Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie**

Ing. Olga Egemová

Závislost u osob s míšní lézí
Dotazníkové šetření

Addiction in people with the spinal cord lesions
Questionnaire survey

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Kateřina Svěcená, PhD.

Praha, 2022

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 30.6. 2022

OLGA EGEMOVÁ

……

Identifikační záznam:

EGEMOVÁ, Olga. Závislost u osob s míšní lézí: dotazníkové šetření. [Addiction in people with the spinal cord lesions: questionnaire survey]. Praha, 2022. 53 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Kateřina Svěcená Ph.D.

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kateřině Svěcené, Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a připomínky při psaní mé bakalářské práce. Chtěla bych velmi poděkovat panu Mgr. Davidu Lukešovi, řediteli Centra Paraple, a paní Mgr. Janě Ambrožové z Centra Paraple, za umožnění výzkumného šetření. Velký dík patří klientům Centra Paraple, kteří mi věnovali svůj čas a dotazník ochotně vyplnili a poskytli mi spoustu podnětných názorů a nápadů. Velké poděkování patří mému partnerovi, který mi byl při psaní bakalářské práce velkou oporou.

Abstrakt

Východiska:

V naší zemi je pravidelně vyhodnocováno užívání návykových látek u běžné populace.

U osob s míšní lézí není však problematika užívání návykových látek bohužel dostatečně zmapována. Roli zde může hrát i nesnadné získávání zpětné vazby od těchto osob. Právě u osob s míšní lézí existuje mnoho faktorů pro možné rizikové chování. V České republice existuje několik zařízení následné péče, které se věnují klientům s míšní lézí komplexně. V těchto zařízeních by získání zpětné vazby od uvedené specifické skupiny klientů pomohlo k lépe zacíleným intervencím a k nastavení dalších specifických služeb pro sledovanou subpopulaci.

Cíle:

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat problematiku závislosti na legálních a nelegálních návykových látkách ve skupině osob s poraněním míchy po úrazu či onemocnění. Vedlejší cíl se týká získání zpětné vazby od klientů Centra a ověření, zda by využili adiktologické poradenství a jakého typu. Dalším vedlejším cílem je zjistit, v jakém věkovém rozmezí se nejčastěji objevuje denní spotřeba alkoholu.

Metody:

Data do kvantitativního výzkumu byla získána dobrovolným dotazníkovým šetřením. Dotazníky byly postupně získávány od klientů centra osobně mezi třemi vlnami covidové epidemie v letech 2020 až 2021. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 106 respondentů ve věku od 18 do 77 let. Anonymní dotazníky byly zpracovány v programu Microsoft Excel s pomocí deskriptivní statistiky. Celý výzkum byl schválen Etickou komisí organizace.

Výsledky:

Z výsledků vyplývá, že i když jsou výsledky celoživotní prevalence u legálních a nelegálních návykových látek u osob s míšní lézí na shodných hodnotách jako u běžné populace, tak prevalence denního užití některých legálních návykových látek je u osob s míšní lézí na výrazně vyšší úrovni než u obecné populace. U většiny nelegálních návykových látek je prevalence denního užití na výrazně nižší úrovni než u běžné populace.

U výzkumného souboru byla zjištěna prevalence denního užití alkoholu 22,7 % oproti běžné populaci, kde je na úrovni 8,5 %. U osob s míšní lézí výzkum prokázal prevalenci denního

užití tabáku 21,7 %. U běžné populace byla ve studiích v letech 2019 prokázána denní prevalence kouření 18,1 %. Z výsledků dále plyne, že denní užití konopí je v subpopulaci osob s míšní lézí na hodnotě 3,9 %, za posledních 30 dní se jedná o užití v 2,6 % a za poslední rok 8,9 %, což je údaj podobný zjištěním u běžné populace, a to 9,4 %. Z výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 plyne, že nejčastěji užitou nelegální látkou je konopí. Životní prevalence konopí je 26-39 %. Ve výzkumném souboru se jednalo o celkem 25,7 % respondentů, kteří konopí vyzkoušeli někdy v životě (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019).

Závěr:

Dotazníkovým šetřením byla zmapována prevalence užívání legálních a nelegálních návykových látek u osob s míšní lézí. Tato výzkumná práce s přehledem prevalence různých typů návykových látek může pomoci odborníkům a zdravotním pracovníkům, kteří jsou v denním kontaktu v konkrétním zařízení s touto specifickou skupinou osob s nastavením služeb a intervencí u klientů v riziku. Rizikové chování zpomaluje progres a plány v rehabilitaci těchto osob. Výzkumnou bakalářská práce může posloužit i jako materiál pro hlubší porozumění klientům s míšní lézí užívajících návykových látek a dále jako báze pro další rozšířený výzkum rizikového chování u osob s míšní lézí.

Doporučení:

Osoby s míšní lézí po úrazu či nemoci tvoří nemalou skupinu osob se získaným fyzickým postižením. Informace o užívání návykových látek a o problematice závislosti však lze u některých osob s míšní lézí získat jen při asistovaném vyplnění dotazníku. Včasnou intervencí a edukací o rizikovém užívání návykových látek a závislosti lze předejít dalším, nejen zdravotním, komplikacím, ale může pomoci v dodržování plánu rehabilitace a tím ke zvýšení kvality života osob s míšní lézí.

Klíčová slova:

tělesné postižení, míšní léze, užívání návykových látek, rizikové chování u osob s míšní lézí

Abstract

Background:

In Czech Republic, the use of addictive substances in the general population is regularly evaluated. In people with spinal cord lesions, the issue of substance abuse is not sufficiently mapped. Difficulty to get feedback can also play a role in this regard. There are many factors for possible risky behavior in people with spinal cord lesions. In Czech Republic, there are several aftercare facilities that comprehensively address clients with spinal cord lesions. In these facilities, obtaining feedback from this specific group of clients would help get better target interventions and set up other specific services for the monitored subpopulation.

Objectives:

The main goal of the research was to map the issue of dependence on legal and illegal addictive substances in a group of people with spinal cord injuries after injury or illness. A secondary goal was the feedback from the Centre's clients on whether and how they would use addictology counseling.

Methods:

Data for quantitative research were obtained by voluntary questionnaire survey. Questionnaires were gradually obtained from the centre's clients in person between the three waves of the covid epidemic between 2020 and 2021. The research sample consisted of a total of 106 respondents aged between 18 to 77 years. Anonymous questionnaires were processed in Microsoft Excel with the help of descriptive statistics. The entire research was approved by the organization's Ethics Committee.

Results:

The results show that although the lifetime prevalence results of legal and illegal addictive substances in people with spinal cord lesions are at the same values as in the general population, the prevalence of daily use of some legal addictive substances is significantly higher in people with spinal cord lesions than in general population. For most illicit addictive substances, the prevalence of daily use is significantly lower than that in the general population.

In the research group, the prevalence of daily alcohol use is 22,7 % compared to the general population, i.e. 8,5 %. In people with spinal cord lesions, research has shown a prevalence of 21,7 % of daily tobacco use. In the general population, studies in 2019 showed a daily

prevalence of smoking of 18,1 %. The results also show that the daily use of cannabis in the subpopulation of people with spinal cord lesions is 4 %, in the last 30 days it is used in 2,6 % and in the last year 8,9 %, which is similar to the findings in the general population, namely 9.4%. The annual report on the state of the drugs problem in Czech Republic in 2019 shows that cannabis is the most frequently used illegal substance. The life prevalence of cannabis is 26 -39%. In the research group, it was a total of 25,7 % of respondents who had tried cannabis at some point in their lives (Annual Report on the State of Drug Affairs in the Czech Republic in 2019).

Conclusion:

The questionnaire survey mapped the prevalence of the use of legal and illegal addictive substances in people with spinal cord lesions. This research with an overview of the prevalence of different types of addictive substances can help professionals and health professionals who are in daily contact in a particular facility with this specific group of people with service settings and interventions for clients at risk. Risky behavior slows progress and plans in the rehabilitation of people with spinal cord lesions. The present bachelor's thesis can deepen our understanding of clients with spinal cord lesions using addictive substances, and can be used as a basis for further extended research into risky behavior in people with spinal cord lesions.

Recommendation:

People with spinal cord injuries after an injury or illness form a large group of people with acquired physical disabilities. However, information on substance abuse and addiction can only be obtained by assisted completion of a questionnaire for some people with spinal cord injuries. Early intervention and education on the risky use of addictive substances and addiction can prevent other, not only health, complications. It can also help adhere to the rehabilitation plan, which increases the quality of life of people with spinal cord injuries.

Keywords:

physical disability, spinal cord lesions, substance abuse, risky behavior in people with spinal cord injuries

OBSAH

ÚVOD 11

I. TEORETICKÁ ČÁST 13

1.1. **Úraz** 13

1.2. **Nemoc** 14

2. Klinický obraz po poranění míchy 14

2.2. **Kompletní míšní léze** 15

2.3. **Nekompletní míšní léze** 16

3. Zdravotní komplikace po poranění míchy 18

3.1. **Respirační komplikace** 18

3.2. **Urogenitální komplikace** 18

3.3. **Kardiovaskulární systém** 19

3.4. **Kožní komplikace** 19

3.5. **Muskuloskeletální systém** 19

4. Zdravotní postižení (disabilita) – tělesné postižení – handicap 20

5. Systém péče a při získaném tělesném postižení pro osoby s míšní lézí 21

5.1. **Spinální a spinální rehabilitační jednotky** 21

5.2. **Následná péče: Centrum Paraple** 22

5.3. **Následná péče: ParaCENTRUM Fenix** 23

5.4. **Následná péče: Česká asociace paraplegiků – CZEPA** 24

5.5. **Následná péče: Česká společnost pro míšní léze** 25

6. Aspekty psychické a sociální u osob s míšní lézí 25

6.1. **Trauma** 26

6.2. **Trauma a závislost, rizikové chování** 26

6.3. **Poranění míchy a závislostní chování** 27

7. Komplikace závislosti na návykových látkách 30

7.1. **Somatické komplikace u drogové závislosti** 30

7.2. **Psychologické komplikace u drogové závislosti** 31

II. PRAKTICKÁ ČÁST 32

8. Cíl výzkumu 32

9. Výzkumné otázky 32

10. Design výzkumu 32

11. Metoda tvorby dat 33

12. Praktický průběh realizace 34

13. Etické aspekty výzkumu 34

14. Výsledky výzkumu – Grafické zpracování 36

14.1. **Struktura respondentů výzkumu dle pohlaví** 36
14.2. **Věková struktura respondentů** 37
14.3. **Respondenti dle vzdělání** 37
14.4. **Domácnost respondenta dle spolužití** 38
14.5. **Respondenti dle poruchy motoriky** 38
14.6. **Respondenti dle poruchy čití** 39
14.7. **Respondenti dle zájmů, kterým se věnují** 40
14.8. **Respondenti dle doba po úrazu** 41
14.9. **Respondenti dle vnímání závislosti v rodině** 42
14.10. **Respondenti dle okolnosti úrazu** 42
14.11. **Respondenti dle užívání legálních návykových látek** 43
14.12. **Respondenti dle užívání nelegálních návykových látek** 45
14.13. **Respondenti spotřeba legálních návykových látek po úrazu či onemocnění** 47
14.14. **Respondenti spotřeba nelegálních NL po úrazu či onemocnění (N=101)** 48
14.15. **Spotřeba léků na/bez předpis (u) po úrazu či onemocnění** 49
14.16. **Respondenti uvažující o změně** 50
14.17. **Respondenti - chování vzhledem k NL/ lékům (N=101)** 51
14.18. **Kontaktování krizové linky či centra** 53
14.19. **Kontaktování specialisty na odvykání** 54

15. Diskuze 55

16. Závěr 61

17. Literatura 62

18. Přílohy 65

18.1. **Příloha A: Seznam grafů** 65

18.2. **Příloha B: Dotazník a Informovaný souhlas** 66

ÚVOD

V mé bakalářské práci na téma Závislost u osob s míšní lézí jsem si kladla za cíl rozkrýt a zmapovat téma závislosti u skupiny osob s fyzickým handicapem. Handicap či fyzické postižení, je pro velkou část společnosti bez fyzického handicapu zatím jakýmsi stigmatem. O problematice užívání drog u osob s fyzickým postižením se nemluví a tiše se předpokládá jeho vyřešení zdravotním či sociálním systémem.

„Postižení byli vždy v dějinách vnímáni a přijímáni svým okolím ambivalentně… Lidé se jich obávali, vyhýbali se jim, litovali je a ignorovali.“ (Blažek a Olmrová, 1985).

Odmítavý či ambivalentní postoj společnosti k postiženým lidem se projevuje z nedostatku porozumění jejich problémům. Pokud se člověk snaží zaujmout určitý postoj a zorientovat se, tak je nejen ovlivňován emocemi, ale i rozumem. Odmítání či přijetí má svůj protipól ve znalostech a informacích (Vágnerová, 2008).

Zdravotně postižená osoba může vzhledem k celoživotnímu handicapu trpět bolestmi, samotou, různými sociálními a finančními problémy a toto vše může vést k rizikovému chování. Ovšem příčinou vzniku fyzického postižení může být i samotné rizikové chování.

Zjistila jsem, že není mnoho zařízení, která by nabízela současně následnou péči po úrazu či onemocnění fyzicky handicapovaným osobám a zároveň jim byla nabídnuta i péče adiktologická. Adiktologická péče není běžnou součástí poskytovaných služeb handicapovaným osobám.

Zpracování tématu vidím velmi žádoucí z hlediska možného nabídnutí ucelené péče osobám se zdravotním postižením. Již samotné postižení přináší mnoho zdravotních problémů, které se mohou znásobit při užívání jakékoliv legální či nelegální návykové látky. Téma bylo zpracováno pro specifickou cílovou skupinu osob s míšní lézí, a potřeby této úzké skupiny osob se někdy dají zmapovat jen s pomocí větší či menší asistence.

Z hlediska etického by bylo žádoucí, aby i osoby s postižením měly příležitost problém s návykovými látkami řešit. A to bez ohledu na bariéru způsobenou fyzickým handicapem. Měli by mít stejné šance v řešení závislosti a léčbě jako zdravé osoby bez fyzického handicapu. Příležitost zmapovat závislost u skupiny osob s míšní lézí se mi jevila jako velká výzva k poodkrytí problematiky závislosti u osob s postižením, která by mohla

pomoci ve vytvoření služby se zacílením intervencí na již konkrétní oblast problematiky závislosti a pro konkrétní skupinu osob, která není v současné v současnosti u nás dostatečně zmapována.

V České republice existuje mnoho programů a zařízení, které nabízí adiktologickou péči, ale ne přímo adiktologickou bezbariérovou péči. Východiskem z tohoto problému by bylo vytvoření aditologických ambulancí přímo v místě následné péče pro osoby s fyzickým handicapem, čímž by se tato služba přiblížila a stala se snáze dostupnou. Optimálním řešením by bylo, aby se stala součástí ucelené rehabilitace fyzicky handicapované osoby.

Dle Výroční zprávy Centra Paraple, v němž výzkum probíhal, za rok 2020 využilo službu pobytové rehabilitace 146 klientů a v roce 2019 dokonce 294 klientů. Ambulantní terapii využilo 95 klientů a 49 klientů v roce předešlém. Centrum poskytlo během roku 2020 celkem 1050 intervencí. V roce 2019 se jednalo o celkem 800 intervencí. Z výzkumu vyplynulo, že celých 50 % respondentů (n= 51) z celkového počtu 101 respondentů by mělo zájem o případnou adiktologickou intervenci, a to v místě, které znají a označují jako bezpečné (Výroční zpráva Centra Paraple, 2019 a 2020).

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Etiologie získaného fyzického postižení u osob míšní lézí

1.1. Úraz

Literatura uvádí několik nejčastějších příčin vzniku úrazu páteře. Na prvním místě jsou v současnosti autonehody. Dříve se jednalo ještě specificky o nepřipoutání spolujezdce. Při autonehodách je obvykle poraněn hrudník v oblasti žeber a plic (Kříž et al., 2019). Dle Pokorného jsou dopravní úrazy zaviněny náhlou decelerací vysoké kinetické energie (Pokorný, 2002).

U dopravních nehod mluvíme u poranění páteře o tzv. Whiplash syndromu krční páteře. Při poranění páteře dochází k hyperflexi a hyperextenzi. Celosvětově u 1 000 000 poranění končí 5 000 ochrnutím (Pivoňková, 2014).

Hned za autonehodami následuje pád z výšky. Doma je to velmi často na schodech či na zahradě. Především starší osoby často zakopnou či padají právě na schodech či přímo ze schodů. Častý je pád z výšky při suicidálních pokusech, dále pády z výšky při pracovních úrazech. V těchto případech se jedná hlavně o poškození krční páteře. Velkou skupinou úrazů tvoří sportovní úrazy. Typ úrazu vyplývá z ročního období. V létě se vykytují nejčastěji úrazy na kole či při paragladingu. Velmi typické jsou úrazy po skoku do mělké vody s nárazem hlavou o dno. Bohužel tyto úrazy zapříčiňuji vznik nejtěžšího neurologického poranění, tetraplegii. V zimě se nejčastěji jedná o úrazy na lyžích či snowboardu (Kříž et al., 2019).

Ze statistik spinálních jednotek lze vysledovat, že počet úrazů při sportu roste. V roce 2018 se zde léčilo 123 osob, V roce 2019 to již bylo 131 osob viz graf.

Z prospektivní epidemiologické studie proběhlé v České republice v letech 2006 až 2015 vyplývá že hlavní příčinou akutních poranění míchy byly pády a to v 44,5 %, dále autonehody v 28,2 % případů, sport a skoky do vody jsou příčinou poškození páteře v 9,8-9,9 % tj 10 až 20 případů ročně (Kříž et al., 2017).

Ze studie vyplývá klesající trend traumatického postižení míchy oproti netraumatickému, kde lze sledovat vzestupnou tendenci.

1.2. Nemoc

Poškození míchy se vzniká i netraumatickým poškozením při poruše cévního zásobní. Netraumatické míšní léze jsou typičtější pro osoby staršího věku. Vzniká při operačních náhradách aorty pro disekci nebo při výdutích. Objevuje se i náhle bezdůvodně, při změně polohy nebo zvednutí břemene nebo po operacích páteře. Mícha se může porušit i po operačním odstranění nádoru nebo když nádor způsobí míšní kompresi během růstu. Zánětlivá onemocnění páteře tvoří další velkou skupinu příčin poškození míchy. Tzv. spondylodiscitidy se vyskytují u osob s autoimunitním onemocněním u imunokomprimovaných osob či u osob drogově závislých. Degenerativní poškození páteře pak způsobí poruchu míchy.

Za hlavní příčinu netraumatického míšního poškození prospektivní studie považuje zánětlivé onemocnění, tj. spondilodiscitidy v 26,7 %. Tumory jsou příčinou nemoci v 20,9 %, cévní příčiny v 17,7 %. Ne traumatická poškození míchy pak v 34,8 % zahrnují degenerativní změny, pooperační komplikace či se jedná o výhřez plotének (Kříž et al., 2019).

2. Klinický obraz po poranění míchy

2.1. Poranění míchy primární a sekundární

Dle Kříže se při traumatickém poranění míchy uplatňují dva mechanismy. Primární poranění míchy nastává v okamžiku úrazu nejčastěji, a to v důsledku kontuze s přetrvávající kompresí míchy, případně s přechodnou kompresí míchy. Dalším typem je násilné protažení páteře v podélné ose. Mícha je poškozena včetně jejího cévního zásobení. Při přímém poranění míchy ostrým předmětem např. bodná či střelná poranění, dochází až k úplnému přerušení míchy.

K nevratnému poškození šedé hmoty dochází během hodiny, k poškození bílé hmoty může nastat až kolem 72 hodin od poranění.

Při sekundárním poranění se jedná o ischemii, krvácení, edém či poškození díky biochemickým změnám. Rozvíjí se během několika minut po primárním poranění a trvá až měsíce. Jedná se o autodestrukční změny, které dále poškozují původní rozsah poškození míchy (Hrabálek, 2011).

U poranění páteře dochází k poranění míchy až v 15-40 %. K míšní lézi u traumat krční páteře dochází až ve 40 % případů, při poranění hrudní části páteře v 10 % a při poranění v úseku Th-L přechodu ve 35 % případů. Až 44 % míšních traumat představují kompletní míšní léze (Štulík, 2010).

Autor popisuje klinický obraz pacienta po poranění míchy v závislosti na neurologické úrovni léze. Zde se jedná o vertikální míšní topiku nebo o horizontální topiku, která závisí na rozsahu léze. Různá závažnost motrických, senzitivních a autonomních funkcí je pak výsledkem uvedených topik (Kříž et al., 2019).

2.2. Kompletní míšní léze

Kompletní (transverzální) míšní lézi autor definuje jako plnou ztrátu volní hybnosti (plegie) pod úrovní poranění včetně sakrálních segmentů, ztrátu čití pod úrovní poranění včetně sakrálních segmentů a poruchu autonomních funkcí podle neurologické úrovně.

Jak autor dále uvádí, u pacientů s kompletní míšní lézí dle neurologické úrovně je možné dobře odhadnout mnohé funkční schopnosti a další nastavení rehabilitačních intervencí, míry asistence či potřeby pomůcek a ostatní záležitosti dále při komunikaci s pacientem a jeho rodinou (Kříž et al., 2019).

Pentaplegie

Jde o termín, který zahrnuje lézi nad čtvrtým krčním míšním segmentem, tj. C1-C4. Nastalá porucha inervace dolních i horních končetin a trupu zahrnuje i poruchu inervace bránice. Pacient je poté odkázán na umělou ventilaci v různě intenzivním režimu.

Tetraplegie

K tetraplegii, dříve označováno termínem kvadruplegie, dochází při poranění míchy v úrovni krčních míšních segmentů, a to v segmentech C5 – Th1. Dochází ke ztrátě motorické a k částečné nebo úplné ztrátě senzitivní funkce. Různě závažné projevy hybnosti lze očekávat na horních končetinách (vyšší úroveň léze je spojena s větším počtem svalových skupin). Taktéž tetraplegii charakterizuje úplná ztrátu hybnosti na trupu a dolních končetinách.

Paraplegie

Literatura popisuje paraplegii jako ztrátu motorické a částečnou nebo úplnou ztrátu senzitivní funkce. K postižení dochází poraněním míchy v úrovni hrudních, bederních nebo křížových segmentů, a to v segmentech Th1-Th12. Zachována je funkce horních končetin, postižení trupu a dolních končetin pak je důsledkem neurologické úrovně míšní léze. Paraplegie se vztahuje na syndromy kauda equina a syndrom míšního konu.

Syndrom míšního konu

Syndrom vychází z léze v míšních segmentech S3 – S5. Projevuje se paréza krátkých flexorů prstů dolních končetin a svalů dna pánevního. Porucha citlivosti zasahuje na vnitřní a zadní stranu stehen, chybí anální reflex, dochází k poruše erekce a ejakulace.

Syndrom kaudy equiny

Jde o poranění od druhého bederního obratle distálně. Autor popisuje syndrom jako palčivé kořenové bolesti, jde o asymetrické postižení. Dále dochází k poruše sfingteru a citlivosti v příslušných oblastech kůže (Kříž et al., 2019).

2.3. Nekompletní míšní léze

Při zachování jakékoliv senzitivní nebo motorické funkce pod úrovní míšního poranění se jedná o nekompletní míšní lézi. Tetraparéza a paraparéza je pak označení pro nekompletní poruchu hybnosti na všech nebo jen na dolních končetinách. V tomto případě se jedná o motoricky nekompletní míšní lézi.

Někteří pacienti jsou schopni funkční chůze, rozhodující je svalová síla končetin a trupu a zachované vnímání těla – propriocepce.

Paraparéza

Částečné porušení míchy v oblasti L1-S2 se projevuje kombinovanou poruchou se známkami centrální parézy distálně a se známkami periferní parézy proximálně.

Tetraparéza

Literatura popisuje poškození míchy v segmentu C5-Th1. Jde o smíšenou parézu s prvky periferní parézy a centrální parézy dolní končetiny (Kočiš a Wendsche, 2012). Dle místa porušení míchy v průřezu pak rozeznáváme tyto klinické syndromy.

Syndrom centrální míšní šedi

V literatuře se hovoří o těžkém neurologickém postižení, přestože se jedná o poranění, při kterém jsou poškozeny pouze měkké struktury. Kříž popisuje horší deficit motoriky na horních končetinách než na končetinách dolních. Proto, i když pacienti mají částečně zachovanou schopnost stoje a chůze, jsou díky poruše hybnosti v horních končetinách výrazně omezeni v soběstačnosti. Syndrom zahrnuje i senzitivní a autonomní poruchy.

Brown-Séquardův syndrom

Relativně vzácný syndrom se projeví jako následek střelného nebo bodného poranění. V místě léze dochází k anestezii. Pod místem léze dochází k poruše propriocepce a centrální paréze. V místě na opačné straně těla pak dochází k poruše algického a termického čití. Někdy jsou popisovány kořenové bolesti.

Syndrom přední míšní arterie

Nejenom zlomenina obratle, ale i výhřez ploténky či aneurizma aorty může zapříčinit uzávěru spinální arterie a ischemické poškození až dvou třetin míchy. Syndrom se projevuje porušenou motorikou, čití pro teplo a pro bolest při zachovaném vnímání vlastního těla a vnímání diskriminačního čití.

Syndrom zadních míšních provazců

V literatuře se tento syndrom popisuje jako neschopnost udržet končetiny v dané poloze při zavřených očích, poruchou chůze a dále může být snížený svalový tonus. Poranění v oblasti dorzální poloviny míchy se projevuje poruchou propriocepce, vibračního a diskriminačního čití pod úrovní léze.

Zlepšení klinického nálezu u pacientů s míšním postižením je závislé na rozsahu míšní léze. U inkompletního postižení je zlepšení možné, ale často individuální a obtížně předpověditelné. Při kompletní míšní lézi trvající 24 hodin a více je šance na klinické zlepšení minimální (Kříž et al., 2019).

3. Zdravotní komplikace po poranění míchy

Při poranění míchy dochází k rozvoji mnoha komplikací, je porušena funkce všech orgánových systémů. Příčinou jsou informace, které se nemohou dostat k cílovým orgánům, a naopak informace z cílových orgánů zpět do mozku.

Bude zde uveden jen hrubý výčet komplikací vyplývajících z akutního a post akutního stavu pacienta. Zároveň v důsledku zapojení kompenzačních mechanizmů dochází často k prolínání jednotlivých poruch a symptomatickou terapii je z tohoto důvodu možné jen obtížně nastavit. Výčet veškerých komplikací a poruch není v této bakalářské práci možné provést.

Dále jsou popsány komplikace nejvíce ohrožující pacienta v akutní fázi při poranění míchy.

3.1. Respirační komplikace

Deficit funkce respiračního systému se mění dle výše míšního poranění. Nejvíce zasaženi jsou pacienti s vyšší úrovní léze, a to s hrudní a krční lézí. Zahrnuje riziko aspirace, bronchopneumonii, poruchu spojenou s vykašláváním, plicní edém. Atelektázu neboli kolaps celé plíce či její části, uvádí Kříž jako nejčastější komplikaci akutního míšního poranění, které snadno vede k respiračnímu selhání (Kříž et al., 2019).

3.2. Urogenitální komplikace

Při akutní fázi je močový měchýř atonický a areflexní, není schopen vnímat náplň a vypudit moč. Naopak po odeznění míšního šoku může dojít ke vzniku reflexního měchýře a vznikají inkontinenční problémy nebo vzniká atonický měchýř, jenž není schopen kontrakce. Dalšími popsanými komplikacemi jsou uroinfekce, urolitiáza, renální insuficience. Kvalitu života neohrožují, ale ovlivňují sexuální dysfunkce. I přes omezení patří obnovení

sexuálního života paraplegiků i tetraplegiků k prioritám a hlavním edukačním úkolům odborníků (Kříž et al., 2019).

3.3. Kardiovaskulární systém

V literatuře jsou popisovány abnormality způsobené přerušením descendentních sympatických drah. V akutní fázi jsou časté projevy hypotenzí, autonomních dysreflexií, abnormálních reakcí na kardiovaskulární zátěž, dále se u pacienta maifestují změny v glukózovém a lipidovém metabolismu, které zvyšují další riziko kardiovaskulárního omezení až na 25 až 50 % u chronických pacientů s míšní lézí.

3.4. Kožní komplikace

Rozvinutí kožních komplikací je možné kdykoliv v poúrazovém období. Při dlouhotrvajícím tlaku jde nejčastěji o dekubity. Příčinou jejich vzniku v akutní fázi je nedostatečná péče, v chronické fázi se jedná o podcenění problému, odmítání léčby, a i nedostatečnou hygienu. Na vzniku dekubitu se může podílet i močová inkontinence, kdy přetrvávající vlhkost může zasáhnout hlubší vrstvy a podílet se na vzniku dekubitu. Komplikace je ekonomicky náročná a je důležité, aby u pacientů byl kladen důraz na prevenci vzniku dekubitu nebo aby byla zahájena léčba v počínajícím stádiu (Kříž et al., 2019).

3.5. Muskuloskeletální systém

Díky motorické inervaci u pacientů a díky ztrátě mechanické zátěže dochází k progresivní ztrátě svalové a kostní hmoty, která vede k osteoporóze. Kosterní svalstvo atrofující pod úrovní léze je projev adaptace na nový stav, přesto při ztrátě kolem 20 % celkové svalové hmoty může dojít až k orgánovému selhání a smrti. Tzv. rhabdomyolýzou uniká toxický buněčný obsah do plazmy, a to vede k selhání či poškození ledvin. Nejen imobilita pacienta, hormonální změny ale často ani neodpovídající výživa snižují množství svalové hmoty. Mění se složení svalu a intramuskulární tuk nahrazuje svalovou hmotu. Literatura uvádí, že díky zmnožení intramuskulárního tuku u 55 % spinálních pacientů roste významně riziko metabolického syndromu (Kříž et al., 2019).

Pacienti s míšní lézí právě kvůli senzitivnímu deficitu bagatelizují obtíže, které jsou pak s časovým odstupem obtížně řešitelné. Především po návratu domů z ústavní léčby je důležitá dispenzarizace, opakovaná a důsledná edukace a prevence na specializovaných pracovištích (Kříž et al., 2019).

4. Zdravotní postižení (disabilita) – tělesné postižení – handicap

Vítková definuje tělesné postižení jako vady pohybového a nosného ústrojí, zahrnujícího kosti, klouby, šlachy, svaly a cévní zásobení, a stejně tak i poruchy nervového ústrojí, pokud se projevuje porušenou hybností. Nápadnosti se projevují v omezených schopnostech pohybu. Výkony jedince jsou postižením ovlivněny v oblastech kognitivních, emocionálních a sociálních výkonech (Vítková, 1999).

Literatura vymezuje zdravotní postižení jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. Důsledkem je pak narušení, omezení či úplné chybění některých ze standardních funkcí případně kompetencí. Z hlediska psychologického se jakékoli postižení neprojeví jen poruchou funkcí jednoho orgánového systému, ale ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jednice (Vágnerová, 2008).

Vágnerová popisuje zdravotní postižení jako trvalou vlastnost jedince, která je více či méně sociálně nápadná a znevýhodňující. Zařazení do společnosti zdravých bývá pro postiženého jedince obtížné (Vágnerová, 2008).

Tělesné postižení neboli handicap je ve Všeobecné encyklopedii definováno jako tělesná odchylka jedince omezující jeho pohybové schopnosti. To ovlivňuje jeho kognitivní, emocionální a sociální výkony včetně narušení jeho rolí ve společnosti. Jde o: soběstačnost, schopnost cestovat, dále se mění jeho partnerská a rodinná role, mění se zájmy, schopnost pracovat (Všeobecná encyklopedie, 1999).

V literatuře popisují autoři termín handicap jako znevýhodnění. Je dáno nejen určitým omezením či postižením, ale i subjektivním zvládnutím sociální role jedince, to znamená přesah biologického zatížení do kategorie psychosociální (Vágnerová, 2008).

5. Systém péče a při získaném tělesném postižení pro osoby s míšní lézí

Zajištění komplexní péče o jedince s poraněním míchy je zakotveno v Národním plánu opatření pro snížení důsledků zdravotního postižení, které vypracoval Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Byl přijat usnesením vlády ČR č. 493/93 a týká se zajištění péče ve specializovaných zdravotnických zařízeních. Další následná specializovaná péče však musí být zajištěna po celý zbytek života (Vláda České republiky, 1993).

5.1. Spinální a spinální rehabilitační jednotky

Spinální jednotky pro poranění míchy začaly být znovu vytvářeny na podobné úrovni jako v zahraničních centrech až na přelomu tisíciletí. U nás původně jako v celém světě vznikala centra péče od 40.let. První neurochirurgická klinika vznikla v roce 1952 v Hradci Králové a v roce 1956 v Ústřední vojenské nemocnici. Díky centralizaci pacientů s míšním poraněním jejich úmrtnost klesla z 80 % na 20 %. V 60. letech byla tato neoficiální centra zásahem hlavního chirurga zrušena a pacienti museli být léčeni na svém nejbližším chirurgickém pracovišti.

První spinální jednotka s 18 lůžky byla vybudována v Brně v Úrazové nemocnici a byla jedinou jednotkou tohoto typu po celých 10 let. Až v roce 2002 byla Metodickým opatření Ministerstva zdravotnictví stanovena síť zdravotnických zařízení a jejich spádových území pro zajištění péče o pacienty s míšním poraněním. Akutní péči 1. až 2.týden zajišťovala spondylochirugická pracoviště ve Fakultní nemocnici Brno, HK, Praze, Ostravě, Plzni a v Ústí nad Labem. Od 3. do 12. týdne bylo o pacienty postaráno v Úrazové nemocnici v Brně, Liberci, Ostravě a Praze Motole. Ze spinálních jednotek byli pacienti následně překládáni v době od 6. do 26. týdne do spinálních rehabilitačních jednotek, které mají dlouhou tradici rehabilitace. Jednotky se nacházely v Kladrubech, Hrabyni, a Košumberku. Zástupci spinálních jednotek a spinálních rehabilitačních jednotek společně v roce 2004 vytvořili Paraplegické fórum, později Česká společnost pro míšní léze ČSL JEP, které propojuje odborníky pro léčbu a rehabilitaci spinálních pacientů v České republice. Dalšími sdruženími zabývajícími se rehabilitací pacientů po poranění míchy jsou Klinická zájmová skupina pod Unií fyzioterapeutů.

V současnosti funguje ucelená péče o pacienty s míšní lézí od jejich vzniku až po propuštění pacienta do domácího prostředí. Urgentní operace jsou prováděny na spondylochirurgických pracovištích. Následuje specifická medikace a intenzivní

rehabilitace. V případě netraumatických míšních lézí se jedná o hospitalizaci na neurologiích, neurochirurgiích, onkologiích nebo na infekčních odděleních. Po kardiopulmonální kompenzaci je pacient přeložen na spinální jednotku, kde mu je poskytnuta komplexní lékařská, rehabilitační a psychologická péče. Do spinálních rehabilitačních ústavů se pacient dostává na dalších 4-5 měsíců a je vybaven pomůckami dle svého deficitu. Spinální jednotka ve Fakultní nemocnici Brno má v současné době kapacitu 15 lůžek, stejný počet lůžek má i spinální jednotka ve Fakultní nemocnici Ostrava a spinální jednotka v Krajské nemocnici v Liberci. V Praze-Motole je pro spinální pacienty k dispozici 16 lůžek.

Spinální program ve výše uvedené podobě funguje pro dospělé pacienty. Pokud se jedná o dětské pacienty po spinálním traumatu do věku 12-14 let, jsou hospitalizováni na dětských neurochirurgických odděleních a léčba je konzultována s lékaři spinálních jednotek. Rehabilitace pak probíhá v rehabilitačních ústavech, kde mají zkušenosti a s dětskými pacienty (Kříž et al., 2019).

5.2. Následná péče: Centrum Paraple

Centrum Paraple (CP) bylo otevřeno v Praze Svazem paraplegiků v roce 1994 v pronajaté budově bývalých jeslí v podobě centra služeb, které je k dispozici každému klientovi s poraněním míchy. V roce 2010 se Centrum Paraple oddělilo od Svazu a stalo se obecně prospěšnou společností.

Služby v CP lze využít kdykoliv v průběhu života nebo hned přímo po návratu z rehabilitačního ústavu a jsou dostupné pro všechny klienty z celé České republiky. Centrum je klientovi oporou i po návratu do běžného života. Odborníci v CP tvoří multidisciplinární tým složený z ergoterapeutů, instruktorů nácviku soběstačnosti, fyzioterapeutů, pohybových terapeutů, zdravotních sester a osobních asistentů. Klientům je k dispozici i psycholog a sociální pracovník patřící k týmu (Kříž et al., 2019).

V CP je každý klient jedinečná bytost s vlastním příběhem i životním stylem. Klientovi je nabízeno odborné know-how, ale současně k němu zkušený tým přistupuje jako k partnerovi, s důvěrou v jeho schopnosti a jeho sílu zvládnout těžkou situaci. V nabídce služeb vychází tým z klientových individuálních potřeb. Centrum podporuje klienta ve vztahu k rodině, a pomáhá se začlenit do místní komunity (Centrum Paraple).

Sociální rehabilitace tvoří základní službu rehabilitace a je realizována pobytovou formou přímo v Centru Paraple se sídlem v Praze. Klienti zde tráví celé tři týdny. Během tohoto programu jsou s klienty probírány otázky z oblasti prevence pro ně specifických zdravotních komplikací, jejich léčby a případně úpravy stávajících kompenzačních pomůcek. Nedílnou součástí pobytu je řešení otázek vzdělávání, rozvoj sebe sama, zaměstnávání a trávení volného času. Aktivity jako je lyžování, sporty v přírodě, cyklistika či splouvání řek si mohou klienti několikrát ročně vyzkoušet v podobě tematických programů za asistence týmu Centra Paraple a externích specialistů. Aktivity se konají na různých místech České republiky.

Klientům po poranění míchy jsou nabízeny i ambulantní psychoterapeutické služby. Ty mohou využít i rodiny či blízcí klienta. Mezi služby ambulantní, které mohou být využity hlavně klienty ze Středočeského kraje, patří ambulantní fyzioterapie, magnetoterapie, vířivka na horní končetiny a dále posilovna, kde je možno cvičit za dohledu pohybového terapeuta a rozvinout zbytkový svalový potenciál.

Veřejnost je obeznámena s činností Paraplete díky kulturně-komunitním projektům, které ji propojují s lidmi na vozíku. Jedná se o besedy, koncerty, divadelní představení či workshopy (Kříž et al., 2019). Veřejnost je pravidelně seznamována s činností Paraplete díky každoročním benefičním charitativním projektům za podpory České televize a patrona Paraplete herce Zdeňka Svěráka.

Několikrát za rok je Centrum Paraple otevřeno veřejnosti a oborníkům v rámci dne otevřených dveří. Jsou zde probírána odborná témata, dále rozličné workshopy a školení týkající se spinální problematiky.

5.3. Následná péče: ParaCENTRUM Fenix

V roce 2004 bylo založeno v Brně občanské sdružení ParaCENTRUM Fenix na podporu lidí po úrazu míchy. V organizaci jsou nabízeny služby zaměřené na úspěšný návrat do života a zvládnutí přechodu z institucionální péče do domácího prostředí pro osoby starší patnácti let. V ParaCENTRU je vždy dodržováno respektování soukromí klientů a důraz je kladen na individualitu každého klienta zahrnující i přístup k němu. Organizace velmi podporuje aktivity spojené s prevencí úrazů páteře a míchy. Do programu jsou ročně přihlášeny stovky základních a středních škol.

Mezi služby centra jsou zahrnovány služby ergoterapeuta, osobní asistence, poradenství, sociální rehabilitace a taktéž posilovna. Ve Fenixu pomohou klientům vyřešit například příspěvek na pomůcky a automobil, příspěvek na péči. Klientovi je bezplatně nabídnuta právní pomoc k získání odškodnění po úrazu, při dědickém řízení či v oblasti svéprávnosti a opatrovnictví.

Při vyrovnávání se s velkou psychickou zátěží jsou v ParaCENTRU nabídnuty služby psychologa, zahrnující individuální psychoterapie, nácvik relaxačních technik, kognitivní tréning či psychologické poradenství.

Pomoc je nabídnuta v situaci hledání nového cíle a motivace, v přijetí změn, které nelze změnit, ale i jak lze objevit své silné stránky a vytvořit si svůj bezpečný prostor. Stejně jako pražské Centrum Paraple, tak jsou i ve společnosti Fenix nabízeny pobytové rekondiční akce v přírodě, jejichž cílem je ukázat, že lze i s postižením cestovat se svojí rodinou bez omezení.

5.4. Následná péče: Česká asociace paraplegiků – CZEPA

V Asociaci je největší pozornost věnována hájení práv a zájmů lidí po poškození míchy, integraci do společnosti a vytvoření podmínek pro jejich plnohodnotný život. Ve spolupráci s Centrem Paraple a KZS Fyzioterapie míšních lézí jsou vytvářena edukační videa a publikace, nabízející pohled na problematiku poškození páteře. Mezi aktivity CEPA lze zahrnout pomoc a podporu pří získávání bezbariérového bydlení. K tomuto účelu je k dispozici tzv. Startovací bydlení s pěti byty na Praze 10 se smlouvou na 1 rok, než si klient přizpůsobí své domácí prostředí.

Sdružením CZEPA jsou provozovány webové stránky, portál a mobilní aplikace Vozejkov s navigacemi, mapami a informacemi o bezbariérových místech v ČR a zahraničí. Vozejkov je i název komunitního portálu pro nabídku služeb organizací a společností směrem k vozíčkářům (Kříž et al., 2019).

Na portálu Vozejkov jsou poskytovány informace týkající se všech osob na vozíku. Vozíčkář zde najde informace o publikacích, videa, aktuality, novinky, poradenství. Informace zdravotního charakteru týkající se například dekubitů, zdravého sezení, ošetření kůže či močových cest. Uvedené nabízené publikace se týkají především spinální problematiky. Pod aktualitami jsou zařazeny informace k pořádaným edukačním, zdravotním, kulturním, sportovním a společenským akcím. Mezi známé sportovní akce patří Český pohár Open Race či Oliver Czech para – badminton Open (CZEPA).

Činnostmi organizace CZEPA jsou ovlivňovány postoje veřejnosti a přibližovány aspekty života osob na vozíku. Preventivní kampaně varující před rizikovým chováním mají zabránit a varovat veřejnost před míšním poraněním. Význam působení organizace CZEPA dokladuji i připomínkování zákonů spadajících pod MPSV (Kříž et al., 2019).

5.5. Následná péče: Česká společnost pro míšní léze

Česká společnost ČSL JEP byla transformována z původního Paraplegiologického fóra. Původně byl výbor fóra tvořen zástupci spinálních jednotek, spinálních rehabilitačních jednotek a Svazu paraplegiků Centra Paraple. Mezi významné činnosti patří příprava pravidelných setkání spinálních jednotek a tvorba doporučených postupů, torba webových stránek pro zdravotníky a prosazení vytvoření národního registru pro míšní léze. Statistiky týkající se všech spinálních a spinálních rehabilitačních jednotek jsou shromažďovány taktéž v gesci původního Fóra současným ČLS JEP. Úloha společnosti má svůj nezastupitelný význam při jednáních s Ministerstvem zdravotnictví a nebo s pojišťovnami (Kříž et al., 2019).

6. Aspekty psychické a sociální u osob s míšní lézí

Onemocnění pro každého člověka znamená omezení normálních činností a povinností člověka. Z psychologického a sociologického pohledu znamená vytvoření i společenské role, a není jen pouhým stavem (Zacharová, 2016).

Dle Křivohlavého je nemoc definována jako porucha schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role (Křivohlavý, 2002).

Různá omezení nebo změna možnosti pohybu, výživy, společenského kontaktu, prostředí dle Zacharové zasahují do duševní oblasti jedince. U pacienta v roli nemocného dochází k odsocializování. Lze pozorovat zúžení jeho osobních zájmů, egocentrizmus, emocionální závislost a nezájem o věci, které se ho bezprostředně netýkají. Nejedná se o následek nemoci nýbrž o stav koncentrace energie na vlastní osobu ke zvládání boje s nemocí. V komplikované roli pacienta prochází jedinec různými stádii vývoje nemoci, a to jej přivádí do nových sociálních situací (Zacharová, 2016).

K redukování sociálních rolí vede i dlouhodobá hospitalizace. Jedinec se stává pasivním objektem péče jiných osob a prožívá ho jako ztrátu kontroly nad svým životem, bývá dezorientován a s pocitem nejistoty. Kromě nemoci samé se vyrovnává s dalšími frustracemi a stresy, s omezeným prostorem, soukromím. Nakumulované negativní pocity mohou pak stimulovat jeho nepřiměřené reakce. Zároveň se jeho sociální kontakty omezí na nemocniční personál a spolu pacienty (Vágnerová, 2008).

Pokud se jedinec ve vztahu k terapeutovi či lékaři necítí bezpečně, vynakládá pak na svoji ochranu mnoho úsilí, vztahy utváří tak, aby jej ohrožovaly co nejméně, nebo je preventivně ani nevytváří (Vymětal et al., 2004).

6.1. Trauma

V literatuře je popsáno pět fází jako reakce na traumatizující zážitek. Po prvotní fázi šoku, popření a nevíry, přichází fáze přijetí reality traumatu a prožitků. V třetí fázi postupného vyrovnávání s traumatizujícím zážitkem se objevují deprese, zlost a výkyvy nálady, tendence k autoagresi či odmítnutí sebe samého, agrese proti celému světu. Předposlední čtvrtou fází je fáze reflexe a zpracování traumatu. Poslední fází se člověk vyrovnává a zklidňuje. Průběh závisí na závažnosti vyvolávajícího podnětu a stabilitě osobnosti postiženého jedince, taktéž na reakcích okolí, které může být i zdrojem jak podpory, tak sociální zátěže (Vágnerová, 2008).

Těžké trauma se projevuje svými důsledky v mezilidských vztazích i intrapsychicky. Kudrle dělí traumatizaci na dětský věk a traumatizaci vzniklou v dospělosti včetně násilí, ale i například těžkých nehod. Rozlišuje jednorázovou traumatizaci tzv. trauma I. typu a chronické trauma II. typu. Bez adekvátní léčby trauma neskončí a narušuje život a je vždy provázeno retraumatizací, která vyžaduje k potlačení a přežití další mechanizmy. Těmi bývají alkohol či ilegální drogy, které pomáhají zapomenout na trauma a spojitost původního traumatu a současnými symptomy (Kudrle, 2016).

6.2. Trauma a závislost, rizikové chování

Dle Širůčkové je rizikové chování komplexní kategorií, pod kterou spadá mimo jiné agresivní chování, prepatologické hráčství, rizikové sportovní aktivity ale i rizikové zdravotní návyky, např. pití alkoholu, kouření, užívání drog. Jak autorka popisuje, člověk, který má tendence se chovat rizikově jedním způsobem, má tendenci k přijetí rizika i v

dalších oblastech. Jde o propojení projevů rizikového chování jakožto formu životního stylu. Nejčastěji jde o propojení kouření cigaret a pití alkoholu, užívání marihuany a delikventní jednání. Konkrétní forma rizikového chování může být i prostředkem ke zvládání problémů pro konkrétního člověka. To s sebou přináší problém fixace nebezpečných vzorců chování (Širůčková in Miovský et al., 2010).

Taktéž Frouzová poukazuje na určitá krizová období jedinců, která se mohou stát predispozičním faktorem užívání drog. Jedná se o přechod do dospělosti, ale i o samotu starých lidí v penzionech. Někdy se drogy stávají symbolem určitého životního stylu či asistovaly u poznávání sebe samého a hledání smyslu života (Frouzová in Kalina et al., 2003).

Taktéž Pančocha popisuje výzkum Edgertona, že proces osamostatňování je jednou z náročných situací s nadbytkem volného času a člověk se s ním vyrovnává právě s pomocí návykových látek. Pančocha uvádí vyšší riziko užívání u osob s tělesným postižením. Osoby s poraněním míchy po úrazu páteře patří mezi nejrizikovější skupiny (Pančocha in Nepustil et al., 2012).

Dle Sliwkové znamená trauma vlastní individuální reakci na určitou událost. Tato reakce je pokaždé individuální (Sliwková, 2022).

6.3. Poranění míchy a závislostní chování

O užívání návykových látek ve specifických skupinách osob s fyzickým postižením se věnují v autoři Nepustil a kolektiv. V publikace se upozorňuje na to, že existuje nemnoho systematických studií zabývajících se tématikou užívání návykových látek u osob se zdravotním postižením.

Dle dostupných výzkumů Pančocha uvádí, že je možno osoby s tělesným postižením rozdělit od dvou velkých skupin. Jedinci, kteří měli problémy s drogami již před vznikem úrazu a jedince, u kterých s problémy objevily až po vzniku postižení. V uvedeném rozdělení pak mají méně příznivou prognózu v léčbě jedinci první skupiny. Rozlišení doby vzniku závislosti před či po úrazu, má význam pro predikci dalšího vývoje onemocnění, a především je důležité pro naplánování terapeutických intervencí a stanovení léčby.

Autor zmiňuje výsledky studie Hainemanna, Dolla a Scholla z roku 1989. Ve studii se 103 osobami s traumatickým poraněním míchy bylo 65 % popsáno jako první typ, tj typ s problémy již před vznikem tělesného postižení. 6 % bylo identifikováno jako osoby, u

kterých s projevil problém s užíváním až po úrazu. Žádné problémy s užíváním před a po úrazu uvedlo 29 %.

Výsledky Pančochovy studie odpovídají předpokladu, že chování ve vztahu k drogám se před a po vzniku úrazu příliš nemění. Respondenti uvedli ve 30 % případů pravidelné užívání nelegálních drog před vznikem postižení a ve 33 % případů po vzniku postižení.

Jen ojediněle jedinci s tělesný postižením začnou užívat návykové látky až po vzniku postižení (Nepustil et al., 2012).

Prevalence užívání vybraných legálních a nelegálních návykových látek ve výzkumných studií u tělesně postižených v České republice v posledních letech je uvedena v textu níže.

Alkohol

V posledních letech se u nás objevilo několik málo systematických prací zabývající se problematikou alkoholu a dalších legálních a nelegálních návykových látek. Jedná se o práci Horákové (2013), Odstrčila (2009), Císařové (2021), Klimantové (2018), Müllerové (2009) či Šperlové (2009).

Ve studii Horákové z celkového počtu 237 respondentů bylo celkem 13 osob tj. 5,5 % abstinentů, 166 osob tj. 70 % konzumovalo alkohol s nízkou mírou rizika. Rizikovému způsobu užívání alkoholu odpovídalo 46 jedinců, tj. 19,4 % respondentů. Škodlivě konzumovalo alkohol po úrazu 8 respondentů tj. 3,4 %. Závislost byla ve výsledcích odhadnuta u 4 respondentů tj. 1,7 % dotazovaných osob.

Z výsledků Horákové dále vyplynul závěr, že u respondentů, kterým by mohla být již v době před úrazem diagnostikována závislost na alkoholu byl zaznamenán výrazný pokles v užívání alkoholu, a to na míru rizikového pití (45 %). Ze závěrů poté dále vyplynulo, že po úrazu přibylo jedinců s mírným užíváním alkoholu a počet se zvýšil o 18 % (z 60 % na 78 %). Počet abstinentů po úrazu vzrostl o 1 procento na celkem 6 %.

Odstrčil ve svém výzkumu sleduje hypotézu týkající se množství spotřeby alkoholu před vznikem tělesného postižení a množství konzumovaného alkoholu po vzniku tělesného postižení. Hypotéza byla v závěru výzkumu potvrzena vysokým korelačním koeficientem 0,635 (Odstrčil, 2009).

Jak z výsledků diplomové práce Šperlové vyplývá, je pravidelnými konzumenty alkoholu 80 % respondentů. Zároveň 17 % respondentek a 61 % respondentů, kteří kdy užili alkohol, užili alkohol i v posledním týdnu (Šperlová, 2009).

Tabák

Dle literatury umírá v České republice ročně 23 000 osob v důsledku nemocí způsobených tabákem. Celosvětově se jedná o 4 000 000 osob. Proto je tabák řazen mezi drogy s nejvyšší mírou rizika. U nás kouří kolem 30 % osob nad 15 let.

Pokud porovnáme situaci u osob s fyzickým postižením, z výzkumu Šperlové vyplývá, že prevalence kouření tabáku je u osob se zdravotním postižením 73 %. Současných kuřáků bylo ve výzkumném souboru 52 % (Šperlová, 2009).

Celoživotní prevalence udává absolutní počet osob, které alespoň jednou aktivně užily látku (Zábranský, 2003).

Císařová ve své výzkumné práci uvádí denní nebo téměř denní užití tabáku mezi 18,6 % respondentů. Jednou či několikrát za měsíc kouřilo 4,9 %. V 7,8 % se jednalo o kouření v posledním týdnu (Císařová, 2021).

Farmaka

Pančocha v publikaci popisuje užití farmak ve výzkumné studii Hainemanna, Dolla a Scholla z roku 1989. Autoři ve studii s 96 osobami provedli zjištění, že 43 % užívá léky, u kterých je možný závislostní potenciál. Jednalo se o benzodiazepiny, barbituráty, paracetamol, amfetaminy, ale i opioidní analgetika, hypnotika a sedativa. Ze studie vyplynulo, že 24 % respondentů nadměrně užilo, tj. častěji či ve větším množství, než bylo lékařem stanoveno, jeden či více předepisovaných léčiv (Nepustil et al., 2012).

Výzkumná práce Klimtové popisuje, že 19 % respondentů užívá pravidelně léky proti bolesti, které mohou mít závislostní potenciál (Klimantová, 2018).

Denní užívání sedativ ve své práci popisuje i Šperlová. Jedná se o celkem 17,6 % respondentů kteří užívají denně a 96 % respondentů, kteří sedativa užila v posledním roce. (Šperlová, 2009).

Ze zjištění Müllerové vyplývá, že až 56 % respondentů nedodržuje dávkování předepsaných léků (Müllerová, 2009).

Nelegální návykové látky

V bakalářské práci se Klimtová dotazuje na denní užití marihuany, kokainu či jiných drog. Z výzkumu vyplynulo, že 0 % respondentů užívá tyto nelegální návykové látky denně. Občas je užívá 12 % (Klimantová, 2018).

Císařová ve své práci popisuje užití širšího spektra nelegálních látek.

Konopné látky byly užity v posledním roce až 14,7 % jedinců z čehož většina je užila i v posledních 30 dnech. Extáze byla v posledním roce užita 3,9 % respondentů, tj. 4 respondenty, ale za posledních 30 dní nebyla užita žádným z respondentů. Jeden respondent užil pervitin nebo amfetaminy v posledních 30 dnech. Užití opiátů neuvedl za posledních 30 dní ani za poslední rok žádný respondent. Jediný respondent užil těkavé látky v posledním roce. Těkavé látky užil za posledních 30 dní jeden respondent (Císařová, 2021). Výsledky studií a výzkumného šetření jsou porovnávány v diskuzi.

7. Komplikace závislosti na návykových látkách

7.1. Somatické komplikace u drogové závislosti

Užívání drog je nejenom problém psychosociální. Jak uvádí Minařík a Hobstová, uživatelé drog jsou ohroženi mnoha somatickými onemocněními (Minařík a Hobstová in Kalina et al., 2003).

Autoři udávají riziko otrav a úrazů včetně úrazů dopravních. Velké riziko se týká i infekčních onemocnění spojených s používáním nesterilních pomůcek a s nízkým hygienickým standardem. Infekční onemocnění jsou často vážnějším problémem než sama drogová závislost. Mnohdy se jedná finálně o jen možnost chorobu stabilizovat, např. u infekce HIV. K nejčastějším postižením patří plicní postižení. Kromě poškození plic může dojít i k zástavě dechu vlivem intoxikace opiáty či útlum dechového centra vlivem vyšších dávek alkoholu.

Vliv na centrální nervový systém se odráží nevíce při zneužívání organických rozpouštědel, kdy je narušena fluidita lipoidní buněčné membrány. Při pravidelném užívání jsou poškozeny kognitivní funkce či mozeček.

Poškození CNS může taktéž nastat při užití psychostimulancia vedoucí k prudkému zvýšení krevního tlaku. Při výskytu výdutí dojde k jejich ruptuře a krvácení mezi mozkové pleny.

Mezi somatická onemocnění řadíme i hepatitidu typu A, virovou hepatitidu typu B a C (Kalina et al., 2003).

7.2. Psychologické komplikace u drogové závislosti

Nešpor poukazuje na souvislosti mezi zneužíváním návykových látek a duševní chorobou. Duševní choroba a návyková látka se navzájem ovlivňují. Výskyt závislosti se může objevit u jedince který již trpěl nějakou duševní chorobou, nebo naopak se duševní choroba manifestovala až u jedince, který návykové látky zneužívá či byl na nich závislý. Jak autor uvádí, závislost, odvykací stav či toxická psychóza mohou napodobovat duševní nemoc. Projevy jsou potom shodné jako u schizofrenie či poruchy osobnosti. Naopak závislost může překrýt a znesnadnit diagnostiku duševní poruchy (Kalina et al., 2003).

Velkým problémem jsou interakce návykových látek a psychotropních léků na předpis typu hypnotik. Při kombinaci např. heroinu a hypnotika hrozí vážné riziko zástavy dechu a tím riziko smrti.

Interakce alkoholu a antidepresiv či tlumivých léků je také možná a velmi nebezpečná. Při předepisování léků se musí vždy brát v úvahu možnost vzniku závislosti na nich případně kombinované závislosti a nahradit je-li to možno alternativami jako jsou relaxační techniky či psychoterapie (Kalina et al, 2003).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8. Cíl výzkumu

Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapovat problematiku závislosti u osob s míšní lézí z hlediska užívání legálních a nelegálních drog. Na základě tohoto zjištění pak doporučit nastavení služeb a intervencí v konkrétní organizaci, která spolupracuje s klienty s míšní lézí po úrazu či s míšní lézí vlivem onemocnění.

Autorka v bakalářské práci mapuje užívání alkoholu, tabáku, ale i nelegálních drog typu extáze, opia, LSD, marihuany či drog inhalačního typu jako například toluen. Výzkum je zaměřen i na zjištění prevalence užívání opiátových analgetik, anxiolytik či hypnotik a jejich užívání v období před úrazem a po vzniku úrazu či onemocnění.

Vedlejším cílem bakalářské práce je získání informací od klientů Centra, zda by měli zájem o adiktologické poradenství pro řešení své závislosti v místě či by případně využili jinou možnost. Dalším vedlejším cílem je ověřit, v jakém věkovém rozmezí se nejčastěji objevuje denní spotřeba alkoholu u osob s míšní lézí.

9. Výzkumné otázky

Autorkou byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Jaké legální a nelegální návykové látky osoby s míšní lézí užívají?

Jaký typ adiktologického poradenství by v případě řešení své závislosti klienti Centra preferovali?

Jaká je věková struktura klientů, kteří denně konzumují alkohol?

10. Design výzkumu

Projekt autorky se týkal provedení výzkumného šetření ve skupině osob s míšní lézí po úrazu či vlivem onemocnění v některém ze zařízení následné péče. Autorka měla v plánu pro svoji bakalářskou práci provést šetření s minimálně 80 respondenty. Bylo navrženo několik zařízení, kde by případně mohlo být výzkumné šetření provedeno. Projekt byl diskutován a odsouhlasen vedoucí bakalářské práce. Jednotlivé části a kroky byly odsouhlaseny taktéž vedením Centra Paraple, kde výzkumné šetření probíhalo. Jednalo se o

způsob sběru dat, objasnění cílů výzkumu formulací výzkumných otázek, způsob zapojení autorky do sběru dat, dále o celkový počet respondentů, které bude třeba získat, a jejich věkové rozmezí, termíny možného sběru dat, jak bude s daty naloženo a jak budou výstupy práce zveřejněny a interpretovány vč. dodržení všech etických pravidel.

Dle Vymětala, by nedodržení výzkumného designu mohlo způsobit selhání celého šetření (Vymětal, 2004).

11. Metoda tvorby dat

Pro účely výzkumu byla autorkou použita dotazníková forma sběru dat. Jednalo se o metodu kvantitativního výzkumu. Dotazník byl vytvořen v PDF podobě a distribuován autorkou osobně nebo s pomocí zaměstnanců Centra Paraple mezi respondenty. Z důvodu vln coronavirové epidemie od roku 2020 do roku 2021 byly distribuce a sběr dotazníků, a tím i celý výzkum, několikrát přerušeny. Dotazník byl sestaven ze třinácti otázek. Úvod dotazníku se týkal získání sociodemografických dat, kde se uváděl věk, kraj a dosažené vzdělání, dále se respondent vyjadřoval k možnosti docházení asistenta či zda žije respondent sám. Otázky se týkaly i specifikace tělesného postižení a doby od úrazu či onemocnění. Otázka týkající se zájmů byla polouzavřená a respondent mohl dle vlastního uvážení rozepsat, kterým koníčkům se věnuje či dříve věnoval. V ostatních otázkách měl respondent možnost volby a zaškrtnutí vybrané varianty křížkem či případně uvést vlastními slovy do řádku „jiné“. Dotazník obsahoval i jednu otázku na vnímání svého dětství, opět s možností výběru v rámečku. Dotazník tvořily dvě tabulky s uvedenými návykovými látkami a farmaky a upřesněním frekvence užívání za poslední den, měsíc, rok. Respondent dále uváděl, zda konkrétní návykovou látku už někdy ve svém životě vyzkoušel. V druhé tabulce již respondenti blíže specifikovali užívání návykové látky a farmak před úrazem nebo onemocněním a po úrazu nebo onemocnění. Pokud respondent uvedl v tabulce některou z možností užívávání návykové látky, tak v následující otázce odpovídal na dotaz, zda spokojen se svým současným stavem. Pokud by neuvedl, následující otázku by dále nevyplňoval. Otázka číslo jedenáct se týkala vlastního vyjádření pocitů při konzumaci a užívání návykové látky s možností odpovědět: nikdy, výjimečně, často a velmi často. Předposlední otázka se týkala dotazu, zda již respondent někdy v životě využil zavolání na krizovou linku. Poslední otázka se zabývala tím, v jaké instituci by klienti rádi řešili svoji případnou závislost. Sběr dotazníků v papírové podobě probíhal osobně v Centru Paraple, a to v období od června 2020 do června 2021.

12. Praktický průběh realizace

Sběr dat proběhl v období od 16. 6. 2020 do 30. 6. 2021. Byl koncentrován do dnů, kdy bylo možné klienty Centra Paraple oslovit osobně, tj. kdy se klienti zúčastnili rehabilitačního pobytu v Centru a měli možnost se výzkumu zúčastnit a zároveň projevili zájem o účast.

Při ranní komunitě tzv. rozjezdu, byli klienti seznámeni autorkou či pracovníky centra s cílem výzkumu a byla jim nabídnuta možnost se anonymně do výzkumu zapojit. Všem klientům Centra Paraple byl dán prostor na zodpovězení dotazů týkajících se výzkumu. Klientům byl rozdán výtisk dotazníku a informovaného souhlasu (Příloha B). Všem byla nabídnuta možnost asistence při vyplňování dotazníku. Některým klientům byl dotazník na požádání individuálně přečten. Část klientů přinesla dotazník již vyplněný. Celkem dotazník tvořilo třináct otázek. Respondentovi zabralo 20 až 30 minut k jeho vyplnění, a to jak při samostatném, tak při asistovaném vyplnění dotazníku. Samozřejmostí bylo nejprve přečtení a podepsání samostatného dokumentu tzv. informovaného souhlasu.

U možných odpovědí v dotazníku byly připraveny kolonky k zaškrtnutí křížkem nebo byla možná odpověď vlastními slovy. Jednalo se o odpověď u volnočasových aktivit a u užití jiných návykových látek než uvedených v tabulce.

13. Etické aspekty výzkumu

Žádost o provedení výzkumu byla zaslána písemně. Se zaměstnanci a poté i vedením Centra Paraple byl diskutován průběh výzkumu. Po oboustranné dohodě nad průběhem a cílem výzkumu, byl do organizace zaslán návrh dotazníku a návrh informovaného souhlasu. Tyto dokumenty byly nejprve schváleny Etickou komisí Centra Paraple. Zároveň dotazník a informovaný souhlas mohla Etická komise přímo připomínkovat a navrhnout autorce změnu v textu.

Dotazník a informovaný souhlas byl po schválení Etickou komisí klientům Centra Paraple distribuován osobně v dohodnutých termínech rehabilitačních pobytů.

Respondenti byli před vyplňováním samotného dotazníku seznámeni s tím, že jejich odpovědi poslouží jako podklad pro vypracování bakalářské práce a výsledky budou k dispozici v anonymní podobě Centru Paraple pro účely optimalizace jejich služeb.

Dotazník obdrželi klienti při ranním setkání osobně do ruky a v průběhu dne ho osobně vrátili vyplněný nebo byl společně za asistence vyplněn. Vyplňování dotazníku probíhalo

během dne nebo měli klienti příležitost si dotazník nechat a předat ho vyplněný kdykoliv v průběhu pobytového rehabilitačního programu.

Pokud si v průběhu dotazování klienti rozmysleli účast na výzkumu, dotazník neodevzdali nebo si ho nevzali.

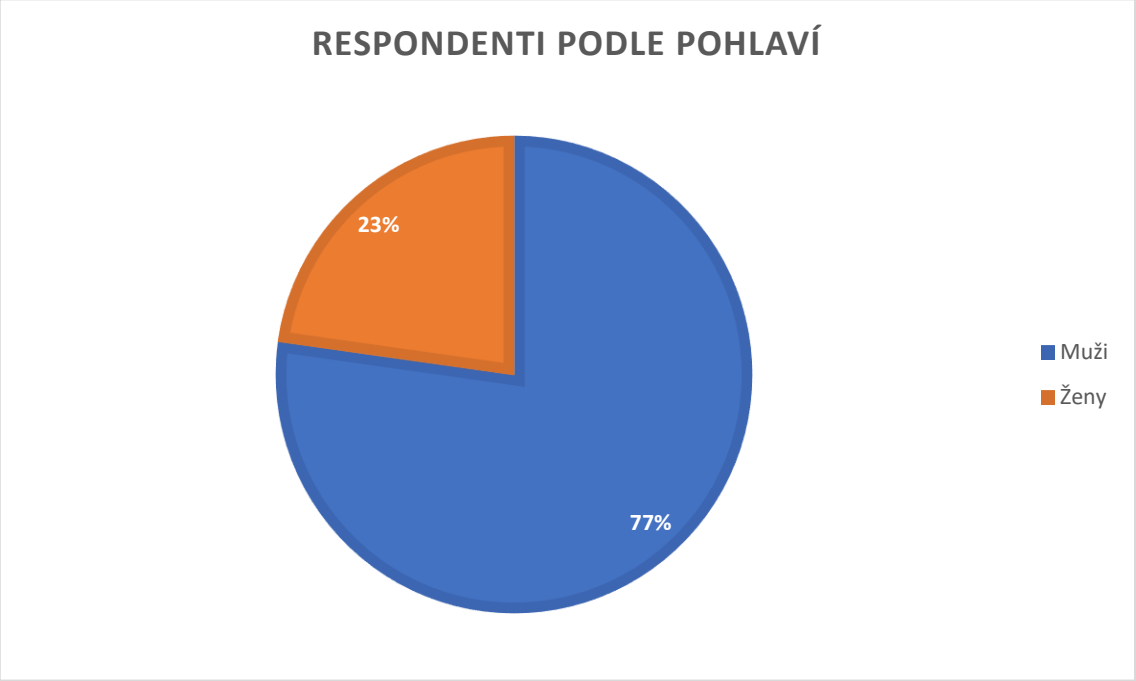
Informovaný souhlas byl respondentovi před vyplněním dotazníku přečten, nebo si ho přečetl sám. Pokud souhlasil, byl respondentem podepsán. Následně byl vyplněn dotazník. V dotazníku nebylo uvedeno jméno respondenta, byl zcela anonymní. Dotazníky a informované souhlasy nebyly kompletovány, jednalo se o dva oddělené nezávislé soubory dokumentů.

Dotazníky byly zpracovány samotnou autorkou. Výsledky byly předány do Centra Paraple anonymně formou grafů a jejich popisů v dubnu 2022 a dále kompletní výzkumné šetření v červenci 2022.

V průběhu výzkumu a ani po ukončení výzkumu, nebyly zaznamenány žádné připomínky a námitky ze strany respondentů ani další jiné připomínky k výzkumnému šetření.

14. Výsledky výzkumu – Grafické zpracování

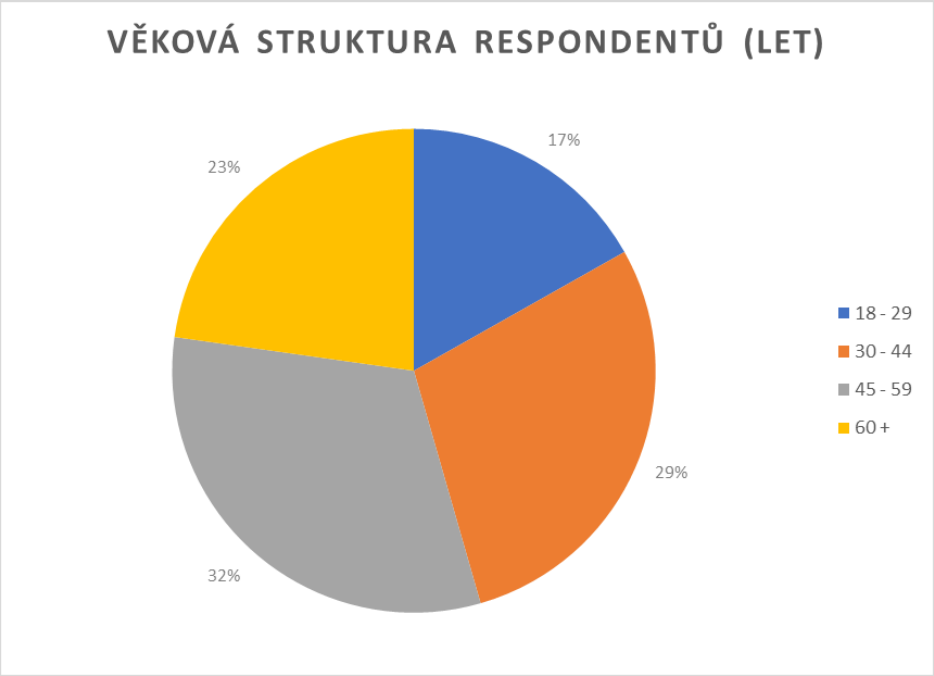
14.1. Struktura respondentů výzkumu dle pohlaví



Graf č. 1 – Struktura respondentů dle pohlaví (N= 101)

Výzkumný soubor zahrnoval celkem 101 respondentů – z toho 77 % mužů a 23 % žen. Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 45-59 let, jednalo se celkem o 32 osob. Průměrný věk respondentů byl 46, 23 let. Variační rozpětí ve skupině respondentů bylo 59 let.

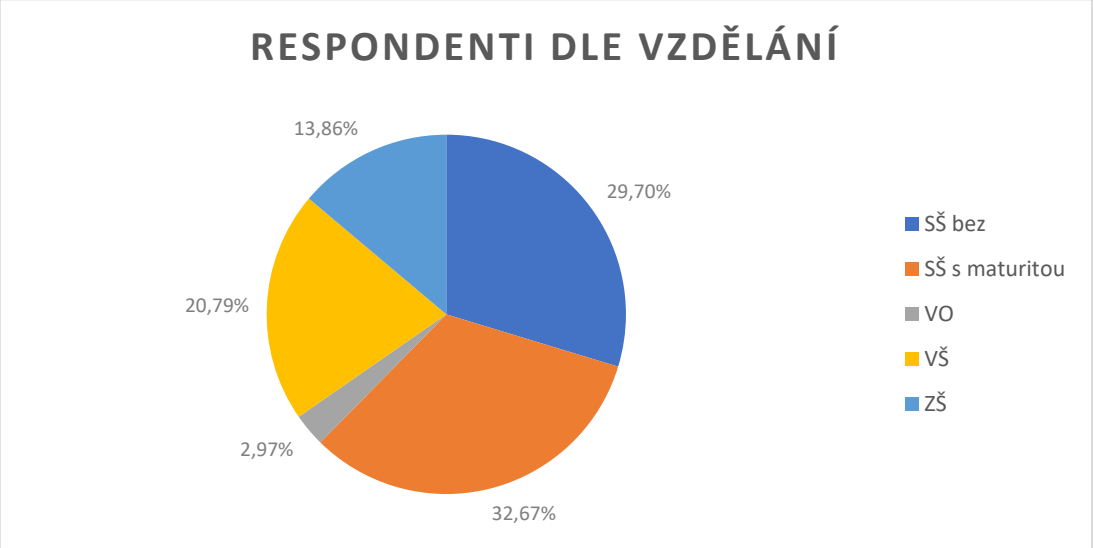
14.2. Věková struktura respondentů



Graf č. 2 – Věková struktura respondentů (N= 101)

Výzkumný soubor tvořilo celkem 101 osob. Nejvíce tj. 32 % (n=32) bylo ve věkovém rozmezí 45-59 let, další početnou skupinu 29 % tvořily osoby ve věku 30-44 let (n=29). Osoby starší 60 ti let byly zastoupeny 22 % (n=23). Nejméně respondentů bylo ze skupiny nejmladších osob ve věku 18-29 let, a to v počtu 17 % (n=17).

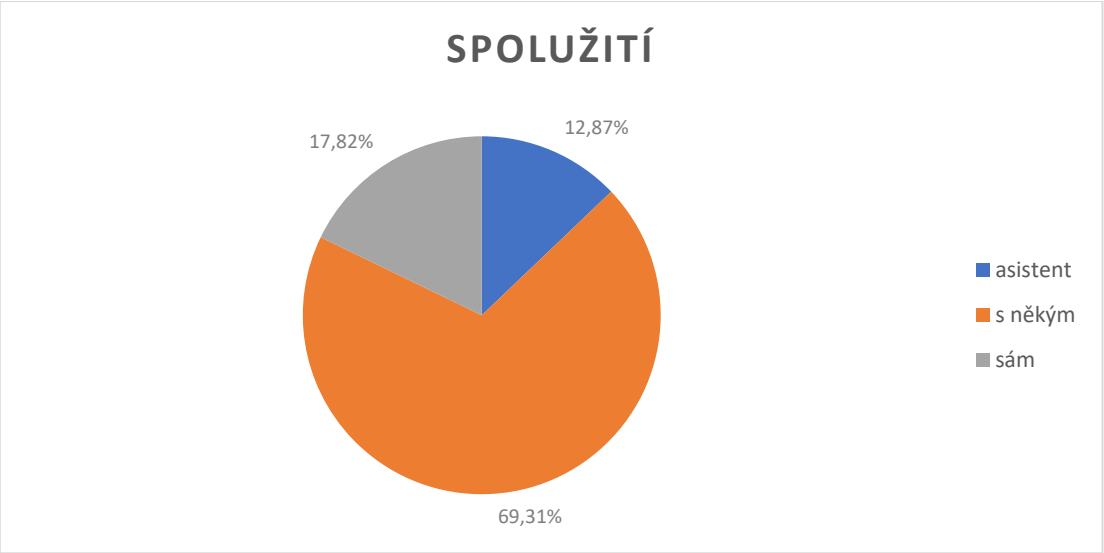
14.3. Respondenti dle vzdělání



Graf č. 3 – Struktura respondentů dle vzdělání (N= 101)

Mezi respondenty bylo nejvíce středoškoláků s maturitou a to 32,67 % osob. Druhou velkou skupinu tvořily osoby se střední školou, ale bez maturity, a to v počtu 29,7 %. Vysokoškolsky vzdělané osoby byly ve výzkumném souboru zastoupeny v 20,79 %. Vyšší odborná škola byla uvedena v 2,97 %. Základní vzdělání dokončilo 13,86 % respondentů.

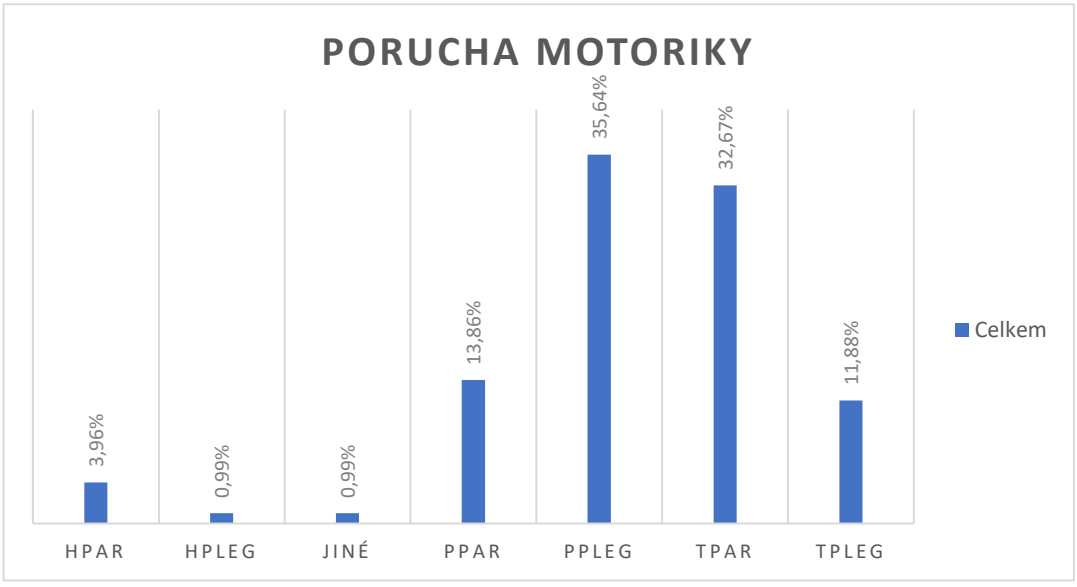
14.4. Domácnost respondenta dle spolužití



Graf č. 4 – Struktura respondentů dle bydlení s někým či sám (N= 101)

Celkem 69,31 % respondentů uvedlo, že bydlí s někým. Nebylo specifikováno, zda s partnery či rodiči. 17,82 % respondentů bydlí sami. Respondenti uvedli v 12,87 %, že jsou navštěvováni asistenty.

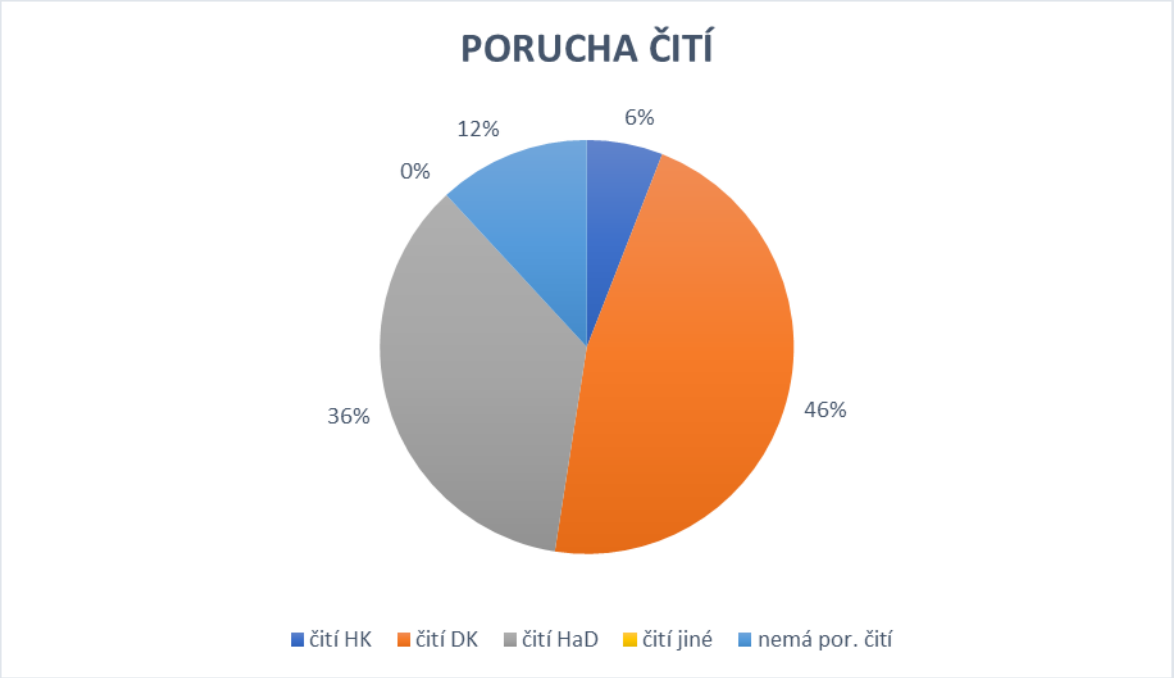
14.5. Respondenti dle poruchy motoriky



Graf č. 5 – Struktura respondentů dle poruchy motoriky (N= 101)

Výzkumný soubor tvořilo nejvíce paraplegiků (úplná ztráta hybnosti u obou horních či obou dolních končetin) a to v počtu 35,64 %. Další velkou skupinou tvořili respondenti s tetraparézou (částečná ztráta hybnosti u obou horních a obou dolních končetin) v počtu 32,67 %. Respondenti s paraparézou (částečná ztráta hybnosti u obou horních či obou dolních končetin) se zúčastnili dotazování v počtu 13,86 %. Tetraplegiků (úplná ztráta hybnosti u obou horních a obou dolních končetin) se zapojilo do dotazování celkem 11,88 %. Nejméně bylo ve výzkumném souboru osob s hemiparézou (částečná jednostranná ztráta hybnosti u obou končetin levých nebo obou končetin pravých) v počtu 3,96 % a skupina s hemiplegií (úplná ztráta hybnosti u obou končetin levých nebo u obou končetin pravých) tvořila 0,99 %.

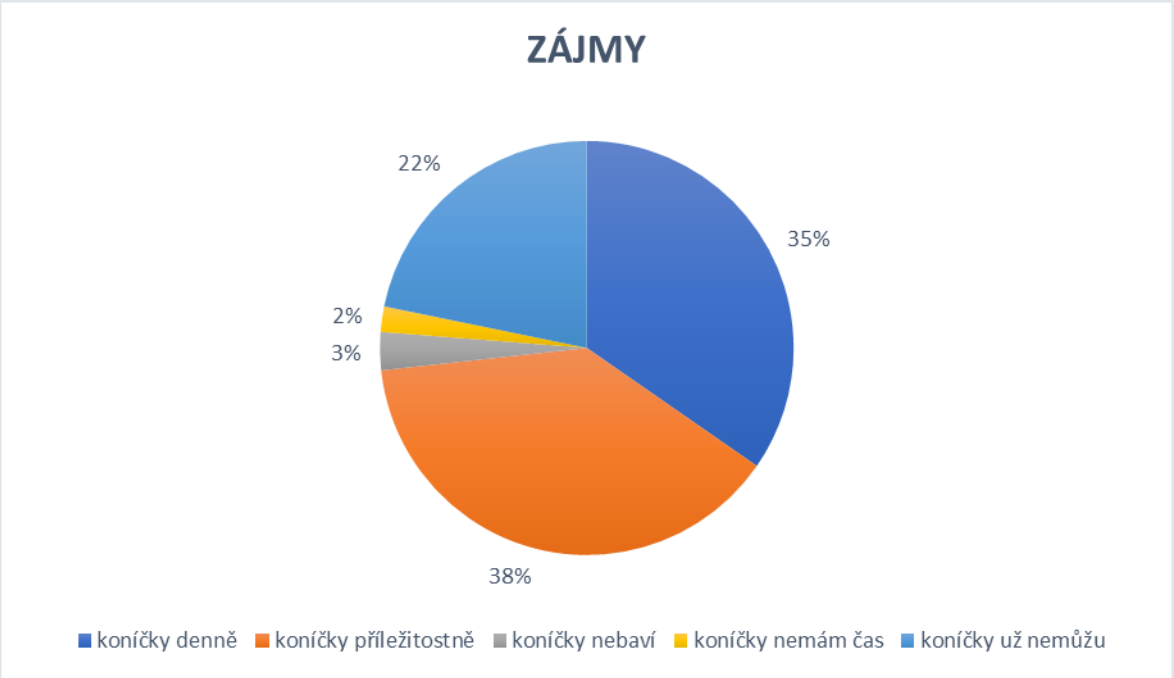
14.6. Respondenti dle poruchy čití



Graf č. 6 – Struktura respondentů dle poruchy čití (N= 101)

Celkem 47 dotazovaných respondentů uvedlo, že mají poruchu čití v dolní končetině či končetinách. Poruchu čití v obou končetinách, jak v horní, tak v dolní uvedlo celkem 36 respondentů. Problémy v čití horní končetině či končetinách uvedlo 6 respondentů. Problémy s čitím nemělo celkem 12 respondentů.

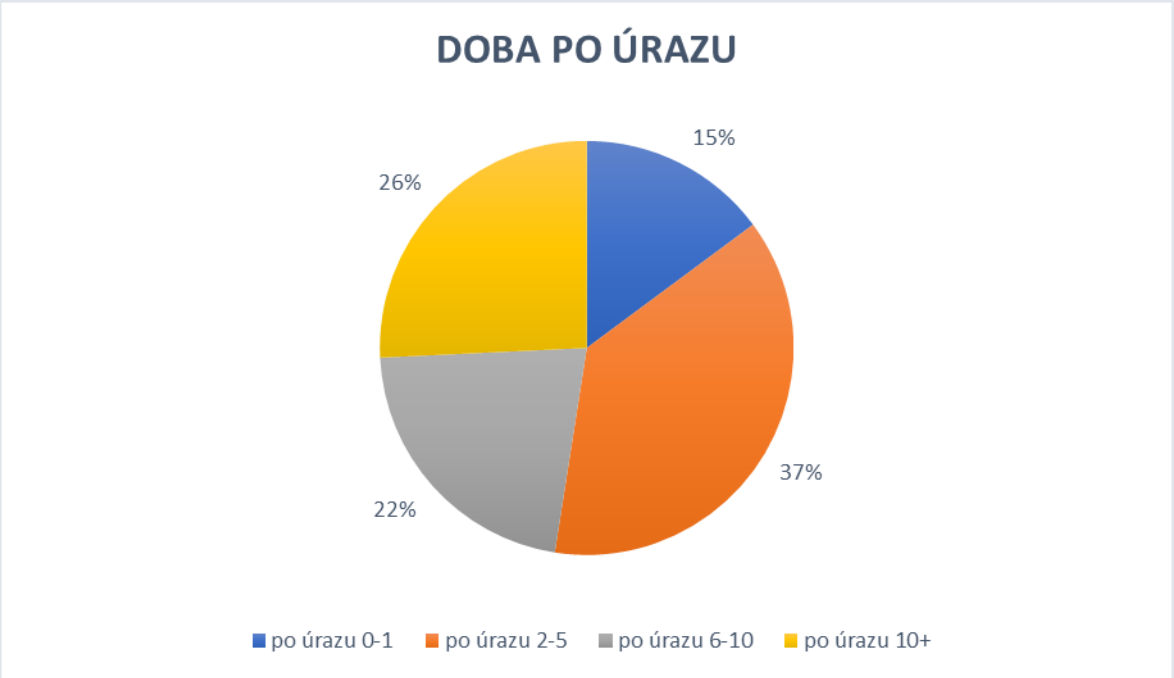
14.7. Respondenti dle zájmů, kterým se věnují



Graf č. 7 – Struktura respondentů dle zájmů, kterým se věnují (N=101)

Nejvíce respondentů se věnuje koníčkům příležitostně, a to 39 osob. Podobně je tomu u respondentů, kteří se svým koníčkům věnují denně, a to celkem 35 z nich. Nejvíce uváděné koníčky v dotazníku byly turistika, sport, převážně posilovna, počítač, zahrádkaření a četba. Celkem 22 respondentů uvedlo, že dříve provozované koníčky již vlivem úrazu či onemocnění nemůže dále provozovat. Tři respondenti uvedli, že je nic nebaví. Nejmenší skupinou jsou respondenti, kteří na koníčky nemají čas (n=2).

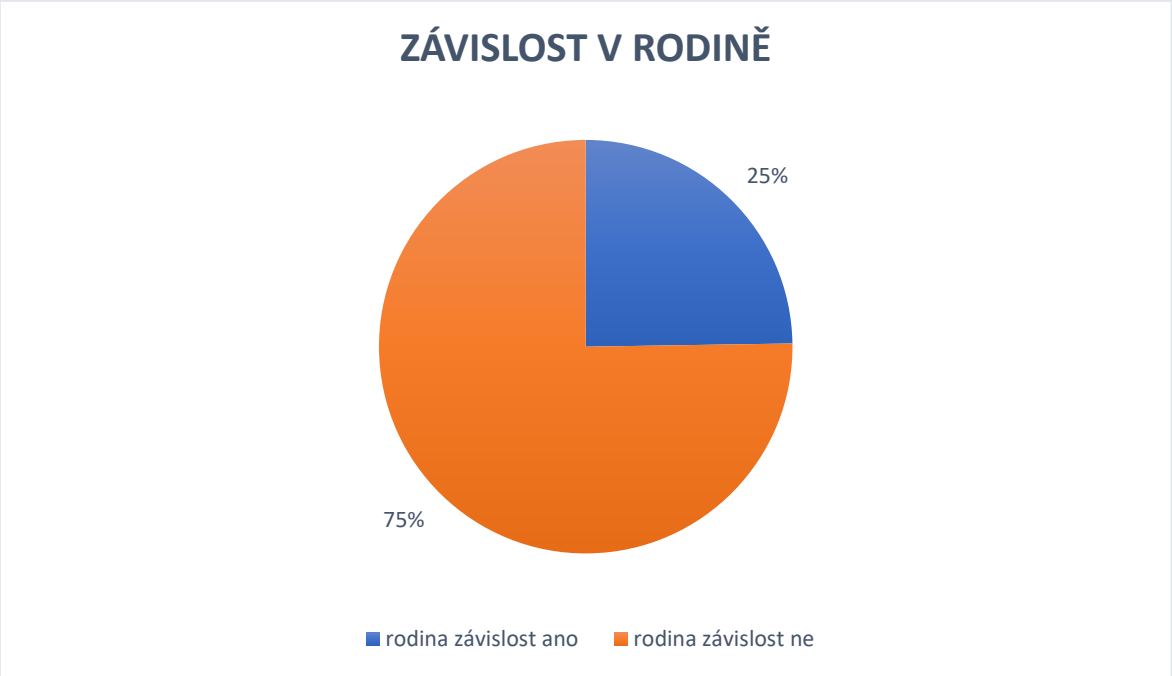
14.8. Respondenti dle doba po úrazu



Graf č. 8 – Respondenti dle délky doby po úrazu (N=101)

Celkem 38 osob v souboru respondentů udalo vznik úrazu či onemocnění před 2-5 lety. Druhou největší skupinu tvořili respondenti s dobou úrazu či onemocnění před více jak 10 lety, a to celkem v počtu 26 osob. Třetí velkou skupinu tvořili respondenti s dobou úrazu či onemocněním mezi 6-10 lety, a to v počtu 22 osob. Nejmenší skupinu tvořilo 15 osob, které udaly dobu od vzniku úrazu 0-1 rok.

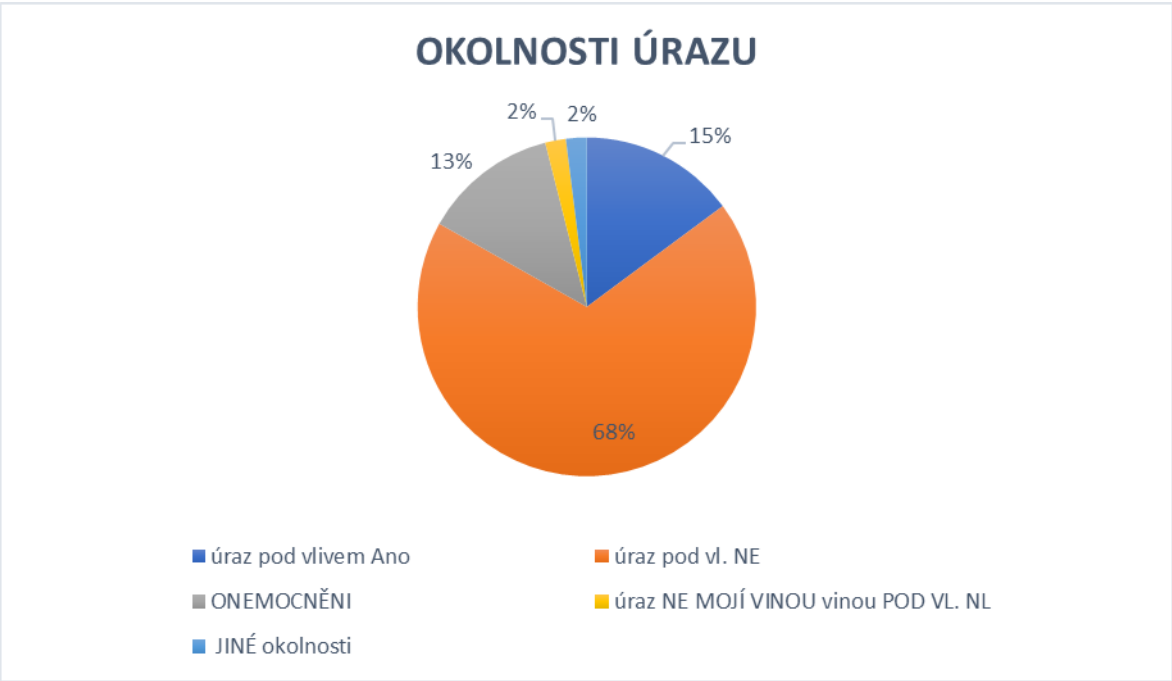
14.9. Respondenti dle vnímání závislosti v rodině



Graf č. 9 – Struktura respondentů dle vnímání závislosti v rodině

Velká část, téměř 75 % respondentů, vnímala svoje dětství tak, že nebyli v blízkém rodinném kontaktu s nikým, koho by považovali za závislého. 25 % respondentů mělo v blízké rodině osobu závislou na návykových látkách legálních i nelegálních.

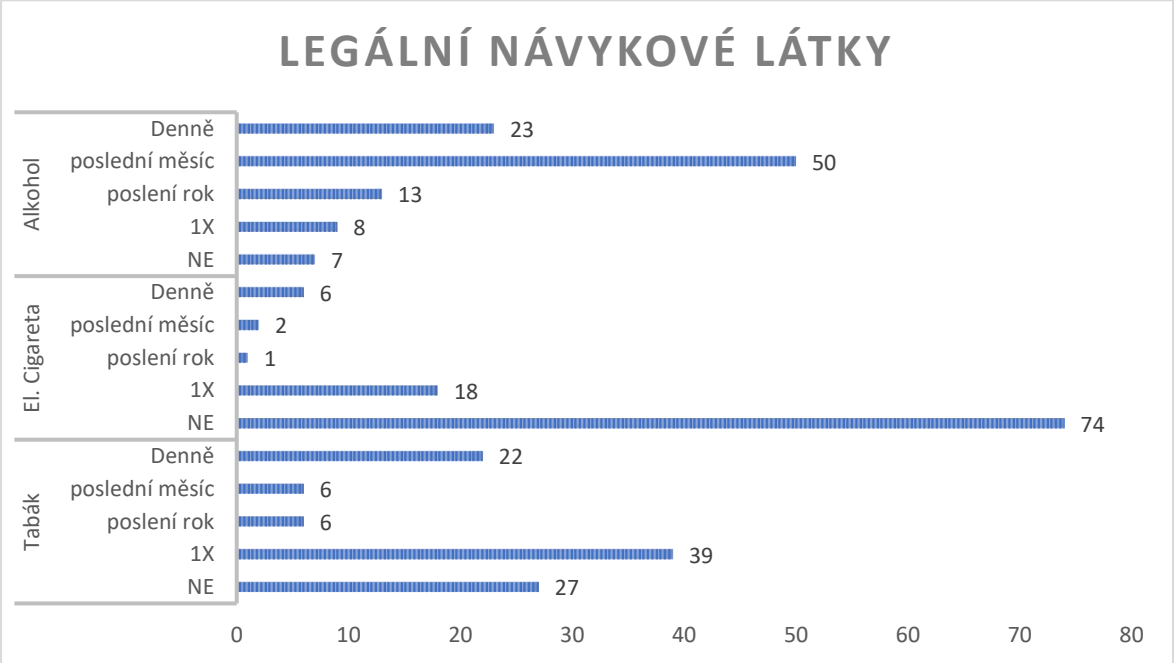
14.10. Respondenti dle okolnosti úrazu



Graf č. 10 – Struktura respondentů dle okolnosti úrazu (N= 101)

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že u 69 osob se jejich úraz nestal pod vlivem návykové látky. Naopak pod vlivem návykové látky vznikl úraz u 15 osob. Vliv onemocnění uvedlo 13 respondentů. Celkem 2 respondenti uvedli, že se úraz nestal jejich vinou, ale v době úrazu byli pod vlivem návykové látky. Jiné okolnosti úrazu uvedli 2 osoby bez bližší specifikace.

14.11. Respondenti dle užívání legálních návykových látek

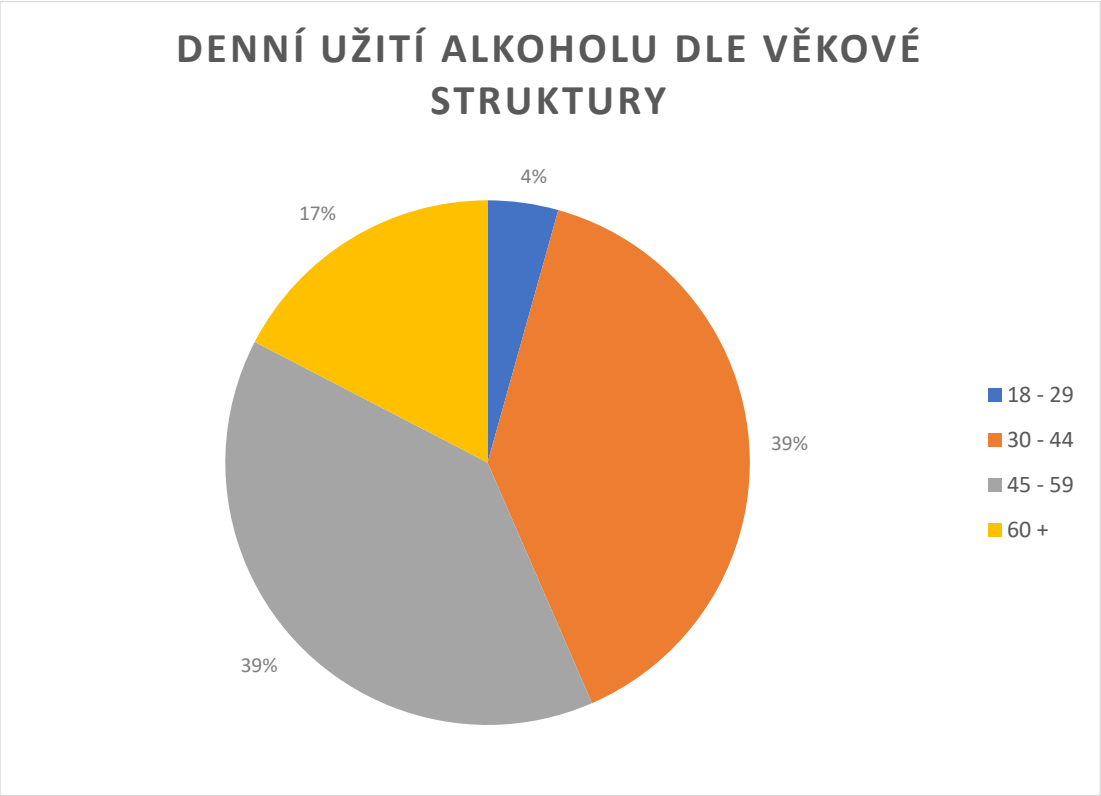


Graf č. 11a – Struktura respondentů dle užívání legálních návykových látek (N= 101)

Denní užívání alkoholu uvedlo 22,77 % osob (n=23). Užití alkoholu za posledních 30 dní uvedlo 50 respondentů, tj. 49, 50 %. V posledním roce užilo alkohol 13 osob z výzkumného vzorku, tj. 12,87 %.

Užívání elektronické cigarety denně uvedlo 6 osob. Největší skupinu tvořily osoby, které nikdy nevyzkoušely elektronickou cigaretu, a to v počtu celkem 74.

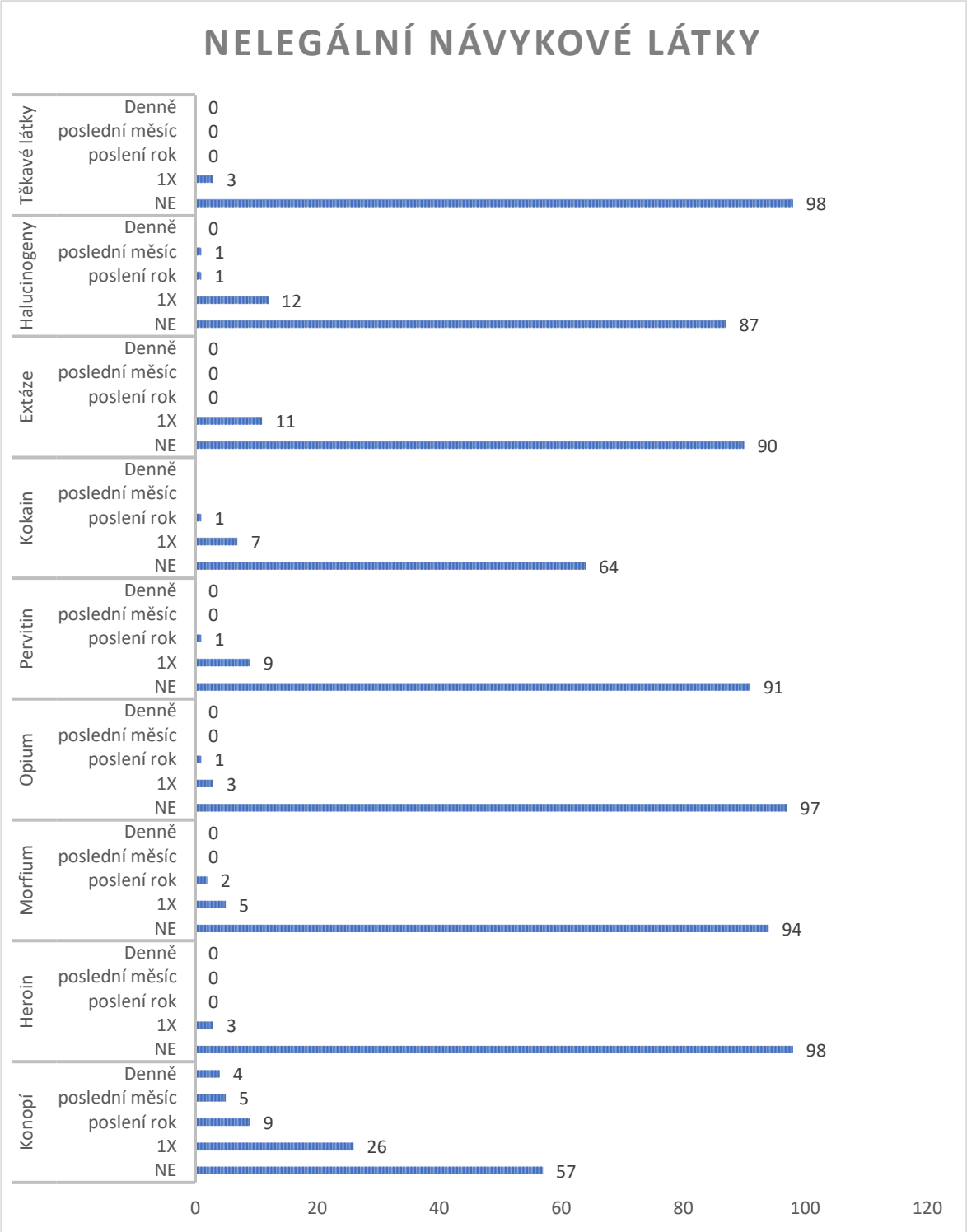
Kouření tabáku (cigaret) denně uvedlo 22 dotazovaných tj. 21,78 %. V posledním měsíci a stejně tak i v posledním roce uvedlo kouření tabáku 6 osob. Osob, které 1x vyzkoušely kouření tabáku a těch kteří nikdy nevyzkoušeli bylo 39 a 27 osob.



Graf č. 11b – Denní užití alkoholu dle věku (N= 101)

Jedna ze výzkumných otázek se dotazovala, jaká je věková struktura respondentů, kteří denně užívají alkohol. Zodpovězení otázky vyplývá z grafu výše. Jedná se o celkem 23 osob ze 101 respondentů, kteří denně užívají alkohol. Celkem 1 osoba (4,34 % z 23 denních uživatelů alkoholu) náleží do skupiny nejmladších osob. Druhou, nejméně zastoupenou skupinu tvořily osoby ve věku nad 60 let, a to celkem v počtu 4 osoby (17,39 % z 23 denních uživatelů alkoholu). Dvě nejpočetnější skupiny v počtu 9 osob (39,13 % z 23 denních uživatelů alkoholu) ve věku do 44 let a stejně tak 9 osob (39,13 % z 23 denních uživatelů alkoholu) ve věku do 59 let. Denní uživatele alkoholu tvořili jen muži.

14.12. Respondenti dle užívání nelegálních návykových látek

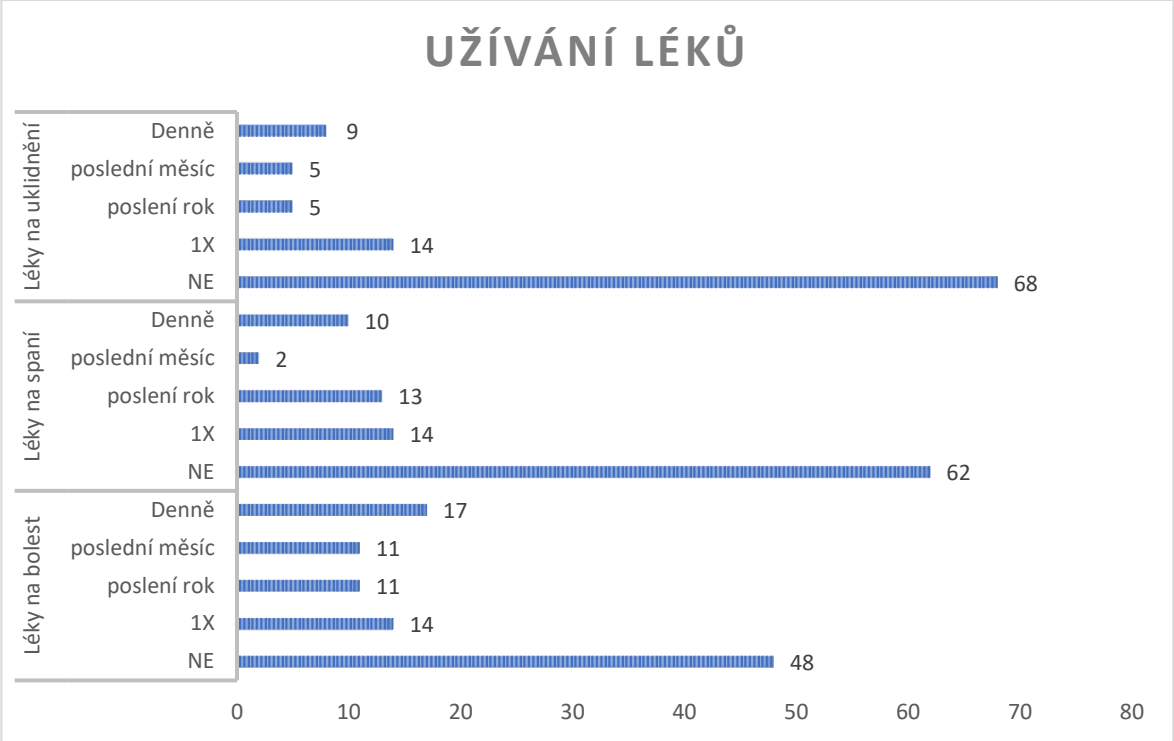


Graf č. 12a – Struktura respondentů užívání nelegálních návykových látek (N= 101)

Jedinou nelegální látkou, kterou respondenti uvedli ve 3,96 % že užívají denně, bylo konopí (n=4). V posledním měsíci užilo konopí 5 osob tj. 4,95 %. Za poslední rok 9 respondentů tj 8,9 %. U většiny nelegálních návykových látek respondenti uvedli, že je nikdy nevyzkoušeli (87 až 98 osob). Za poslední měsíc bylo uvedeno užití halucinogenu v 0,9 %. V posledním

roce bylo respondenty uvedeno užití návykových látek kokainu, opia, halucinogenu nebo pervitinu v taktéž v méně jak 1 % případů.

Respondenti dle užívání léků na / bez předpis(u)



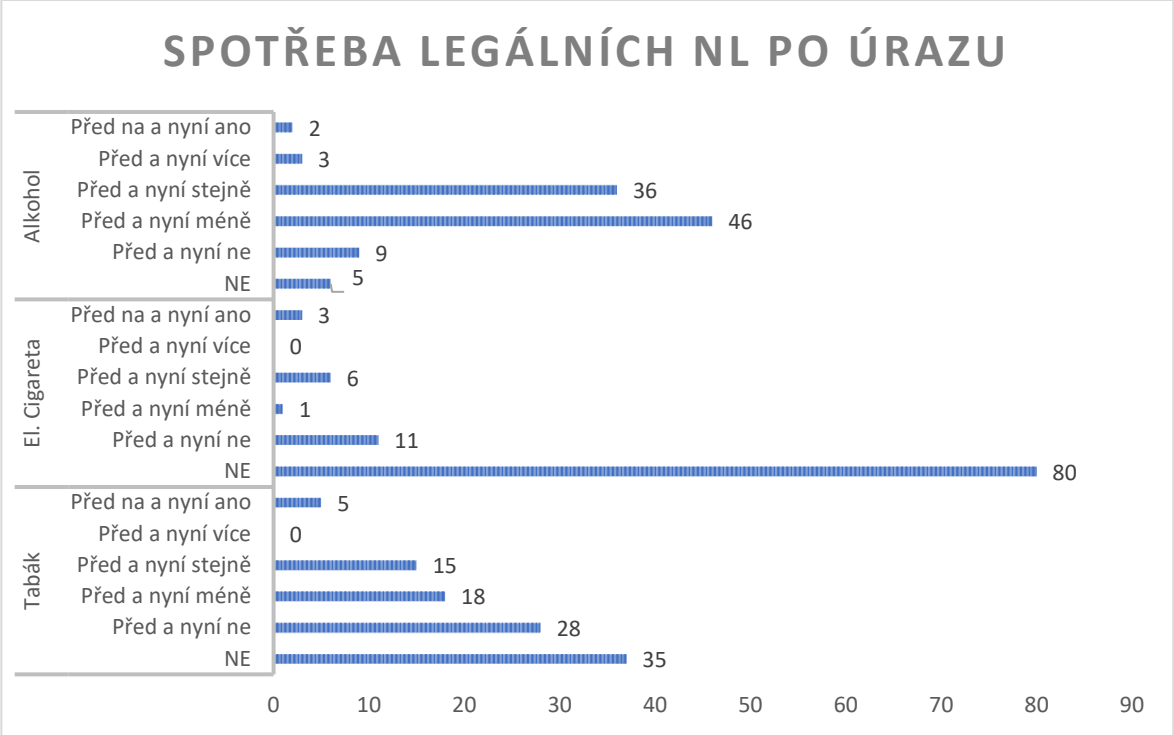
Graf č. 12b – Struktura respondentů užívání léků (N= 101)

68 osob tj. 67 %, 1 x v životě vyzkoušelo 14 respondentů. Za poslední měsíc i rok užilo léky na uklidnění stejné množství osob, a to v počtu 5.

Léky na spaní denně užívá 10 osob tj. 9,9 %. Za poslední měsíc užilo léky na spaní 11 osob a za poslední rok 13 osob. Nikdy neužilo léky na spaní 62 respondentů, tj. 61,4 %.

Léky na bolest denně užívá 17 respondentů tj. 16,8 %. Za posledních 30 dní užilo léky k tišení bolesti 11 osob a ve stejném počtu i za poslední rok. Nikdy neužilo tyto léky 48 osob (47,5 %).

14.13. Respondenti spotřeba legálních návykových látek po úrazu či onemocnění



Graf č. 13 – Struktura respondentů dle spotřeby legálních návykových látek po úrazu či onemocnění (N= 101)

Alkohol

Největší skupinu tvoří osoby, které po úrazu či onemocnění konzumují alkohol méně, a to v počtu 46 osob tj. 45,5 %. Další velkou skupinou jsou osoby, které nezměnily přístup k alkoholu a užívají před i po úrazu či onemocnění alkohol stejně, a to v počtu 36 osob (35,6 %). Nových abstinentů po úrazu je 9 osob tj. 8,9 %.

Elektronická cigareta

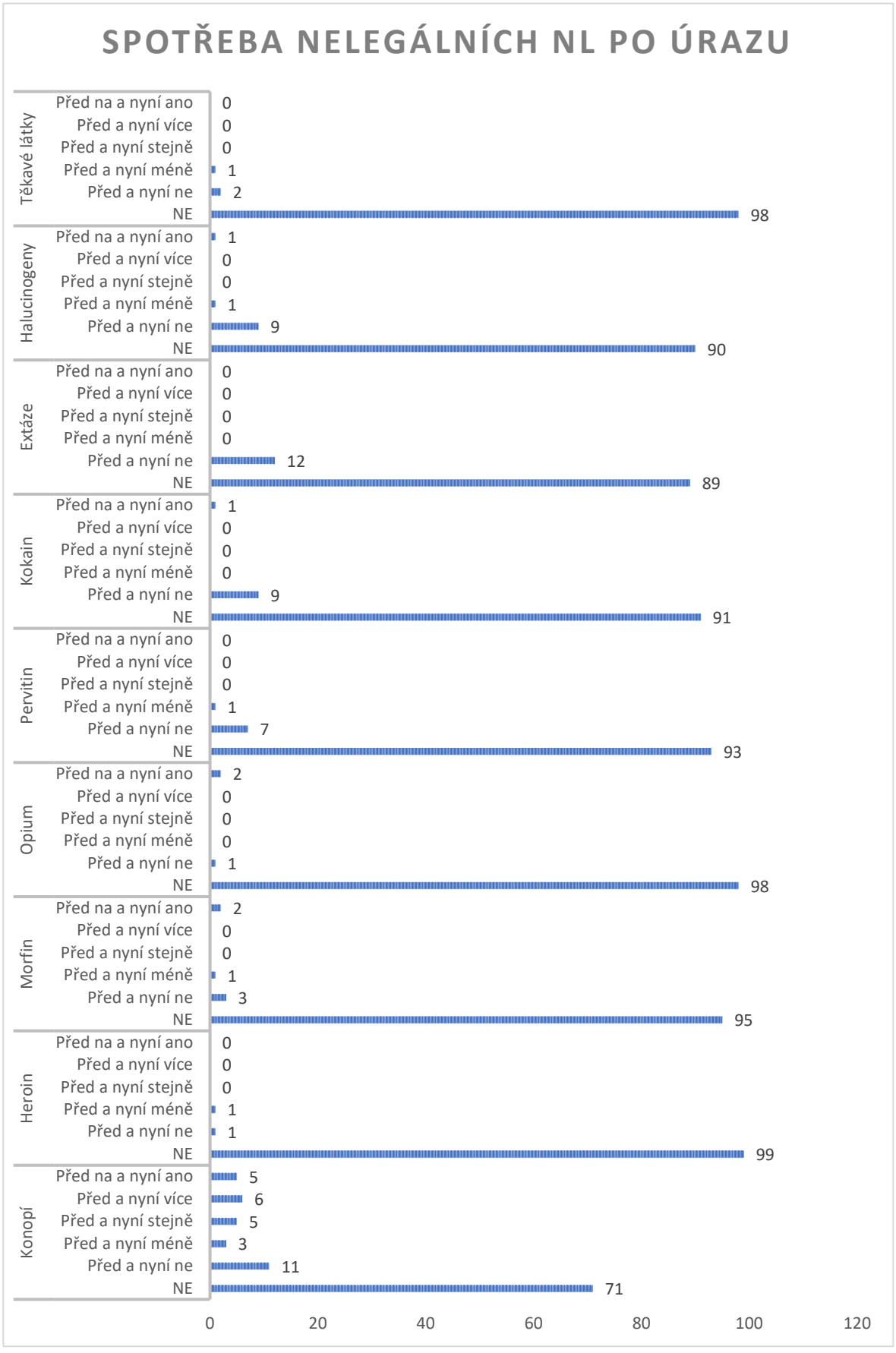
Po úrazu začali využívat ke kouření elektronickou cigaretu 3 respondenti. Celkem 11 osob již nyní nevyužívá ke kouření elektronickou cigaretu a 6 osob kouří stejně před úrazem i po úrazu či onemocnění.

Kouření tabáku

Velkou skupinu tvořili respondenti, kteří po úrazu či onemocnění přestali kouřit tabák, a to v počtu 28 osob (27,7 %). Celkem 18 osob po úrazu či onemocnění kouří méně tj. 17,8 %.

Nových kuřáků tabáku přibylo v 5 případech tj. 4,9 %. Osoby, které nezměnily přístup ke kouření tabáku tvoří 15 respondentů (14,8 %).

14.14. Respondenti spotřeba nelegálních NL po úrazu či onemocnění (N=101)

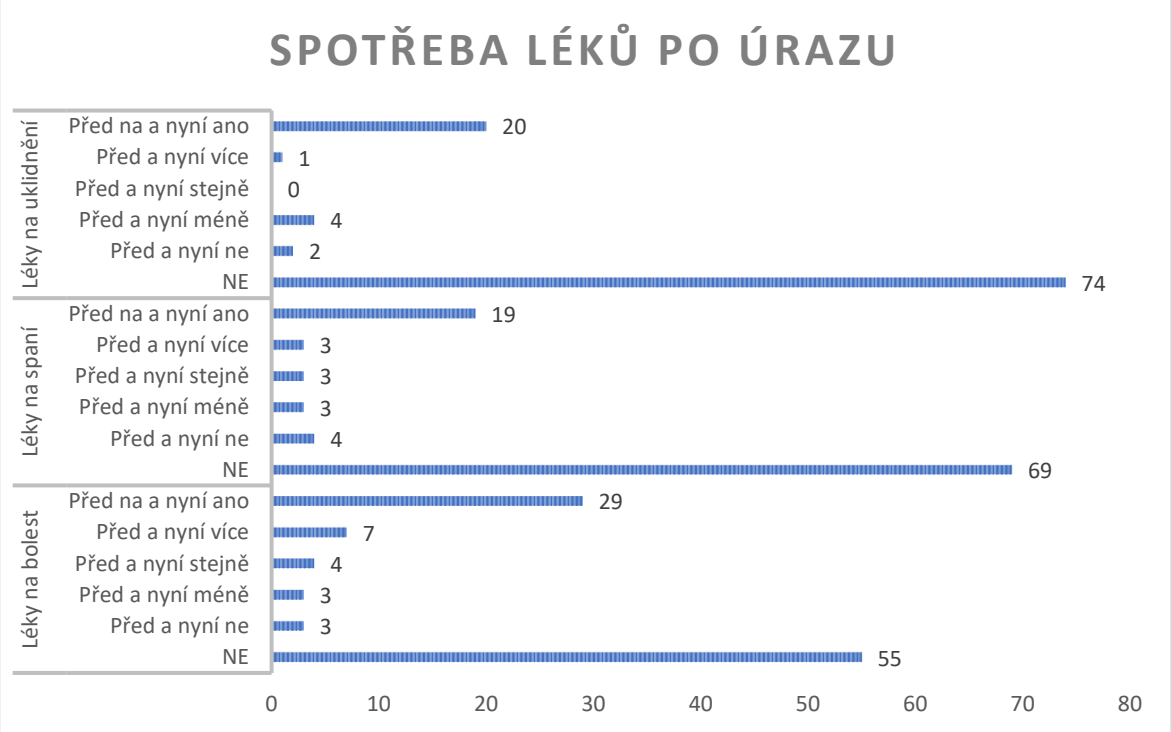


Graf č. 14 – Struktura respondentů dle spotřeby nelegálních návykových látek po úrazu či onemocnění (N= 101)

Jediná nelegální NL, kterou respondenti označili jako tu, kterou užívají až po úrazu je konopí, a to v 5 případech. Více konopí po úrazu či onemocnění užívá 6 respondentů. Stejné užívání uvedlo 5 osob. Konopí přestalo užívat po úrazu či onemocnění 11 osob (10,9 %).

Nelegální návykové látky užité až po úrazu či onemocnění byly uvedeny opium 2 respondenti, kokain 1 respondent, halucinogeny 1 respondent, tj. méně jak 1 %. Pervitin po úrazu či onemocnění neužívá 7 osob, extázi již po úrazu neužívá 12 osob (11,88 %) a halucinogeny přestalo užívat (8,9 %) osob.

14.15. Spotřeba léků na/bez předpis (u) po úrazu či onemocnění



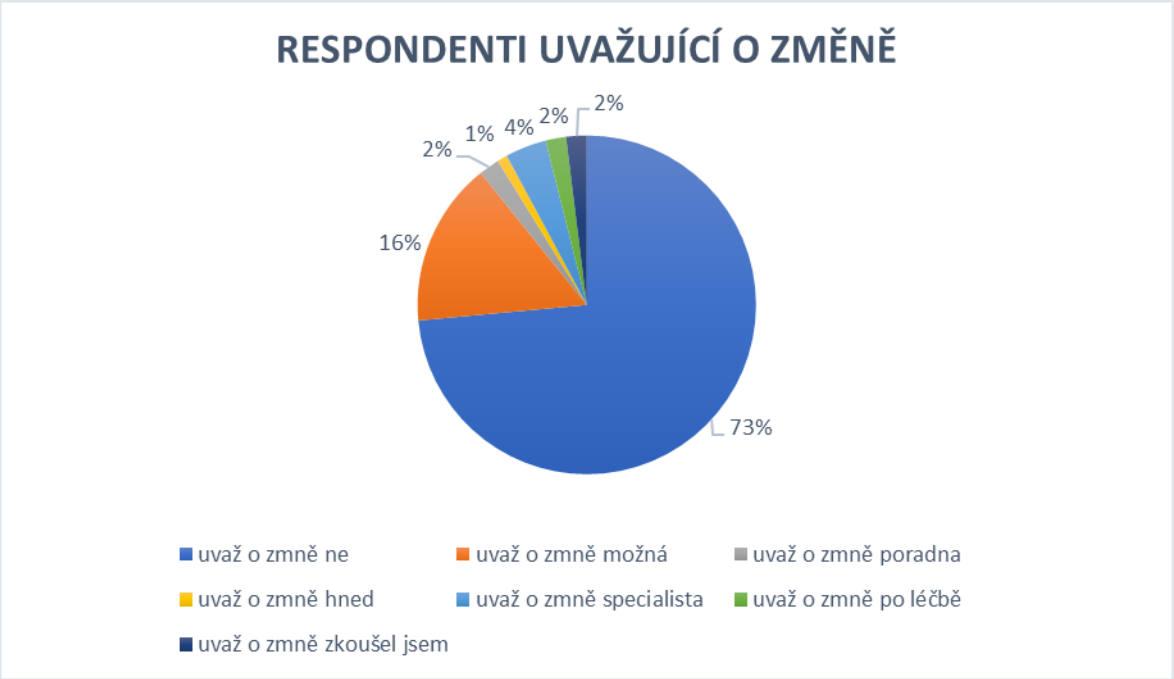
Graf č. 15 – Struktura respondentů dle spotřeby léků na(bez) předpis(u) po úrazu či onemocnění (N= 101)

Největší skupinu tvoří osoby, které až po úrazu či onemocnění začaly užívat léky na bolest, a to u celkem 29 osob (28,7 %). Více léků na bolest užívá celkem 6,9 % respondentů. Stejné množství léků na bolest užívá po úrazu či onemocnění 4 % osob. U 54,4 % respondentů bylo uvedeno, že ani po úrazu či onemocnění neužívají léky na bolest.

Léky na spaní po úrazu či onemocnění začalo užívat 18,8 % respondentů (n=19). Respondentů, kteří užívají nyní více léků na spaní jsou 2,9 %, stejně užívá léků na spaní opět 2,9 % respondentů. Celkem 69 respondentů neužívalo ani neužívá léky na spaní (68,3 %).

Léky na uklidnění po úrazu či onemocnění začalo užívat 20 respondentů. Jen 0,9 % užívá více nyní, po úrazu či onemocnění (n=1). Celkem 74 respondentů neužívalo ani neužívá žádné léky na uklidnění (73,26 %).

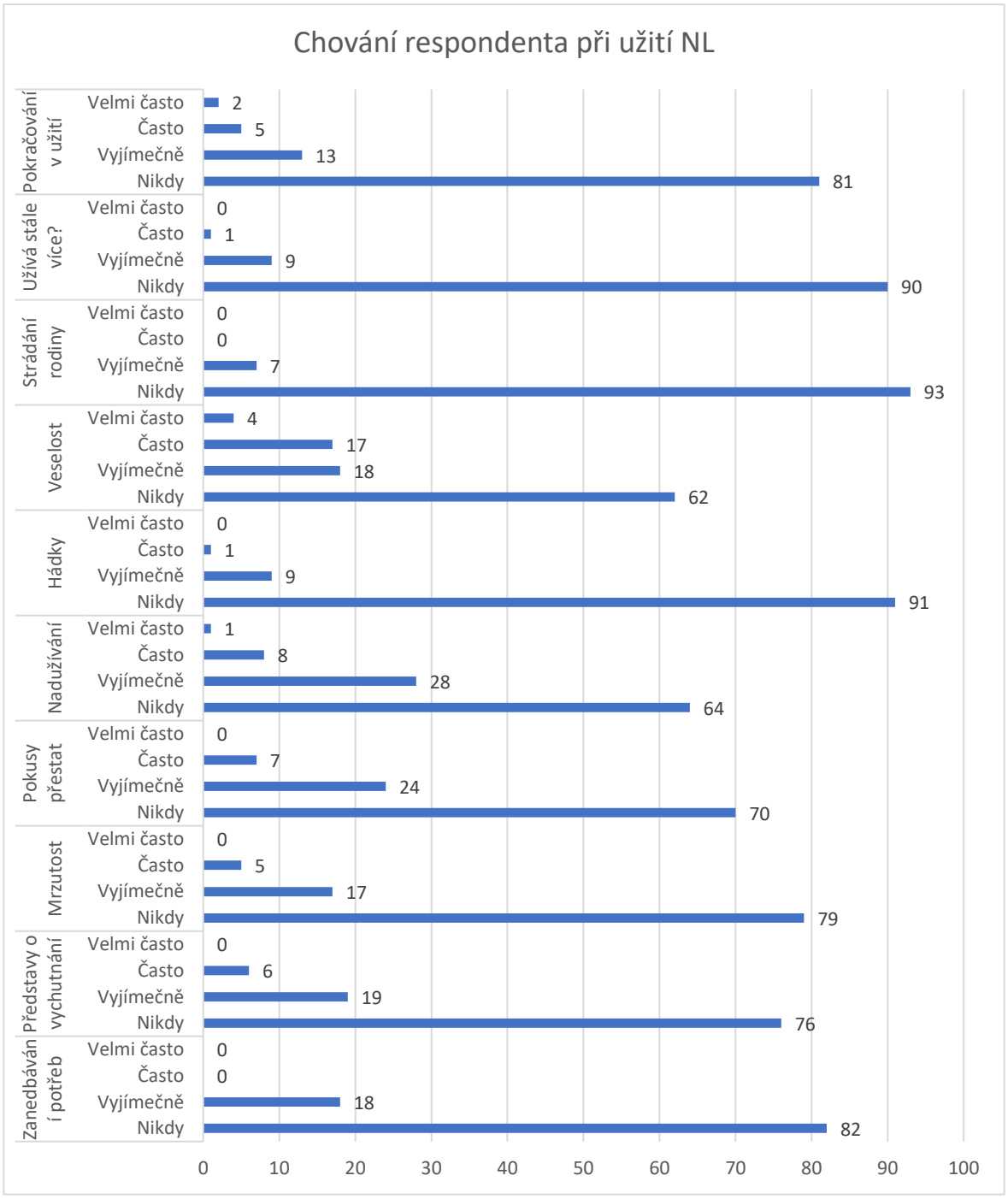
14.16. Respondenti uvažující o změně



Graf č. 16 – Struktura respondentů uvažujících o změně (N= 101)

Celkem 75 % respondentů, kteří vyplnili v dotazníku, že užívají některou z návykových látek uvedlo, že neuvažují o změně. Myšleno o změně ve vztahu a užívání legálních či nelegálních návykových látek. Možnou změnu připustilo 16 % respondentů. V nejbližší době se chytá do poradny pro léčbu závislosti 2 % respondentů. Zájem jít se začít léčit ihned projevilo 1 % respondentů. Specialistu již zkontaktovalo celkem 4 % osob a již se léčí. Abstinenci uvedlo 2 % respondentů. 2 % osob vyzkoušela přestat s užíváním některé z uvedených návykových látek, ale nepodařilo se jim to.

14.17. Respondenti - chování vzhledem k NL/ lékům (N=101)



Graf č. 17 – Struktura respondentů dle chování vzhledem k návykovým látkám/lékům

Varovnými signály rizikového chování při užívání legální či nelegální návykové látky by mělo být některé z uvedených typů chování v grafu výše. Mezi příznaky patologické závislosti nejen ve vztahu k návykové látce, ale i jiným nelátkovým typům závislosti, patří dle Světové zdravotnické organizace pocity jako je bažení tzv. craving, zanedbávání a vytlačování koníčků, přátel, dále pokračování v užívání látky i přes znalost její rizikovosti, zvyšování tolerance (užívá stále více či se věnuje stále více určitému chování) a abstinenční příznaky po vynechání užití látky (WHO, 2015). Důležité jsou pro vysledování závislosti a rizikového chování odpovědi typu často a velmi často, a to v odpovědích v dotazníku u 1 osob zároveň během posledního 1 roku. V případě 3-6 ti odpovědí často a velmi často by se patrně mohlo jednat o závislost. V případě 1-2 kladných odpovědí se jedná o střední riziko závislosti a v případě 0 odpovědí často a velmi často se nejedná o závislost (Kabíček, Sulek, Mizerová, 2010).

Otázka č. 11 z dotazníku je sumarizována v grafu výše. Otázky v sobě zahrnují dotazník založený na MKN-10. Otázka č. 11 v sobě zahrnuje možný craving tzv. bažení, zvyšování tolerance, zanedbávání potřeb, pokračování v užití i přes jeho známou rizikovost:

Celkem 7 osob odpovědělo kladně (často a velmi často) na otázku pokračování v užití i přes rizikovost návykové látky, tj. 6,9 %.

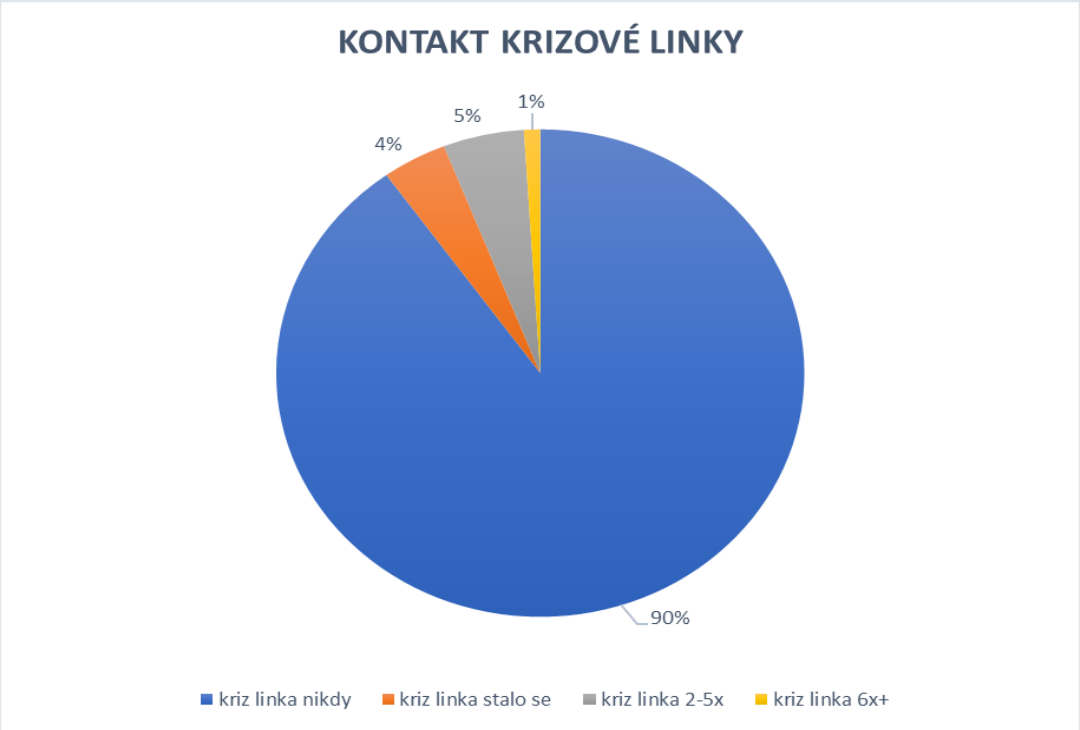
Na otázku týkající se bažení odpovědělo 6 osob kladně tj. 5,9 %.

Dotaz na toleranci (stále vyšší užívání) odpověděla 1 osoba kladně tj. 0,9 %.

Celkem 0 osob zodpovědělo kladně na dotaz na zanedbávání svých potřeb tj. 0 %.

Detailní rozebrání otázky č.11 výše není cílem ani úkolem této práce, a překračuje již rámec této bakalářské práce.

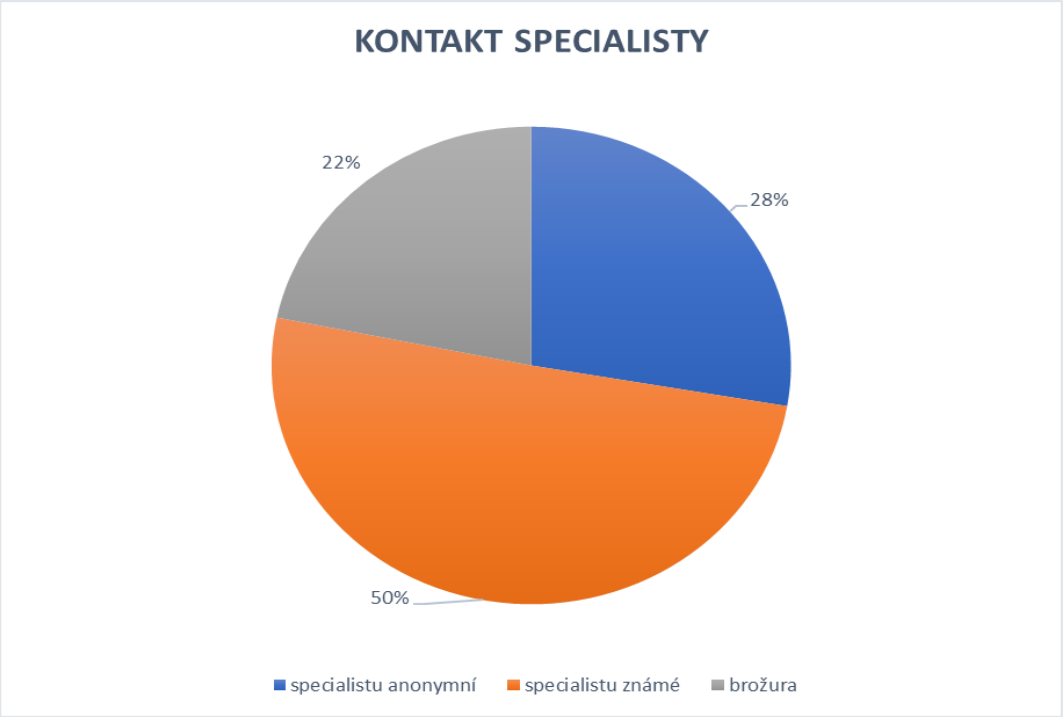
14.18. Kontaktování krizové linky či centra



Graf č. 18 – Struktura respondentů dle kontaktu krizové linky

Mezi respondenty bylo nejvíce osob, které nikdy nevyužily kontakt na krizovou linku, a to v počtu 90 %. Celkem 4 % respondentů již někdy v životě využila možnost kontaktovat krizovou linku či návštěvu krizového centra. Těch, kteří využili kontakt na krizovou linku či návštěvu krizového centra celkem 2-5 x byli ve výzkumném souboru zastoupeni 5 %. Celkem 1 % respondentů využilo více jak 6x kontaktování krizového centra či krizové linky vzhledem ke svému psychickému či fyzickému stavu.

14.19. Kontaktování specialisty na odvykání



Graf č. 19 – Struktura respondentů dle zkontaktování specialisty na odvykání (N= 101)

V této části byla zodpovězena otázka výzkumného šetření: Jaký typ adiktologického poradenství by v případě řešení své závislosti klienti Centra preferovali?

Nejvíce respondentů v dotazníku uvedlo, že by preferovali zkontaktování specialisty na odvykání ve známém a bezpečném místě, a to v celkem 50 % respondentů (n=51). Ti, kteří by upřednostnili řešit svoji závislost anonymně, byli v souboru zastoupeni v 28 %. Vlastními silami by se pokusilo řešit svoji případnou závislost 22 % respondentů.

15. Diskuze

Tato bakalářské práce měla za cíl zmapovat problematiku užívání legálních a nelegálních návykových látek u skupiny osob s míšní lézí po úrazu či vlivem onemocnění. Výsledky byly zpracovány formou grafů a opatřeny textem. Výzkumu se mohly zúčastnit osoby ve věku 18 a více let, muži i ženy. V dotazníku tak byly podchyceny všechny věkové a genderové skupiny.

Výzkum byl zaměřen na skupinu osob, která by z hlediska vážného zdravotního postižení mohla být limitovaná v účasti na jiných typech výzkumu, a kde v některých případech je jediným možným řešením osobní asistence při vyplňování dotazníku.

Výzkumné šetření bylo provedeno finálně v Centru Paraple. Původní záměr bylo provést šetření i v dalších zařízeních, kde rehabilitují pacienti či klienti s míšní lézí. Na základě e-mailové komunikace však bylo výzkumné šetření umožněno provést pouze v Centru Paraple. Tato spolupráce proběhla velmi flexibilně a bezproblémově.

Vzhledem k času, místu, potřebě asistence při vyplňování dotazníků a komunikaci s respondenty byla nakonec možnost jediného zařízení pro provedení šetření optimální. U každého jednotlivého dotazníku bylo možno zkontrolovat úplnost a zodpovídat případné individuální dotazy týkající se výzkumu. Výzkumné šetření probíhalo v době koronavirové epidemie a sběr dotazníků se musel několikrát přerušit.

Dle Silvermana je výhodou dotazníků přesnost dat a možné další zobecňování, ale jejich nevýhodou je malý až nulový kontakt s lidmi a terénem (Silverman, 2005). V tomto dotazování se naštěstí podařilo slabou stránku dotazování formou dotazníku překonat osobní asistencí, a to i za cenu velké časové náročnosti. Myslím si, že papírová podoba dotazníků v místě byla pro mnohé respondenty snadněji dostupná než dotazníky v jiné podobě.

V průběhu distribuce dotazníků v papírové podobě se naskytla možnost umožnit zájemcům vyplnění dotazníku i elektronickou formou. Bylo by se jednalo se o čtenáře časopisu Paraple. Upozornění na možnosti účasti ve výzkum bylo zveřejněno, včetně konkrétního odkazu na elektronický dotazník, v listopadu 2020. I přes velkou oblibu a čtenost časopisu, však byla odezva nulová. Prozkoušení a testy funkčnosti dotazníku byly samozřejmostí. Musela jsem opět konstatovat, že osobní představení výzkumu, v důvěryhodném a bezpečném místě a dále možnost se zeptat přímo na místě na doplňující informace k výzkumu, znamenaly pro vyplnění dotazníku získání téměř všech účastníků rehabilitace k vyplnění dotazníku a jeho velkou návratnost (95 %).

Je možné, že při ponechání kontroly úplnosti svého vyplněného dotazníku na respondentovi samém, by bylo celkové číslo vyplněných dotazníků nižší. Ovšem i přes toto upozornění je třeba konstatovat, že jednotlivé odpovědi respondentů nebyly ovlivněny, pouze úplnost zodpovězení všech otázek, aby bylo možno dotazník využít k šetření.

I pro dotazníky v elektronické podobě však platí úplnost vyplnění všech odpovědí před odesláním. Proto si nemyslím, že by osobní asistence mohla vést k většímu zkreslení dat.

Počet respondentů, kteří se zapojili do výzkumného šetření je dle mého názoru reprezentativní a dostatečný k odvození závěrů a zodpovězení výzkumných otázek. Celkem se během dotazování zúčastnilo 106 osob a bylo získáno 101 úplně vyplněných dotazníků. Během roku 2020 Centrum zorganizovalo 10 pobytových rehabilitaci pro 156 klientů. V roce 2019 proběhlo 13 pobytových akcí s celkem 294 klienty. Proto konstatuji, že počet získaných dotazníků od respondentů byl dostatečný a zachytil během roku většinu respondentů s míšní lézí, kteří se mohli a chtěli dotazování zúčastnit.

Respondenti, kteří se zúčastnili dotazování tvořili velmi různorodou skupinu v rámci svého onemocnění či úrazu. Muži tvořili celých 77 % respondentů.

Toto zjištění koresponduje i se statistikou spinálních jednotek, kde se po úrazu v roce 2021 zotavovalo 187 mužů a 79 žen. V roce 2020 to bylo 193 mužů a 95 žen. Muži tvořili 67-70 % pacientů po úrazu míchy (Česká společnost pro míšní léze). V dotazování však muži nebyli nijak preferováni, jednalo se o účastníky rehabilitačního pobytu. Muži tedy svým zastoupením jen statistiku úrazů potvrzují.

Ve výzkumném šetření tvořily velkou skupinou osoby ve věku 45-59 let, a to celých 32 %. Druhou velkou skupinu tvořily osoby ve věku 30-44 let a to 29 %. Obě skupiny zachycují osoby, které měly úraz i před více lety a na rehabilitační pobyty jezdí opakovaně. Nejnižší bylo zastoupení osob ve věku 18-29 let, a to 17 %. Tato čísla odpovídají i době, před jako respondenti měli úraz. Nejvíce byl vznik úrazu či onemocnění udáván před 2-5 lety, a to celkem u 38 osob tj. 37,6 %. Respondenti, kteří uvedli úraz před 0-1 rokem tvořili 16,8 % a opět toto číslo koresponduje s nejmladší věkovou skupinou.

Různorodou skupinu tvořili respondenti i vzhledem ke vzdělání. Ve výzkumu byly zastoupeny všechny typy vzdělání. Respondenti ukončili střední školu s maturitou v 32,67 % a střední školu bez maturity v 29,7 %. Vysokoškoláci tvořili 20, 79 %. Osoby se základním vzděláním byli ve vzorku zastoupení 16,84 %.

Na otázku spolubydlení respondenti uvedli nejčastěji, že bydlí s někým, a to v 69,31 %.

Výzkumný soubor tvořilo nejvíce paraplegiků a to 35,64 %. Další velkou skupinu tvořili respondenti s tetraparézou a to v 32,67 %. Poruchu čití v dolních končetinách uvedlo 46,5 % respondentů. Ztrátu čití v horní a dolní končetině uvedlo 35,64 % respondentů.

I přes tyto vážné komplikace a stavy bylo zodpovězeno respondenty, že celkem 34,6 % osob se věnuje svým zájmům denně. Příležitostně se jim věnuje 38,6 %. Pouze tři a dvě osoby uvedly, že je nic nebaví či na koníčky nemají čas. Výzkumný soubor tedy tvořily převážně osoby, které se snaží kvalitně strávit čas a být aktivní i přes tělesné bariéry.

Celých 25 % respondentů uvedlo, že vnímala své dětství tak, že byli v blízkém kontaktu s osobou, která měla problém se závislostí. Toto může být, dle Miovského, i problém při fixaci rizikových vzorců chování (Miovský et al., 2010).

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že u 68,3 % osob se úraz nestal pod vlivem návykové látky. U 14,8 % osob vznikl úraz pod vlivem nějaké návykové látky. Odstrčil (2009) ve své práci uvádí dvě osoby z celkem třiceti osob, které byly v době úrazu pod vlivem návykové látky, což je 6,6 %. Tato zjištění se liší od studie Heinemanna, Dolla a Sholla, kteří uvádí, že celá polovina úrazů se stala v souvislosti či po požití návykové látky (Heinemann, Doll & Scholl, 1993). Rozdíl ve prospěch snížení počtu úrazů pod vlivem přisuzuji době, ve které se dbá na podchycení alkoholu v zaměstnání. Více osob dnes dbá na větší bezpečnost při sportu než v minulých desetiletích.

V dotazníkovém šetření bylo zaznamenáno 6 % abstinentů vzhledem k užívání alkoholických nápojů. Toto číslo je shodné se zjištěním Horákové (2013), která uvedla 5,5 % abstinentů mezi respondenty s míšní lézí. V práci Císařové (2021) bylo uvedeno 28,4 % osob, které nekonzumují alkohol, ale je třeba zdůraznit, že respondenti byli tvořeni skupinou osob s různým fyzickým postižením vč. amputací, deformací a neurologických paréz. Z šetření tedy lze potvrdit i závěr, že v kategorii osob s míšní lézí je mnohem méně osob, které abstinují či užívají alkohol nízko rizikově. Denní užití alkoholu v tomto výzkumném šetření uvedlo 22,7 % osob (n=23). Dle výzkumu provedeném Horákovou, se celkem 24,5 % osob s míšní lézí pohybovalo mezi rizikovým pitím alkoholu a závislostí. Rizikově užívalo alkohol 19,4 % osob, prvky závislosti se projevily u 1,7 % respondentů a škodlivě užívaly alkohol 3,4 % osob.

Nejpočetnější skupinu denních konzumentů alkoholu tvořili muži ve věku 44-59 let, celkem 39,13 % (n=9) a ve věkovém intervalu 35-44 let taktéž 39,13 % (n=9).

Dle šetření bylo zjištěno, že po úrazu přibylo osob, které začaly abstinovat od alkoholu, a to v počtu 8,9 % (n=9) a zároveň 4,9 % zůstalo abstinenty. Nižší konzumaci alkoholu uvedlo 35 % osob. Oproti tomu vyšší konzumaci alkoholu uvedlo po úrazu 2,9 % a konzumaci alkoholu nově po úrazu uvedly dvě osoby tj. 1,9 %. Horáková (2013) ve své práci uvádí, že počet abstinentů se po úrazu zvedl o 1 % (z 5% na 6 %). Předpokládám, že vyšší počet nových abstinentů v této výzkumné studii je odrazem pravidelných edukací a workshopů v posledních letech a klienti a pacienti mají lepší povědomí ohledně souvisejících komplikací mezi úrazem a onemocněním a užíváním alkoholu.

Další legální látkou zjišťovanou v šetření byl tabák. Celkem 21,7 % respondentů je denními kuřáky. Nekuřáci tvořili 26,7 % respondentů. Šetření odpovídá zjištění ve studii Odstrčila (2009), které probíhalo v ParaCENTRU Fenix. Respondenti zde uvedli denní kuřáctví v 13 % a nekuřáctví v 77 % odpovědí. Nových kuřáků se po úrazu objevilo ve studii Odstrčila 13 % a těch, kteří zanechali kouření byla celkem jedna osoba tj. 0,33 %. Celkem 10 % uvedlo, že kouří stejně často před úrazem i po úrazu. V mém výzkumném šetření se nových kuřáků objevilo po úrazu 4,9 %. Těch, kteří po úrazu přestali kouřit, se objevilo v šetření 27,7 % (n=28). V obou šetřeních tedy přibylo nekuřáků a těch, kteří zanechali kouření po úrazu.

Elektronickou cigaretu nikdy dle dotazníkového šetření nevyzkoušelo 73 % respondentů. Těch, kteří začali po úrazu užívat elektronickou cigaretu nově, bylo zaznamenáno 2,9 % (n=3). Kuřáků elektronické cigarety, kteří kouří stejně před a po úrazu, bylo celkem 5,9 %. Předpokládám, že vyšší procento osob, které nikdy nevyzkoušely elektronickou cigaretu či málo osob, které kouří elektronickou cigaretu denně, ovlivňuje konzervativnost a zvyk v užívání běžného tabáku u nejpočetněji zastoupených věkových skupin mezi respondenty.

Nejčastěji užívanou nelegální návykovou látkou bylo ve výzkumném šetření konopí. Jednalo se o celkem o 3,9 % respondentů kteří kouří konopí denně. Těch, kteří někdy v životě vyzkoušeli konopí se v šetření objevilo 25,7 %. Osob, které po úrazu užívají konopí stejně jako před úrazem či onemocněním je 5,9 %. Nových kuřáků konopí po úrazu je 4,9 %.

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že 8,9 % respondentů užilo konopí jednou v průběhu posledního roku, za poslední měsíc 4,9 % a denně užívá konopí 3,9 %. Celkem se jedná o 17,7 % osob. Až po úrazu či onemocnění začalo konopí užívat 4,9 % respondentů a 5,9 % zhodnotilo, že po úrazu kouří konopí více než před úrazem. Šperlová (2009) prováděla

výzkumné šetření u jedinců s různým zdravotním postižením. Ve své studii udává, že v posledním roce užilo konopí 72 % respondentů.

Odstrčil ve své studii udává, že celkem 20 % (n=6) respondentů užívalo konopí před úrazem a taktéž 20 % konzumuje konopí po úrazu „občas“.

Z výzkumu u osob s míšní lézí vyplývá nižší prevalence užití konopí během posledního dne, měsíce a roku u osob s míšní lézí po úrazu či onemocnění.

U dalších nelegálních návykových látek jako jsou těkavé látky, halucinogeny, kokain, pervitin, opium, morfin a heroin bylo zjištěno, že nebyly nikdy vyzkoušeny respondenty v 88 % až 98 %. Návykové látky, které respondenti uvedli, že již neužívají, byly uvedeny tyto: extáze 12 %, kokain 8,9 %, pervitin 6,9 %, halucinogeny 8,9 % a těkavé látky 1,9 %. Myšleno před úrazem ano a po úrazu již návykovou látku respondenti neužívají.

Po vzniku úrazu či onemocnění začalo 1,9 % (n=2) respondentů užívat opium a morfin a 0,9 % (n=1) halucinogenů a stejný počet i kokain.

Ze zjištění Pančochy (2009) vyplynulo, že užívání návykových látek, se před vznikem úrazu a po vzniku úrazu výrazně nemění. To také potvrzuje výzkumné šetření v této studii.

Respondenti uvedli, že po úrazu nejvíce užívají léky na bolest, i když před úrazem neužívali, a to v 28,7 % (n=29). Více užívá léky na bolest 6,9 % respondentů. Léky na spaní začali respondenti užívat po úrazu v 18,8 %. Více užívá léky na bolest 2,9 % respondentů. Léky na uklidnění jsou uvedeny nově po úrazu či onemocnění v 19,8 %, vyšší užívání uvedlo 0,9 % osob.

Denní užití tišících léků či sedativ uvádí i Šperlová (2009). Denně nebo téměř denně tišící léky nebo sedativa v její studii udává 18 % respondentů.

Dotazník ve výzkumném šetření měl celkem 13 otázek. Většinu otázek tvořily otázky uzavřené. V jednom případě se jednalo o polootevřenou otázku a dotazník skýtal prostor pro vlastní odpověď. Čtyři otázky nabídly prostor pro vlastní popis situace slovem „jiné“. V žádném ze 101 dotazníků však nebyla kolonka „jiné“ vyplněna. Například se jednalo o možnost zápisu v části: užití jiných nelegálních látek, než jsou uvedeny. Otevřené otázky by mohly být rizikem velmi rozdílných odpovědí, ale na druhou stranu by mohly otevřít prostor pro širší diskuzi a ukázat rozdílnost zájmů respondentů. Celkově bych zhodnotila dotazník s 13 otázkami kladně pro jeho časovou nenáročnost. Pro příště bych raději

vynechala doplňující otázky v otázce číslo 11. Pro kvantitativní výzkum a zjišťování závislosti je popis tolika pocitů při užívání návykové látky nadbytečných.

16. Závěr

Závěrem může autorka shrnout splnění daných cílů.

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapování problematiky závislosti na legálních a nelegálních návykových látkách ve skupině osob s poraněním či onemocněním míchy a to, jak se změnilo užívání návykových látek po úrazu či onemocnění. Výzkum se podařilo zrealizovat na základě dotazníkového šetření. Výsledky výzkumu a dotazníkového šetření byly v praktické části výzkumné práce převedeny do grafů s komentáři. Vedlejším cílem bylo získání zpětné vazby od klientů Centra, a to, jakým způsobem by svoji případnou závislost chtěli řešit.

Vybrané metody k dosažení cíle a získání dat byly zvoleny vhodně a pomohly získat potřebná data a informace, které byly přínosné pro výzkumnou práci i pro naplánování strategií přístupu k závislostem v Centru.

Návratnost dotazníkového šetření byla 95 %. Z předaných 106 dotazníků se vrátilo či bylo vyplněno kompletně 101 dotazníků. Pět dotazníků nebylo vyplněno jen v některých svých částech.

Na základě získaných dat a informací v rámci dotazníkového šetření je autorkou navrženo, aby i v budoucnu probíhaly další výzkumy u specifických skupin osob se zdravotním postižením, protože problematika závislosti u nich není dostatečně zmapována a včasnou intervencí lze zabránit rozvoji nemoci i závislosti a komplikacím, které užívání návykových látek způsobuje. Zabráněním rozvoje komplikací je tak možno zvýšit kvalitu života osob s míšní lézí. Nelze u nich opominout ani ekonomické důsledky užívání návykových látek.

Autorka doporučuje, aby šetření probíhala u osob se zdravotním postižením nadále i formou „face to face“ tj. osobně, protože vzhledem k tělesným komplikacím je pro některé respondenty dotazník těžko vyplnitelný a respondent může být již předem od vyplnění dotazníku odrazen.

Osoby s míšní lézí po úrazu či nemoci tvoří nemalou skupinu osob se získaným fyzickým postižením, kteří mají zájem o edukaci a o služby specialisty na adiktologii. Problémy využití služby se vztahují k dosažitelnosti bezbariérových služeb. Celkem 50 % respondentů (n=51) projevilo zájem o zkontaktování specialisty ve známém a bezpečném místě Proto by bylo vhodné mít tyto služby v bezbariérovém prostoru, a tím snadno k dispozici.

17. Literatura

Blažek, B., Olmrová, J. (1985). *Krása a bolest: úloha tvořivosti, umění a hry v životě trpících a postižených.* Praha: Panorama.

Centrum Paraple. Výroční zpráva Centra Paraple 2018. Dostupné z: https://www.paraple.cz/paraple/o-nas/vyrocni-zpravy/

Centrum Paraple. Výroční zpráva Centra Paraple 2019. Dostupné z: https://www.paraple.cz/paraple/o-nas/vyrocni-zpravy/

Centrum Paraple. Výroční zpráva Centra Paraple 2020. Dostupné z: https://www.paraple.cz/paraple/o-nas/vyrocni-zpravy/

Císařová, I. (2021). Užívání návykových látek a závislostní chování u osob se získaným tělesným postižením: dotazníkové šetření. (Bakalářská práce). Universita Karlova. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/147764/130314586.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Česká asociace paraplegiků. Vozejkov. Akce. Sport. Dostupné z: https://vozejkov.cz/cz/akce/sport

Česká společnost pro míšní léze. Statistika počtu pacientů na SRJ v roce 2020. Dostupné z: http://www.csml.cz/wp-content/uploads/2022/03/pocet-pacientu-srj20.pdf

Česká společnost pro míšní léze. Statistika počtu pacientů na SRJ v roce 2021. Dostupné z: https://www.spinalcord.cz/wp-content/uploads/2022/05/SRJ-2021.pdf

Český statistický úřad. (2020). Výběrové šetření osob se zdravotním postižením v roce 2018. Praha: ČSÚ. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/122362692/06200420.pdf/d203b0fc-50c5-4763-ae5c-4ad5d2a8e2fd?version=1.3

Heinemann, A. W. (Ed.), Doll, M. & Scholl, S. (1989). *Treatment of alcohol abuse in persons with recent spinal cord injuries.* Alcohol Health and Research World, 13(2): 110-117

Horáková, D. (2013). *Výskyt a souvislosti užívání alkoholu u osob po poškození míchy.* (Diplomová práce). Universita Karlova. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/54492

Hrabálek, L., (2011). *Poranění páteře a míchy.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Kabíček, P., Sulek, Š., Mizerová, L. (2010). Syndrom rizikového chování v dospívání (možnost efektivní prevence v oblasti abúzu návykových látek). Pediatrie pro praxi. 11(1): 46-48. Dostupné z: https://www.solen.cz/pdfs/ped/2010/01/11.pdf

Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie.* Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. et al. (2003). D*rogy a drogové závislosti – mezioborový přístup.* Praha: Úřad vlády České republiky.

Klimantová, T., (2018). Adiktologické aspekty u osob se zdravotním postižením. Bakalářská práce. Dostupné z: https://theses.cz/id/qjz6ea/Adiktologick_aspekty_u_osob_se_zdravotnm_postienm.pdf?info

Kočiš, J., Wendsche, P. et al. (2012). *Poranění páteře.* Praha: Galén.

Kolektiv autorů. (1999). *Všeobecná encyklopedie v 8 svazcích.* Praha: Diderot. Dostupné z: https://www.academia.edu/2916259/T%C4%9Blesn%C3%A1_jinakost_ne_zp%C5%AFsobilost_posti%C5%BEen%C3%AD_hendikep_K_politice_p%C5%99ekladu_a_teoretick%C3%A9mu_vymezen%C3%AD_pojm%C5%AF

Křivohlavý, J. (2002). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Portál.

Kříž, J. at al. (2019). *Poranění míchy.* Praha: Galén.

Kudrle, S. (2016). *V přírodě není nic na dluh*. E15. Dostupné z: https://www.drogy.net/nazory/stanislav-kudrle-v-prirode-neni-nic-na-dluh.html

Miovský, M. et al., (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: TOGGA.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Vopravil, J.(2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-nfo.cz/data/obj_files/33369/1076/VZdrogy2019_v02_s%20obalkou.pdf

Müllerová, J. (2009). *Analýza závislostního chování u jedinců s tělesným postižením.* (Bakalářská práce). Brno: Masarykova universita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/r7wis/

Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová, R., &Bártová, A. (2012). *Užívání drog ve skupinách osob s obtížným přístupem k drogovým službám*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/urad-vlady/vydavatelstvi/vydane-publikace/Uzivani_drog_ve_skupinach_s_obtiznym_pristupem_k_drogovym_sluzbam_v_CR.pdf

Odstrčil, M. (2010). *Specifika užívání návykových látek u osob s tělesným postižením* (Diplomová práce). Brno: Masarykova universita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/beofx/

Pančocha, K. (2009). *Zneužívání návykových látek u jedinců se získaným tělesným postižením*. In M. Bartoňová at M. Vítková. Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami III (s.31-40). Brno: Masarykova universita.

Pivoňková, E. (2014). *Whiplash syndrom krční páteře (prásknutí bičem)* - příznaky, projevy, symptomy. Příznaky a projevy nemoci. Dostupné z: https://www.priznaky-projevy.cz/traumatologie/715-whiplash-syndrom-krcni-patere-prasknuti-bicem-priznaky-projevy-symptomy

Pokorný, V. a kol. (2002). *Traumatologie.* První vydání. Praha: Triton.

Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. *Listina základních práv a svobod*. Hlava čtvrtá, článek č. 29 Dostupné z: https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html

Silverman, D. (2005). *Ako robiť kvalitatývny výzkum*. Bratislava: Ikar.

Sliwková, D. (2022). *Duše. Trauma – trpká součást života*. Centrum Paraple. Dostupné z: https://www.paraple.cz/poraneni-michy/duse/trauma-trpka-soucast-zivota/

Šperlová, L. M. (2009). *Prevalence užívání návykových látek u zdravotně postižených osob. (*Diplomová práce*).* Universita Karlova. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/23125

Štulík, J.et al., (2010). *Poranění krční páteře*. Praha: Galén

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál

Vítková, M. (1999). *Somatopedické aspekty.* Brno: Paido.

Vláda České republiky. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. (1993). *Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení.* Dostupné z: *https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/npo93.pdf*

Vozejkov.cz, dostupné z: https://vozejkov.cz/cz/akce/sport/metrostav-handy-cyklo-maraton

Vymětal, J. et al. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.

Zábranský, T., (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc.

Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetřovatelské praxi.* Praha: Grada Publishing.

18. Přílohy

18.1. Příloha A: Seznam grafů

Graf č. 1 – Struktura respondentů dle pohlaví (N= 101)……..…..36

Graf č. 2 – Věková struktura respondentů (N= 101)…….…….37

Graf č. 3 – Struktura respondentů dle vzdělání (N= 101)……..…38

Graf č. 4 – Struktura respondentů dle bydlení s někým či sám (N= 101)……..38

Graf č. 5 – Struktura respondentů dle poruchy motoriky (N= 101)……...39

Graf č. 6 – Struktura respondentů dle poruchy čití (N= 101)…….…39

Graf č. 7 – Struktura respondentů dle zájmů, kterým se věnují (N=101)……..……40

Graf č. 8 – Respondenti dle délky doby po úrazu (N=101)……...41

Graf č. 9 – Struktura respondentů dle vnímání závislosti v rodině (N=101)……..……42

Graf č. 10 – Struktura respondentů dle okolnosti úrazu (N= 101)……...……..43

Graf č. 11a – Struktura respondentů dle užívání legálních návykových látek (N= 101)……43

Graf č. 11b – Denní užití alkoholu dle věku (N= 101)……...44

Graf č. 12a – Struktura respondentů užívání nelegálních návykových látek (N= 101)……..46

Graf č. 12b – Struktura respondentů dle užívání léků na / bez předpis(u) (N= 101)……...46

Graf č. 13 – Struktura respondentů dle spotřeby legálních návykových látek po úrazu či onemocnění (N= 101)……..47

Graf č. 14 – Struktura respondentů dle spotřeby nelegálních návykových látek po úrazu či onemocnění (N= 101)…….……48

Graf č. 15 – Struktura respondentů dle spotřeby léků na(bez) předpis(u) po úrazu či onemocnění (N= 101)……...……...50

Graf č. 16 – Struktura respondentů uvažujících o změně (N= 101)……..50

Graf č. 17 – Struktura respondentů dle chování vzhledem k návykovým látkám/lékům…...51

Graf č. 18 – Struktura respondentů dle kontaktu krizové linky …….....53

Graf č. 19 – Struktura respondentů dle zkontaktování specialisty na odvykání (N= 101)…..54

18.2. Příloha B: Dotazník a Informovaný souhlas

Dotazník na téma Závislost u klientů s míšní lézí

Dobrý den, jmenuji se Olga Egemová, jsem studentka adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. V současné době pracuji na bakalářské práci s názvem **Závislost u klientů s míšní lézí, a to** po úrazu páteře, ischemii (cévní mozková příhoda) či u nádorového onemocnění.

INFORMACE PRO RESPONDENTA:

Veškeré údaje od Vás v tomto dotazníku jsou anonymní a budou využity pro účely bakalářské práce. Pro zaměstnance Centra Paraple bude dotazník k dispozici **pouze v anonymní formě bez možnosti identifikovat konkrétního klienta**. Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku předem.

Dotazník č. 1- 100……

Informace o respondentovi:
Vhodnou odpověď prosím označte ve čtverečku takto: ☒

Pohlaví: muž: ☐ žena: ☐

Věk: _____

Uveďte kraj, kde žijete: _____

Nejvyšší dosažené vzdělání:

ZŠ: ☐ SŠ bez maturity: ☐ SŠ s maturitou: ☐ vyšší odborné: ☐ VŠ: ☐

1. V domácnosti žijete:

- sám ☐
- s někým ☐
- dochází ke mně asistent či někdo z příbuzenstva ☐

2. Vaše onemocnění se týká poruchy motoriky (hybnosti):

- hemiparéza (částečná jednostranná ztráta hybnosti, obě končetiny levé nebo obě pravé) ☐
- hemiplegie (úplná ztráta hybnosti, obě končetiny levé nebo obě pravé) ☐
- paraparéza (částečná ztráta hybnosti u obou horních či obou dolních končetin) ☐

- paraplegie (úplná ztráta hybnosti, u obou horních či obou dolních končetin) ☐
- tetraparéza (částečná ztráta hybnosti u obou horních a obou dolních končetin) ☐
- tetraplegie (úplná ztráta hybnosti u obou horních a obou dolních končetin) ☐
- jiné ☐

3. Vaše onemocnění se týká poruchy čití (vnímání podnětů jako bolest, chlad, teplo, vibrace aj.) s projevy jako je mravenčení či snížené vnímání:

- v horních končetinách ☐
- v dolních končetinách ☐
- končetiny horní i dolní ☐
- jiné – vypište ☐
- nemám tyto problémy ☐

4. Po úrazu / onemocnění jste:

- 0-1 rok ☐
- 2-5 let ☐
- 6-10 let ☐
- více jak 10 let ☐

5. Máte své zájmy a koníčky, kterým se věnujete:

- každý den ☐
- příležitostně ☐
- nemám žádné hobby, nic mě nebaví ☐
- nemám čas na hobby ☐
- měl jsem koníčky, ale vzhledem k onemocnění se jim už nemohu věnovat ☐
- prosím uveďte svůj koníček /koníčky: _____

6. Vnímám svoje dětství (do 18 let) tak, že osoby, s kterými jsem vyrůstal měli problém se závislostí?

- ano ☐
- ne ☐

7. Váš úraz či onemocnění se stal pod vlivem Vašeho pití alkoholu či užití nelegální látky?

- Ano ☐
- Ne ☐
- Nestalo se mojí vinou (úraz či onemocnění) ☐
- Nestalo se mojí vinou, ale při úrazu jsem byl pod vlivem NL. ☐
- Jiné – můžete popsat…… ☐

8. Prosím označte křížkem ☒ v tabulce, co pro Vás platí:

Užíváte některou z těchto látek?	ne/nikdy	1x vyzkoušel	v posledním roce	v posledních 30 d	denně/téměř denně
tabákové výrobky					
elektronická cigareta					
alkohol (pivo, víno, destiláty...)					
konopné látky (marihuana, hašiš...)					
heroin					
morfin					
opium					
pervitin					
kokain					
extáze					
halucinogenní látky (LSD, houby...)					
těkavé látky (toulen, aceton…)					
jiné …					
Užíváte některý z těchto léků (získané na lékařský předpis i bez předpisu) :	**ne/nikdy**	**1x vyzkoušel**	**v posledním roce**	**v posledních 30 d**	**denně/téměř denně**
léky na bolest (opiátová analgetika)					
léky na spaní (hypnotika)					
léky na uklidnění (sedativa)					

**** pokud jste zodpověděl/la NE/NIKDY u všech látek a léků, prosím přejděte na otázku číslo 12.**

9. Prosím označte křížkem ☒ v tabulce, co pro Vás platí:

Spotřeba návykové látky po úrazu či onemocnění je u mě:	nikdy jsem nevyzkoušel	užíval jsem před úrazem, nyní neužívám	užíval jsem před úrazem i po něm, moje spotřeba je teď			užívám nyní, před úrazem jsem neužíval
			nižší	stejná	vyšší	
tabákové výrobky						
elektronická cigareta						
alkohol (pivo, víno, destiláty...)						
konopné látky (marihuana, hašiš...)						
heroin						
morfin						
opium						
pervitin						
kokain						
extáze						
halucinogenní látky (LSD, houby...)						
těkavé látky (toulen, aceton...)						
jiné ...						

Spotřeba léků získaných na lékařský předpis nebo bez je u mě po úrazu či onemocnění:	nikdy jsem nevyzkoušel	užíval jsem před úrazem, nyní neužívám	užíval jsem před úrazem i po něm, moje spotřeba je teď			užívám nyní, před úrazem jsem neužíval
			nižší	stejná	vyšší	
léky na bolest (opiátová analgetika)						
léky na spaní (hypnotika)						
léky na uklidnění (sedativa)						

10. Pokud užíváte či využíváte některé z výše uvedeného v tabulce, uvažujete o změně?

- Ne, tento stav mi vyhovuje. ☐
- Uvažuji o tom, že někdy přestanu. ☐
- Chystám se zajít do poradny v nejbližší době. ☐
- Mám zájem se začít léčit ihned. ☐
- Už jsem zkontaktoval specialistu a Již se léčím. ☐
- Jsem po léčbě a abstinuji. ☐
- Zkoušel jsem přestat s užíváním, ale nepodařilo se mi to. ☐

11. Prosím, označte křížkem ☒ všechny možnosti chování, které se Vás týkají:

Charakterizujte své chování ve vztahu k výše uvedeným návykovým látkám či lékům:	**nikdy**	**vyjímečně**	**často**	**velmi často**
Zanedbáváte kvůli užívání někdy své potřeby - jídlo/spánek?				
Máte někdy představy, že právě vychutnáváte svoji cigaretu, držíte skleničku alkoholu či užíváte některou z látek v ot. č. 8?				
Cítíte se mrzutý/á, když nemůžete užít?				
Pokusil/a jste se někdy přestat s užáváním?				
Stává se Vám, že zkonzumujete či užijete více, než jste původně měli v úmyslu?				
Hádáte se se svojí rodinou přáteli či partnerem kvůli užívání?				
Cítíte se náhle veselejší a šťastnější, když víte, že si můžete zapálit, dát sklenku alkoholu či užít některou z látek v ot. č.8 ?				
Strádá Vaše rodina/přátelé/práce/zájmy kvůli času, který Vám vezme užívání?				
Máte pocit, že užíváte stále více ?				
Máte někdy pocit, že Vám užívání již nic nedává, ale stejně pokračujete?				

12. Stalo se Vám někdy, že Váš psychický či fyzický stav vyžadoval zavolání na krizovou linku či návštěvu krizového centra (sebepoškozování, sebevražedné myšlenky, deprese)?

- nikdy ☐
- již se jednou stalo ☐
- 2-5x ☐
- 6 a vícekrát ☐

13. Pokud byste zkontaktoval specialistu na odvykání, preferoval/a byste:

- Anonymní centrum, specialistu ☐

- Známé a bezpečné prostředí ☐

- Edukace formou brožury, blogu na internetu, online poradenství. ☐

KONEC DOTAZNÍKU

Informovaný souhlas

Název studie (projektu): Závislost u klientů s fyzickým postižením – látkové závislosti

Řešitel studie: Bc. Olga Egemová

Vlastní informace o studii a průběhu samotné studie:

Dobrý den, jmenuji se Olga Egemová, jsem studentka adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. V současné době pracuji na bakalářské práci s názvem ***Závislost u klientů s fyzickým postižením.***

Chtěla bych Vám předem poděkovat za ochotu k vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci. Dotazník bude zcela anonymní a bude využit jen pro účely této bakalářské práce, popř. v plně anonymizované podobě pro potřeby Centra Paraple.

Získaná data budou publikována anonymně, nebudou zveřejněna jména. Pro jednotlivého účastníka se bude jednat o vyplněné dotazníku s 13 otázkami, celkem vyplnění zabere cca 30 minut času.

Cílem výzkumu je zjistit, zda a jak se rozvíjí, případně vůbec nevzniká závislost na návykových látkách u osoby po úrazu páteře (traumatický míšní syndrom), při míšní ischemii či nádorovém onemocnění vedoucímu k problémům s hybností.

Vedoucím práce je Mgr. Kateřina Svěcená, Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN.

Na závěr bych Vás chtěla poprosit o upřímné odpovědi.

Jméno:……

Datum narození: ……

Já, výše podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let a byl jsem seznámen se studií, které se účastním dobrovolně a jsem si vědom, že od ní mohu kdykoliv bez udání důvodů odstoupit. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky a na všechny jsem dostal/a uspokojivou odpověď.

Moje osobní data budou uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů.

Podpis účastníka:

Datum

Podpis řešitele: Olga Egemová

Datum: