pacienti se stupněm ochrnutí C5 se mohou  
naučit, že pohyb po bytě je možný pomocí vlastní svalové síly. Jízda  
na vozíku pro ně představuje také důležitý trénink. My jsme odpo-  
vědní za to, že těmto pacientům vydáváme nejléhcí a nejlépe při-  
způsobený vozík, abychom je nefrustovali. Správné nastavení kol  
a dobře napumpované lehké pneumatiky mohou enormně snížit  
odpor při jízdě. Aby bylo možné vynaložit dostatečnou sílu pro po-  
hon, musí být pacientův trup při pohybu paží stabilní. Užitečné  
jsou přitom individuálně přizpůsobené loketní opěrky a případně  
lordosové polštářky, které zabraňují bolesti zad a vývoji skoliózy.

## FUNKČNÍ TRÉNINK A TRÉNINK SAMOSTATNOSTI

V této fázi představují nejdůležitější oblasti naší práce.  
Funkční trénink znamená specifický nácvik určitých pohybů a díl-  
čích úkonů. Slouží k posilování inervovaného svalstva a naučení triko-  
vých pohybů, které umožňují kompenzaci chybějících svalů.  
Terapeutickým prostředkem pro funkční terapii může být adap-  
tovaná hra nebo terapeutická plastelína.

Pomocná paže a podpěrka paže s kulítkovým ložiskem se použi-  
vají k nácviu pohybů v případě, když je funkce ramena a paže vel-  
mi slabá.

Trénink samostatnosti zahrnuje aktivity každodenního života. Jeho  
cílem je dosažení co největší samostatnosti ve všech činnostech, které  
u pacienta přicházejí v úvahu, např. jedení, oblékání, provádění růz-  
ných přesunů, mytí, sprchování, práce v domácnosti.

Pro celý rehabilitační tým je velmi důležité přesně vědět, jaké úrov-  
ně je konkrétní pacient ve své samostatnosti schopen v budoucnu do-  
sáhnout. Teprve to pak umožňuje každodenní podporu pacienta při  
učení a při každodenním používání naučeného.

Např. tetraplegik C5 bude moci samostatně jíst, pokud mu jidlo při-  
praví pomocník, který mu podá příslušné pomůcky. Bude také scho-  
pen umýt si obličej a hrud; vyčistit si zuby a obsluhovat počítač. Nemá  
možnost sám se přesunovat nebo oblékat.

Tetraplegik C6, který je pouze o stupeň pod pacientem C5, se může  
také oblékat a provádět přesuny z lůžka na vozík. Pomocí technických  
adaptací může jezdit automobilem, to vše si však vyžaduje velké úsilí.  
Jak je možno vidět na diapozitivu, je to možné pouze bez kontraktur  
a s dobře protaženými ischiocrurálními svaly. To opět ukazuje důleži-  
tost dobré spolupráce mezi fizioterapeutem a ergoterapeutem.

V průběhu procesu osamostatňování je pacient odkázán na rozličné  
pomůcky a adaptace. Některé z nich můžeme zakoupit, jiné se indivi-  
duálně vyvíjejí a vyrábějí v odděleních ergoterapie. Zpočátku pacienti  
potřebují mnohé z nich, na konci rehabilitace jsou schopni vykonávat  
některé činnosti bez nich. Při odchodu z nemocnice mají mít co nejmé-  
ně pomůcek, avšak co nejvíce těch, které budou potřebovat pro svou  
samostatnost.

Příkladem nevyhnutelné pomůcky je anidekubitní polštářek. Je  
třeba vyzkoušet různé sedací polštářky, abychom našli správný, který  
odpovídá situaci v příslušném bytě a zajistí dobrou stabilitu. Známý  
polštářek ROHO např. poskytuje dobrou ochranu před proleženinami,  
významně však ztěžuje přesuny a podporuje nesprávnou polohu při  
sedění a vývoji skoliózy, takže jej vydáváme jen zřídka.

Naším dalším úkolem jsou instruktore týkající se předcházení po-  
škození kůže a možností samostatně si kontrolovat kůži zadních  
partii těla.

Když je pacientova situace stabilní, je doba na návěštvi doma. Ve  
svém prostředí, na které je zvyklý, tráví pacient zprvu jeden den, po-  
tom víkend, což je třeba považovat za součást rehabilitace. Na přípravě  
první návěštvi se podílají zástupci celého rehabilitačního týmu. My er-  
goterapeuti se zabýváme provizorními možnostmi překonávání archi-  
tekmických bariér a instruujeeme rodinné příslušníky o pomoci při  
přesunech z lůžka a do automobilu.

Prvá návěštvi doma může být jedním z nejobtížnějších momentů  
v průběhu rehabilitace. Psychologický doprovod v těchto chvílích patří  
k úkolum všech zástupců rehabilitačního týmu, tedy i ergoterapeutů.

Co nejdříve prodiskutujeme s pacientem a s rodinnými příslušníky  
plán bytu. Pokud je to možné, vykonáme spolu se specializovaným ar-  
chitektem prohlídku bytu přímo na místě.

Abychom mohli naplánovat novou pracovní situaci, spolupracuje-  
me s poradcem pro zaměstnání specializovaným na tělesně postižené.  
Udržíme kontakty také s pacientovým zaměstnavatelem. Oba potřeb-  
ují informace o pacientových možnostech a hranicích, jaké úroveň  
může dosáhnout v praktických činnostech a jaké technické pomůcky  
a přestavby mu umožní vykonávat práci.

Jak vidíme, oblast ergoterapie s celkově ochrnutými je rozsáhlá.  
Dobrá rehabilitace se však dá zaručit jen v intenzivní spolupráci všech  
zúčastněných profesí. K tomu jsou nutné společné cíle a intenzivní ko-  
munikace.

Dvacet minut je krátká doba na to, aby bylo možné poskytnout  
více než jen přehled o rozsáhlé oblasti ergoterapie s tímto druhem  
pacientů. Doufám proto, že kolegyne a kolegové, kteří by chtěli zís-  
kat více informací nebo jsou ochotni vyprávět mi o své vlastní práci,  
nebudou váhat a v diskuzi se na mne obrátit.

# ITALSKÁ ASOCIACE PARAPLEGIKŮ - ÚČELY A CÍLE

Amalia Rossignoli d'Anna

Italská asociace paraplegiků (A.I.P.) byla založena v Římě roku 1979. Když v roce 1987 vznikla z Italských asociací paraplegiků Italská federace (FIAP), asociace se změnila z národní organizace na regionální. Přestože se jedná o první asociaci v Itálii, která sdružuje své členy z celého národního území, má největší počet členů ze všech.

Sekretariát Federace je v Římě, v sídle A.I.P., jejíž prezident je v rámci FIAP pověřen stykem s ministerstvy pro otázky týkající se celé kategorie. Sídlo této nevydělečné asociace je v Římě, via Cebalra 20, mezi via Cristoforo Colombo a via Appia.

Řídící rada se skládá z devíti členů, ze tří dozorčích a ze tří revizorů účtů. Každé tři roky je svolávána Valná hromada, na níž jsou voleni funkcionáři společnosti.

Cílem A.I.P. je:

- \* pomáhat para a tetraplegikům a vůbec lidem s omezenými pohybovými schopnostmi, a to humanitárními a sociálními formami, při využívání informací, zdravotnictví, rehabilitací, začleňování do pracovního procesu a do společnosti, s cílem zkvalitnit život a moci si volit vlastní existenci;

- \* prosazovat i v Itálii vzory a kulturu rehabilitace, které stále nepostačují, případně neexistují;

- \* snažit se o odstranění architektonických bariér jak ve veřejných, tak v soukromých budovách a v celém městě, pro zjednodušení dopravního systému;

- \* vylepšit systém pomoci jednotlivcům (jenž se dodnes nazývá „pomocí do domu“), plánovat rodinná obydlí a chráněná residenční sídla;

- \* dbát na dodržování zákona o poskytování pracovních příležitostí, které ještě před časem byly „povinné“ rezervovány, zatímco dnes mají pouze „číselný“ charakter, doufáme, že se bude jednat o příležitosti „členů“, s možností přeskolování v případě nutnosti, na vznik integrovaných sociálních družstev;

- \* sledovat vše, co se týká organizace a využití volného času.

V Římě kromě toho působí Consulta Cittadina sui problemi delle Persone Handicappate (Městská poradna pro problémy postižených), do níž spadá 47 asociací v hlavním městě. Prezident A.I.P. byl po tři roky náměstkem prezidenta této poradny a po mnoho let koordinoval Skupinu architektonických bariér.

Asociace je členem „Technické komise pro zkoumání a posuzování návrhů týkajících se odstraňování architektonických bariér v okrese Řím“.

Je členem:

- \* Řídícího výboru Národní asociace „Cestovní ruch pro všechny“;
- \* Výboru Italské sportovní federace speciálních průkazů (FISAPS)

\* Městské zdravotnické poradny (Řím).

Kromě úloh vyplývajících z funkcí, do nichž byla jmenována, účastní se Asociace poradenství, koordinací, pracovních zasedání a institucionálních komisí s jinými asociacemi, a to při respektování nezávislosti a svobody, bez vzájemného omezování a v konstruktivním duchu. Má pravidelné kontakty s městskými, krajskými a regionálními orgány (kraje Lazio).

Je to pravá svépomocná a jak bylo řečeno nevydělečná asociace, neboť v ní pracují převážně para a tetraplegici, sdílející stejné dramatické problémy.

Kancelář sekretariátu Asociace kromě své koordinační činnosti podává informace všem členům i všem těm, kdo potřebují vědět, jak si poradit s tisíci problémy, které vyvstanou, když se život „zkomplikuje“.

Asociace vydává čtvrtletně Zpravodaj, v němž poskytuje informace členům, doporučuje jejich práva, poukazuje na různé události, které mohou být pro společnosti zajímavé nebo obohacující.

Převážnou část svých sil věnuje Asociace plánování, zřizování a budování Unipolárních spinálních jednotek. Všichni víme, jak je pro člověka se zraněnou míchou, ať v akutní fázi, nebo posléze v dalším životě, důležité mít na dosah vysoce specializované centrum, Unipolární spinální jednotku, na kterou se může obrátit s jakýmkoli problémem či s žádostí o kontrolu.

Para a tetraplegici mají velké životní potíže, ale proto ještě nejsou „nemocní“: jsou potenciálně schopni vést plnohodnotný život, pokud mají v případě potřeby dobrou zdravotní a ošetrovatelskou péči, pokud mohou svobodně volit vlastní cestu, pokud jsou respektována jejich práva lidských bytostí.

Toho lze dosáhnout, dostaneme-li možnost přežít a žít i dál: proto jsou Unipolární spinální jednotky na vysoké kvalitativní úrovni tak důležité.

V naší zemi nemáme ještě bezpečné epidemiologické údaje o traumatických a netraumatických poraněních míchy. Z mezinárodních zkušeností vyplývá, že na stát s 50-60 milióny obyvatel, tedy i na Itálii, připadá zhruba 70 000 para a tetraplegiků, převážně traumatického původu, k nim se poji roztěpy míchy, cévní, degenerativní, virové a rakovinné problémy.

Každoročně se objeví 20 nových případů na jeden milión obyvatel, tudíž 1.200 nových případů na národním území. Za optimální se pokládá jedna spinální jednotka se 40-60 lůžky na dva milióny obyvatel. Kraj Lazio, s 5 191 482 obyvateli by měl mít celkem tři spinální jednotky.

## MALÝ HISTORICKO-LEGISLATIVNÍ PŘEHLED

### NÁRODNÍ SITUACE:

- \* 13. září 1988, čl.3 bod B definuje spinální jednotku, personál, pacienty, příslušenství;

# KŮ - ÚČELY A CÍLE

Anna

travomatiké poradny (Řím).  
ph vyplývající z funkcí, do nichž byla jmenována, sociace poradenství, koordinaci, pracovních zasedání  
lých komisí s jinými asociacemi, a to při respektování  
svobody, bez vzájemného omezování a v konstruktiv-  
Má pravidelné kontakty s městskými, krajskými a regi-  
ány (kraje Lazio).  
i svépomocná a jak bylo řečeno nevydělečná asociace,  
raciu převážně para a tetraplegici, sdílejí stejné dra-  
lémy.

sekretariátu Asociace kromě své koordináční činnosti  
mace všem členům i všem těm, kdo potřebují vědět,  
it s tisíci problémy, které vyvstanou, když se život  
“.

vytvádá čtvrtletně Zpravodaj, v němž poskytuje infor-  
i, podporuje jejich práva, poukazuje na různé události,  
být pro společnosti zajímavé nebo obohacující.  
i část svých sil věnuje Asociace plánování, zřizování  
Jinopláných spinálních jednotek. Všichni víme, jak je  
se zraněnou míchou, ať v akutní fázi, nebo posléze  
tě, důležité mít na dosah vysoce specializované cent-  
ární spinální jednotku, na kterou se může obrátit s ja-  
plémem či s žádostí o kontrolu.

trapelegici mají velké životní potíže, ale proto ještě ne-  
ní“: jsou potenciálně schopni vést plnohodnotný život,  
v případě potřeby dobrou zdravotní a ošetrovatelskou  
mohou svobodně volit vlastní cestu, pokud jsou re-  
jejich práva lidských bytostí.

losáhnout, dostaneme-li možnost přežít a žít i dál: pro-  
olární spinální jednotky na vysoké kvalitativní úrovni

emi nemáme ještě bezpečné epidemiologické údaje  
ých a netraumatických poraněních míchy. Z meziná-  
čnosti vyplývá, že na stát s 50-60 milióny obyvatel, te-  
i, případá zhruba 70 000 para a tetraplegiků, převážně  
vodu, k nim se pojí rozšířené míchy, cévní, dege-  
ové a rakovinné problémy.

ě se objeví 20 nových případů na jeden milión obyvatel,  
ových případů na národním území. Za optimální se poklá-  
ální jednotka se 40-60 lůžky na dva milióny obyvatel. Kraj  
482 obyvateli by měl mít celkem tři spinální jednotky.

## STORICKO-LEGISLATIVNÍ PŘEHLED

### Í SITUACE:

1988, čl.3 bod B definuje spinální jednotku, personal,  
slušenství;

\* tříletý plán prevence, léčby, rehabilitace a péče v oblasti fyzic-  
kého, psychického a smyslového postižení (Ministerstvo zdravot-  
nictví Výzkumné středisko)... založení Operativních nemocničních  
jednotek zaměřených výhradně na stálou péči o paraplegiky a tetra-  
plegiky;

\* 1991: Federace dostává financování rozložené na investiční  
a neinvestiční náklady ve výši několika miliard pro různé kraje, a to  
na základě dvou usnesení CIPE Národního zdravotního fondu;

\* Ministerský dekret z 26.01.92 „Seznam vysokých specializací  
a vytýčení nezbytných požadavků pro zdravotnické zařízení, které  
má vykonávat vysoce specializovanou činnost“;

\* Návrh národního zdravotnického programu na roky 92/94: „pre-  
vence a léčba postižení“. Významnými body je ustanovení spinálních  
jednotek se 40 lůžky na každé dva milióny obyvatel, s nimiž se počítá  
v nemocnicích podle vzoru vysoce specializace. Počítá se s 23 spinál-  
ními jednotkami o 40-60 lůžkách podle potřeby uživatelů. Je možné  
použít již existující profesní zdroje, což znamená „INTEGROVAT SE  
MAJÍ ZNALOSTI, NE NEMOCNICNÍ STRUKTURY“;

\* Návrh P.S.N. (Národní zdravotnický plán) pro roky 94/96. Uni-  
polární jednotky jsou jen krátce zmíněny pod názvem „Unipolární“,  
v souvislosti se zásahy třetího stupně v „rehabilitačních aktivitách“,  
umísťovaných vhodně do vysoce specializovaných služeb.

K tomu je dále nutno připojit četná jednání na Ministerstvech,  
s řediteli Oddělení plánování, s funkcionáři a techniky, kteří pracují  
v různých funkcích (je třeba ještě připomenout poslední dekret vy-  
daný v Úředním věstníku - „postup při pomoci v nouzi“).

V kraji Lazio došlo k prvnímu rozhodnutí o ustanovení spinální  
jednotky v roce 1985, ale první jednotku jsme otevřeli při C.T.O.  
(Traumatologické nemocnici) v Římě až v r. 1995.

- \* Dotazování na krajské radě za účelem přisuzování fondů na vyba-  
v a stavební práce;
- \* Schvalování rozhodnutí pro začlenění UJ do nemocniční péče;
- \* Rozhodnutí o zřízení UJ;
- \* Konkurs na místo přímáře;
- \* Změna krajského zákona.

Asociace se velice zasadila o to, aby byl personal školen jak  
v kvalifikovaných zahraničních nemocnicích, tak v Itálii za pomoci  
zahraničních vyučujících na UJ v Římě.

V současné době spolupracujeme s Krajskými orgány na tom,  
abychom byli začleněni do Zdravotnického krajského programu  
s návrhem, který nejen počítá se zakládáním spinálních jednotek,  
ale obsahuje i projekt jako účinnou a globální odpověď na problé-  
my spojené s poruchou míchy v průběhu celého života.

Dalším důležitým cílem Asociace je zpřístupnit obydlí, města  
a dopravní prostředky.

Pouze v „jednodušším“ městě, jak bylo řečeno, budeme volnější.  
Vyspělost národa se měří stupněm svobody, kterou si každý občan  
může zvolit k svému životu.

Ale v této společnosti ještě nemůžeme hovořit o „nás“. Stále ješ-  
tě žijeme ve světě, který se dělí na rasy, na kultury a na kategorie.  
Pravé zábrany ke svobodě pak tkví hlavně ve způsobu „myslení“:

programujeme místa pro postižené, dopravu pro postižené, práci  
pro postižené, bydlení pro postižené. Jak se můžeme cítit „rovni“,  
když už i jen v představách jsme označováni jako „odlišní“? Když  
pokaždé, potřebujeme-li jít na nedostupnou toaletu v restauraci,  
v kavárně, v divadle nebo ve vlaku, se musíme opřít o silné paže ně-  
jakého ochotného člověka?

Doposud to vypadá, že nemáme právo na stud, na svobodnou  
volbu, na to má právo je ten silnější, který „náhodou“ pomoc nepo-  
třebuje.

Díky usilovné práci, poukazování na tuto problematiku a návrhy  
na její řešení jak v Technické komisi, o které jsem již hovořila, tak  
v orgánech jako je Asociace, se postupně dostává do povědomí nut-  
nost autonomie pohybu.

V Římě existuje jen málo dopravních prostředků pro osoby  
s omezenou nebo malou pohybovou schopností; existuje krátký  
úsek metra a v krátké době by měla být funkční i jedna tramvajová  
linka; existuje několik autobusů s nákladní plošinou, které jezdí po  
vyznačené trase, mnozí z nás mohou používat taxislužbu (za cenu  
autobusové jízdenky).

Připravuje se služba malého autobusu, který by rozvážel až do-  
mů na objednávkou a později i na telefonní zavolání a doplňoval by  
tak stávající veřejný servis.

V jiných italských městech funguje služba malých autobusů na  
objednávkou a na telefonické zavolání, jakož i bezbariérové autobu-  
sové kolektivní linky.

Benátky jako první vypracovaly bezbariérové tratě pro osoby na  
vozíčkách nebo s pohybovým omezením; poskytují i plánek v Brailo-  
vě písmu pro jízdu po Canal Grande, s vysvětlivkami komentujícími  
projížděnou trať.

V mnohých italských městech se do běžných turistických příru-  
ček vkládají informace o bezbariérových tratích, dopravních pro-  
středcích a ubytování.

## VLAKY

Některé dálkové vlaky mají vozy si je místy vyhrazenými pro vo-  
zky. Nacházejí se poblíž restauračního vozu, vstup do vozu je širší  
a toalety jsou dobře a pohodlně vybaveny. Je třeba si je předem za-  
mluvit, doprovod jezdí zdarma.

Vlaky a nádraží začínají reagovat teprve od nedávna. V progra-  
mu přístupnosti těchto služeb se počítalo s 85 speciálními vozy,  
které by jezdily po hlavních trasách. Dnes, po deseti letech, jich jez-  
dí asi 60. Tyto vozy mají širší a nižší vstup do vozu, prostorné toale-  
ty, předem se objednávají místenkami a je z nich přístup do jídelní-  
ho vozu.

Servis pro osoby se zvláštními požadavky existuje v současné  
době na 110 nádražích. Těmto osobám se pomáhá od parkoviště,  
uvnitř nádraží, při nástupu a výstupu z vlaku, případně při zakupo-  
vání jízdenek a objednávání místenek. Místenky je třeba kupovat  
s časovým předstihem; pokud je člověk plně invalidní a má „mod-  
rou kartu“, jeho doprovod cestuje zdarma.

„Čekárna pro postižené“ - název, který bych změnila na „přátel-

skou čekárnu“ jako je tomu na letištích, už z toho důvodu, že ji využívají mnozí další cestující, jako jsou staří lidé, mentálně postižení atd. Čekárna může být umístěna poblíž pokladen, informačních služeb, kanceláře výpravčího, servisů „Zeleného disku“.

K nástupu a výstupu z vlaku se používá zvedacího vozíku; jako Asociace jsme požadovali, aby u nových vozů byly zvedací plošiny zabudovány přímo do vozu, a to pro případ nutné rychlé evakuace.

Právě proto, že se v současné době v Itálii živě diskutuje o posílení a modernizaci tohoto dopravního prostředku, pokládám za důležité, aby vlaky byly bezbariérové a nádraží byla použitelná i pro osoby se zvláštními potřebami.

Italské železnice - odbor cestujících - poskytují informační příručku pro postižené zákazníky, ale i na normální signalizační tabuli jsou bezbariérovou značkou vyznačeny tratě a vlaky vybavené speciálními vozy.

### LETADLA A LETIŠTĚ

V Itálii je 115 letišť, z nichž 76 je civilních a 24 vojenských, která lze na povolení používat i k civilním účelům, 15 vojenských letišť slouží výhradně k vojenským účelům. Dále existuje jedna vodní přístavní plocha, tři letiště pro vrtulníky a jedna základna pro vzducholodě. Při posledním sčítání v r. 1992 bylo zjištěno celkem 219 zařízení. Nejvíce přistávacích ploch je v krajích Lombardie a v Emilia Romagna - v každém jich je 14. Následuje benátský kraj s 13 zařízeními, Lazio s 10, Molise a Basilicata nemají žádné. Časopis „Aerporti d'Italia“, z něhož jsem tyto informace čerpal, poskytuje mnoho informací. Pouze letiště v Římě a v Miláně jsou však vybavena „přátelskými čekárnami“, v Turíně existuje parkoviště pro postižené. Skutečnost je však naštěstí lepší, než jak je líčena v časopisu.

Na všech větších letištích existuje více méně organizovaná služba pro pomoc lidem v nouzi a překonání jejich potíží. Skutečnost, že informace o těchto službách nejsou poskytovány, je důkazem, že člověk se speciálními požadavky není pokládán za lukrativního.

Dobrym příkladem spolupráce je letiště Fiumicino. Existují zde speciální parkoviště a dobrá služba uvnitř letiště.

Chybí ještě propojení na další tratě, usnadnění dlouhých přesunů hlavně v případě neobjednaných služeb (pro ty, kdož v okamžiku objednávání letenky nenahlásili invalidní kategorii).

Uvnitř větších letadel na delších tratích existují vozíky, kterými se lze chodbou dostat až na toaletu. Měly by však být ve všech letádkách, protože jinak tě silně paže musí přenášet v nestabilních podmínkách, což není právě bezpečný ani důstojný systém.

Spojení letišť s centrem města bývá přístupné jen zřídka. Nejčastěji se používá soukromý vůz nebo taxi.

### LODĚ

Trajektové lodě, kterými se jezdí na ostrovy, mají větší kabiny a výtahy pro osoby na vozíčkách. Prostory jsou podstatně větší, ale na toaletách je místo nedostatečné. Kabinu pro vozíčkáře je třeba objednat předem. Výtah do garáže nebo k pokojům a k restauraci je téměř vždy bezbariérový. Nové podniky, které vyrábějí nové nebo

předělávají staré lodě, byly požádány, aby projektovaly a vypracovaly prostory tak, aby jich postižení mohli plně využívat.

Pro všechny dopravní prostředky v Itálii existují podrobné a obsáhlé předpisy.

Naším cílem je mít v budoucnosti veškerou veřejnou dopravu bezbariérovou; proto pokládáme za důležité, aby se v každém projektu počítalo s bezbariérovostí, protože odstraňovat následně architektonické bariéry je nákladné; podstatné je nevytvářet bariéry nové.

K Oslavám Jubilea 2000 jsme vypracovali zprávu, jejímž cílem je zpřístupnit města i těm, kteří mají zvláštní potíže:

\* letiště

\* značení, signalizace

\* informační střediska (bezbariérové autobusy, metro, tramvaje, taxi, minibusy a parníky jezdící po Tibefe)

\* hotely a restaurace

\* ubytovny mládeže

\* ulice, chodníky, akustické semaforey

\* veřejné toalety

\* telefony i pro hluchoněmé.

A to vše samozřejmě bez bariér.

V mnohých státech se na postižené lidi nahlíží jako na „zákazníky“, kteří přinášejí výdělek (a nejen jako na nositele vlastního postižení).

### DALŠÍ DŮLEŽITÝ CÍL ASOCIACE

Asociace v krátké době poskytne Místnímu zdravotnickému středisku (USL), s nímž má smlouvu, doplňující služby pro nemocné na spinální jednotce při Traumatologické nemocnici, a to:

1. *ergonomii* - studii a konkrétní pomoc pro osoby s poraněním míchy při denním pohybu;

2. *databanku a telematické komunikace*. Čili velké knihovny k dispozici jak pro pracovníka, tak pro postiženého, předpokládá se i okenko internetu ad hoc;

3. *program rehabilitačního procesu a plného začlenění do pracovního světa*;

4. para a tetraplegik má kromě vlastní zkušenosti a zkušenosti v AIP i správné školení;

5. „*top riabilitation house*“, správně vybavený prostor napomáhající novému spravování sebe sama;

6. *protěží a aktivity denního života*;

7. *smlouvy s autoškolou a kontrola druhu obměň auta*, které jsou vhodné pro postiženého.

Chtěli bychom, aby těchto služeb mohli pak využít i ti, kteří nejsou hospitalizováni ve spinálních jednotkách.

Asociace se zabývá i mnohými dalšími činnostmi, jejichž cílem je nabídnout člověku s postižením míchy možnost cítit se schopným života a být šťastný: ve sportovních disciplínách jsou to plachtaření, kurzy řízení auta nebo zdokonalování řízení, stolní tenis, lukostřelba, potápění, plavání atd.

Co se týče bezbariérové turistiky, účastníci jsme se setkání s evropskými partnery zaměřeného na posílení svobodné volby využití volného času a možnosti cestování, jež by umožnila co největší ne-



## Uspořádání obou seminářů finančně podpořili

Ministerstvo zdravotnictví ČR

Rada humanitárních sdružení

Centrum Václava Vojty v Římě

Hotel Forum Praha

Quality Hotel Prague

Barum centrum Praha s. r. o.

Convatec

Studio Beam

Jednota tlumočnicků a překladatelů

Economic Service s. r. o.

Kraft Jacobs Suchard s. r. o.

Čokoládovny a. s. Závod Orion

Pepsi Cola ČR s. r. o.

Vydal: Svaz paraplegiků s finanční podporou Ministerstva zdravotnictví ČR

Svaz paraplegiků - Centrum informací a pomoci Paraple  
108 00 Praha 10, Limuzská 471

tel/fax: 02 - 771478, 02 - 777973

Konto Paraple: Komerční banka Praha 1, č. účtu: 10006 - 18831021/0100