

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Analýza zdravotně sociálních důsledků na život
pacientů s polytraumatem**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Jiří Placer, DiS

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: PhDr. Marek Zeman, PhD.

Datum odevzdání práce: 21.5. 2012

Abstrakt

Název práce: Analýza zdravotně sociálních důsledků na život pacientů s polytraumatem

Polytrauma je závažné vícečetné poranění, které člověka bezprostředně ohrožuje na životě. Prodělání polytraumatu pak významně ovlivňuje kvalitu života a v jeho důsledku i jednotlivé složky osobnosti klienta.

Cílem této práce je analýza zdravotně sociálních důsledků na život pacientů s polytraumatem, a to nejen během pobytu v nemocnici, ale i po propuštění, včetně změn kvality života po prodělaném polytraumatu, a významu vlivu péče o pacienty v systému ucelené rehabilitace. Práce je členěna do dvou základních částí, teoretické a výzkumné.

První část podává teoretický přehled o problematice polytraumat, definuje pojem ucelené rehabilitace a její jednotlivé složky. Charakterizuje pojem kvalita života a zabývá se jejími specifiky u osob po prodělaní polytraumatu. Teoretická část také popisuje systém Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví (ICF).

Výzkumná část je zpracována metodou kvalitativního výzkumu. Hlavní náplň tvoří vlastní výzkumné šetření sestávající se z šesti případových studií pacientů s polytraumatem. Případové studie jsou zpracovány na základě technik pozorování, polostrukturovaného rozhovoru, analýzy dokumentů, kódování dle ICF a dotazováním prostřednictvím dotazníku SEIQoL.

V závěru práce je provedena diskuse dosažených výsledků. Souhrnně lze konstatovat, že všichni respondenti byli schopni svůj zdravotní stav po prodělaní polytraumatu přijmout, vyrovnat se s ním a naučit se s ním plnohodnotně žít. Výzkum ukázal, že velkou rolí zde kromě efektivní zdravotní péče realizované multidisciplinárním týmem odborníků a aktivní participace klientů na léčebném procesu hrají i dobré rodinné vztahy a podpora partnerů.

Práce může být využita v klinické praxi, jako informační materiál pro pacienty, jejich rodiny, studenty zainteresovaných oborů, ale i pro laickou veřejnost.

Abstract

Title of the thesis: Analysis of healthy social effects for the life of patients with polytrauma.

Polytrauma is a severe multiple injury posing an imminent threat to human life. Such trauma will then significantly affect the quality of client's life and, consequently, also the constituent parts of his or her personality.

This paper aims to analyze medical and social consequences that multiple injuries can have for the life of patients, not only during their hospitalization, but also after their discharge from hospital; moreover, addressed have been changes in the quality of life that the polytraumas entailed and the importance of care given to the patients through the system of comprehensive rehabilitation. The paper is subdivided into two main parts - a theoretical section and a research section.

The introductory section presents a theoretical overview of the polytrauma issues; defines the concept of comprehensive rehabilitation and its components; explains the "quality of life" term; and deals with the "quality of life" specifics in persons having suffered a polytrauma. In addition, the theoretical section describes the **International Classification of Functioning, Disability & Health (ICF)**.

The research section has relied on the method of qualitative survey. The major part of the section consists of author's own investigation encompassing six case studies of polytrauma patients. The studies have been processed using the techniques of observation, semi-structured interviews, document analyses, coding according to ICF, and inquiries distributed through the SEIQoL questionnaire.

The research results are discussed at the paper's conclusion. Generally observed, all respondents proved capable of accepting their state of health developed after suffering the polytrauma, they were able to squarely confront their condition and learn to live a fulfilling life. The research has shown that, apart from effective medical care delivered by a multidisciplinary team of specialists and besides an active involvement in

the treatment by the clients themselves, a major role is played by harmonious family relationships and support offered by the clients' partners.

The paper can be useful in clinical practice and as a piece of instructional material for patients and their families, for students in associated lines of study and for the general public.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

21.5. 2012

Jiří Placer

Poděkování

Děkuji PhDr. Marku Zemanovi PhD., za odborné vedení práce, za trpělivost a mnoho cenných rad a podnětů.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Charakteristika polytraumatu.....	10
1.2 Ucelená rehabilitace a její prostředky.....	14
1.2.1 Léčebná rehabilitace	16
1.2.2 Sociální rehabilitace.....	19
1.2.3 Pedagogická rehabilitace	22
1.2.4 Pracovní rehabilitace.....	23
1.3 Pojem Kvalita života.....	27
1.3.1 Faktory ovlivňující kvalitu života.....	30
1.3.2 Indikátory kvality života.....	33
1.3.3 Metody měření kvality života.....	34
1.3.4 Přístupy k chápání pojmu kvalita života.....	36
1.3.5 Instrumenty kvality života	38
1.3.6 Význam hodnocení kvality života	40
1.4 Specifika kvality života po polytraumatu	43
1.5 Mezinárodní klasifikaci funkčnosti, postižení a zdraví	47
1.5.1 Filosofie ICF	48
1.5.2 Význam použití ICF.....	51
2. CÍL PRÁCE	54
3. METODIKA PRÁCE	55
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	60
4. VÝSLEDKY	62
5. DISKUSE.....	103
5.1 Rozdělení zdravotně sociálních důsledků u vzorku klientů z hlediska Gender.....	110
6. ZÁVĚR	113
7. KLÍČOVÁ SLOVA	114
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	115

ÚVOD

Nejen v oblasti medicíny je v posledních letech velmi frekventovaný pojem „kvalita života“. Současná medicína již obvykle chápe člověka jako bio-psycho-sociálně-spirituální bytost. Člověk by měl pociťovat naplnění ve všech těchto oblastech. Nejedná se již pouze o to, aby se pacient, léčený na tu či onu nemoc, co nejvíce přibližoval fyziologickým hodnotám při testech prováděných lékaři. Léčba by měla brát v úvahu i aspekty jako psychická kondice, společenské uplatnění, náboženské přesvědčení nebo ekonomické potřeby klienta.

V dnešní době je hlavním cílem medicíny prodlužování délky života a zlepšování kvality života. Pod pojmem kvalita života se běžně chápe to, jak člověk vnímá své postavení vůči společnosti, ve které žije, jak je spokojený se svým životním stylem a naplňováním svých očekávání a cílů. Dá se říct, že kvalita života vyjadřuje, jak člověk hodnotí svoji momentální životní situaci.

Samotný pojem kvalita života v sobě obsahuje značný podíl subjektivní dimenze, a ta se silně promítá právě do vztahu kvality života a zdravotního stavu jedince. To, jak jedinec subjektivně vnímá sám sebe, jak je sám se sebou spokojen, je nesmírně důležité pro posouzení úspěšnosti, či neúspěšnosti intervencí ošetřovatelských, rehabilitačních, ale i medicínsko-terapeutických (Petr, 2004).

Adorace objektivnosti ve vědě vede k tomu, že kvalita života je dosahována opět jen objektivně zjiřitelnými, tj. měřitelnými predikcemi. Tak dochází k tomu, že se tento ideál vlastně „vyrábí“, kvalita života se stává něčím věcným, co se dá koupit, co je možno získat stejně jako věci. To se pak projevuje ve spoustě naměřených vědeckých výsledků, jimiž se plní databáze počítačových pamětí a stránky bulvárního tisku (Hogenová, 2002).

Tématem této diplomové práce je „Analýza zdravotně sociálních důsledků na život pacientů s polytraumatem“. Tato práce se zaměřuje na zdravotně sociální důsledky polytraumatu u pacientů nejen během pobytu v nemocnici, ale i po propuštění z nemocnice. Zabývá se otázkami, jakým způsobem byl subjektivně ovlivněn jejich osobní, rodinný, sociální, pracovní život i zdravotní stav.

Diplomová práce poskytuje souhrn dat k problematice ucelené rehabilitace a kvality života u pacientů s polytraumatem. Jejím cílem je zhodnotit přijetí následků úrazu (postižení) a vyrovnání se s poúrazovým stavem u pacientů s polytraumatem. Dílčím cílem této práce je zjistit subjektivně pojímanou kvalitu života těchto osob. K vypracování teoretických částí je použita metoda analýzy odborné literatury a internetových zdrojů. Hlavními metodami kvalitativního šetření jsou případové studie (kazuistiky), které jsou zpracovány na základě rozhovorů s osobami s polytraumatem. Součástí kazuistik je dotazník subjektivního vnímání kvality života. Jako doplňková metoda byla použita metoda SEIQoL.

Jedná se o kvalitativní šetření za použití rozhovoru s respondenty, analýzy zdravotnické dokumentace, kódování dle ICF a doplňkového dotazníku kvality života SEIQoL.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 CHARAKTERISTIKA POLYTRAUMATU

Úraz, též trauma, je označením pro poranění vzniklé působením náhlé zevní události na organismus a jeho následné poškození. Trauma může být i psychického původu, který vede k funkčním poruchám vyšší nervové činnosti a může vyvolat i organické změny (Machová, Kubátová a kol., 2006).

Polytraumata jsou závažná mnohočetná poranění, která bezprostředně ohrožují člověka na životě. Prodělání takového polytraumatu pak významně ovlivňuje kvalitu života člověka a všechny složky jeho osobnosti.

„Pojmem polytrauma je označováno současné poranění nejméně dvou tělesných systémů, přičemž poranění alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace bezprostředně ohrožují základní životní funkce.“ (Višňa, Hoch a kol., 2004) Jedná se o stav, který vede bez odborné lékařské pomoci k letálnímu konci. Bezprostředně po úraze je polytraumatizovaný jedinec ohrožen rozvojem traumatického šoku. Prognóza závisí na rozsahu poranění, rychlosti a kvalitě přednemocniční a nemocniční péče.

Tělesná postižení po úraze bývají nejčastěji zapříčiněna dopravními nehodami, zasažením elektrickým proudem, výbuchem atd. Trvalé následky těchto úrazů zasahují zcela nebo částečně mobilitu člověka, ale mohou se také negativně promítnout do kvality jeho života (Renotierová, 2003). Tělesné postižení se vyznačuje omezením pohybových schopností, které zasahuje jedince nejen po stránce pohybové, ale i psychické a sociální. V důsledku změněné životní situace se osoby po úraze musí vyrovnat s řadou potíží a překážek a právě míra vyrovnání se s vlastním postižením indikuje stupeň integrace do majoritní společnosti a kvalitu jejich života. Přijetí nové situace závisí nejen na osobnostních vlastnostech, zdravotním stavu a stupni postižení každého jedince, ale velmi podstatnou úlohu sehrává i kvalita vztahů s jeho okolím, rodinné zázemí, přátelské a partnerské vztahy a vyhlídky do budoucna. Psychický stav jedince pak zásadně ovlivňuje následnou pourazovou péči, pro jejíž úspěšnost je

vyžadována jeho aktivní účast a motivace ke změně a zlepšení svého celkového zdravotního stavu.

S ohledem na definici polytraumat jsou v této kapitole popsána možná poranění, která se mohou vyskytovat.

Při úrazech hlavy může dojít k postižení měkkých tkání (tržně zhmožděné či řezné rány, hematomy), ke zlomeninám lebečních či obličejových kostí nebo k závažnějším uzavřeným nebo otevřeným poraněním mozku (Šlapal, 2002). Při úrazu, kdy dojde k otevřenému nebo uzavřenému poranění hlavy, vznikají tzv. traumatické obrny. Při těchto druhích poranění může být zasažena lebka i mozek nebo dochází k uzavřenému poranění hlavy různého stupně. Nejlehčím je otřes mozku, dále pak stlačení mozku a nejtěžším je zhmoždění mozku (Vítková, 2006). V případech poranění lebky hrozí nebezpečí nitrolebního bloku, jež může způsobit trvalé změny. Vždy je však nutno brát v úvahu to, že se potíže nemusí projevit hned, ale i po několika hodinách, proto je doporučováno při každém poranění hlavy vyhledat lékařskou pomoc. Při následné péči po poškození mozku hraje důležitou roli nejen léčebná rehabilitace, ale např. i péče logopedická (Renotírová, 2003).

Dalším závažným postižením je obrna míchy, která nastává vlivem různých onemocnění nebo úrazem páteře s následným poraněním míchy např. v důsledku autohavárie, nebo zranění při sportu. Stav postiženého a zachování jeho pohybových schopností se odvíjí od toho, zda byla mícha poškozena částečně nebo úplně a také od místa, kde byla zasažena. Stav je potom tím závažnější, čím byla mícha zasažena blíže ke krční míše. Při zasažení míchy v bederní a křížové oblasti vzniká paraparéza až paraplegie dolních končetin a porucha citlivosti na dolních končetinách. V případě poškození horní části míchy (segment C1-C4) dochází ke vzniku spastické kvadruparézy až kvadruplegie s poruchou citlivosti, která sahá až ke krku. Po úrazu páteře prochází pacienti rozsáhlým rehabilitačním programem, kdy se učí pohybovat pomocí invalidního vozíku, dochází k nácviку maximální samostatnosti v sebeobsluze a velký důraz je kladen na obnovení fyzických dovedností (Vítková, 2006). Poranění míchy se řadí mezi nejzávažnější traumata, postihuje především mladší věkové skupiny obyvatelstva a mnohdy zanechává trvalý těžký neurologický deficit. Ve většině případů jsou pacienti muži ve věku 15-35 let (Náhlovský, 2006). Příznaky poškození míchy

odpovídají místu a závažnosti úrazu. Okamžitě po úraze se objevují poruchy hybnosti, citlivosti a vegetativních funkcí. Ihned po úraze vzniká v akutním stadiu tzv. míšní šok projevující se chabou paraplegií dolních končetin nebo kvadruplegií, zástavou moče a stolice a jinými neurologickými příznaky. Jelikož nemá mícha schopnost regenerace, je většina těchto poranění nenapravitelná (Renotiérová, 2003).

Při úraze horní či dolní končetiny většinou dochází k obrně periferních nervů, která je zapříčiněna přerušením nebo zhmožděním nervu na končetině s částečnou nebo úplnou obrnou. Úplná obrna se pak vyznačuje bezvládným visením končetiny, zatímco u částečné obrny je více nebo méně zasažena pohyblivost a svalová síla (Vítková, 2006).

Úrazy mohou být také příčinou amputací, tedy umělého odnětí části končetiny od trupu. K amputaci může dojít přímo v okamžiku úrazu nebo po něm, např. při autonehodách, poraněních elektrickým proudem nebo výbušninami (Vítková in Pipeková, 2006). Následkem amputace končetiny vzniká viditelný defekt vzbuzující pozornost okolí, čímž je zatížena psychika člověka. Amputace jsou kompenzovány protézami, které mají nahradit ztracenou funkci, ale také zakrýt defekt i kosmeticky (Renotiérová, 2003).

Traumata jsou častou příčinou získaného tělesného postižení a dochází k nim v kterémkoli věku. Kvalitu života člověka se získaným tělesným postižením ovlivňuje mnoho faktorů, např. postoj k vlastnímu postižení, podpora rodiny, stupeň postižení nebo věk, v němž došlo k úraze. Vzhledem k variabilitě těchto faktorů je vyrovnání se s postižením a začlenění do společenského, popř. také pracovního života zcela individuální.

Jedinci se získaným postižením se ocitají v situaci, kdy je potřeba zhodnotit dosavadní životní styl a změnit jej a to platí také pro ostatní členy rodiny. Životní situace u osob s trvalým postižením je ještě složitější, protože jejich poškození zvětšuje rozpor mezi potřebami a možnostmi je naplňovat. Z tohoto důvodu pak dochází ke značnému ovlivnění hodnotové orientace. Zdravotní, ale i sociální handicap přináší postiženému celou řadu úskalí a rizik. Důsledky postižení omezují jedince i jeho rodinu často v takových aktivitách, které jsou spojeny s očekáváním radosti a spokojenosti, jako jsou partnerské vztahy, společenské vazby, sport nebo kultura, a nutí je věnovat

více úsilí a času základním činností. Zvládnutí poškození je prověřkou potenciálu člověka samotného, ale i jeho sociálního okolí. Pokud člověk s postižením přijme svoji situaci jako výzvu, je schopen najít svá vlastní životní poslání a postupně je naplňovat (Renotierová, Ludíková, 2004).

Cílem fyzioterapie u pacientů s polytraumatem je poskytovat komplexní péči, pocit bezpečí a redukovat dobu rekonvalescence. Úspěšná léčba a následná rehabilitace závisí na druhu polytraumatu a na způsobu léčby. Účel cvičebních programů v rámci fyzioterapie je obnova funkce, výkonu, rozsahu pohybu, svalové síly, vytrvalosti a funkční aktivity na úroveň před traumatem (Hoppenfeld, S., Murthy, W., 2000).

1.2 UCELENÁ REHABILITACE A JEJÍ PROSTŘEDKY

Rehabilitace se v našich podmínkách týká nejen jedinců, kteří se s postižením již narodili, případně s ním žijí od útlého věku, ale týká se i lidí, kteří původně žili a vyvíjeli se jako zdraví jedinci a teprve v důsledku onemocnění či úrazu byli vyřazeni ze svých každodenních dynamických stereotypů.

Rehabilitace je dle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1969 „včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“ (Votava, 2003, s. 14-15).

Pojem ucelená rehabilitace (komprehenzivní rehabilitace, komplexní rehabilitační péče) je překladem anglického termínu comprehensive rehabilitation. O ucelené rehabilitaci mluvíme v případě, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav je trvalý či dlouhodobý, nemoc či postižení tedy není možné léčbou plně odstranit (Votava, 2003).

Dnes již rehabilitace není chápána tak striktně a nejedná se pouze o medicínskou záležitost ve smyslu fyzioterapie. Jedná se o interdisciplinární obor, který zahrnuje nejen péči zdravotnickou, ale také sociálně-právní, pedagogicko-psychologickou a pracovní. „V koncepčním smyslu je dnes již všeobecně uznáváno, že předmětem rehabilitace je celý člověk a jeho vztahy s prostředím“ (Jankovský 2006, s. 19).

Jesenský (1995, s. 26) užívá pro ucelenou rehabilitaci převzatého termínu komprehenzivní rehabilitace a člení ji podle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány, na čtyři hlavní složky:

- Léčebná rehabilitace
- Pracovní rehabilitace
- Sociální rehabilitace
- Pedagogická rehabilitace

Ucelenost v rehabilitaci znamená především včasnost, návaznost jednotlivých složek na sebe, ale také komplexnost.

Jejím smyslem a cílem je pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života majícího očekávanou kvalitu. Za významný cíl celé zdravotní péče, ale především rehabilitace, se považuje dosažení optimální kvality života, která má vždy subjektivní a objektivní složku a u každého jedince je velmi individuální (Votava, 2003). Cílem je obnovení sociálních kontaktů, uplatnění ve společnosti a znovuzapojení se do pracovního procesu.

„Rehabilitace je výrazem humanity, solidárnosti a demokracie ve společnosti“ (Novosad 2009, s. 91). V našich podmínkách se rehabilitace pojí zejména se zákony o zdravotnické péči, zákony o sociálním zabezpečení a péči, školskými zákony a zákoníkem práce. Úroveň péče o jedince s postižením odráží současnou sociální politiku státu. Je samozřejmé, že do komplexní péče o osoby s postižením patří i přístupnost výchovy a vzdělávání, včetně případného poskytování relevantní sociální podpory (Novosad 2009, s. 91).

Důležité je rozlišovat mezi rehabilitací přechodnou a permanentní. Rehabilitace přechodná (krátkodobá) následuje bezprostředně po léčebné rehabilitaci. Někdy může být aplikována i bez předchozího léčení. Vede k upevnění úplného obnovení zdraví a normální kvality života. Zpravidla se řeší na úrovni léčebné rehabilitace ve zdravotnických či lázeňských zařízeních. Rehabilitace permanentní (dlouhodobá) se týká osob s dlouhodobým nebo trvalým těžším zdravotním postižením. Je spojena s trvalým narušením kvality života. Léčením se řeší pouze částečně, nastupují zejména prostředky sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace. Kromě zařízení zdravotnických, práce a sociálních věcí, popřípadě školských se na jejím řešení podílejí i občanská sdružení a charitativní organizace (Jesenský, 1995).

Proces komplexní, ucelené rehabilitace pacientů s polytraumatem začíná na anestezioreuscitačním oddělení, nebo traumatologickém oddělení a pokračuje na rehabilitačním oddělení nebo na oddělení následné péče a v rehabilitačním ústavu. Ucelená rehabilitace se skládá z několika částí, kde jejich provádění musí být vzájemně koordinováno.

Vzájemná spolupráce mezi jednotlivými obory ucelené rehabilitace a jejími odborníky, kteří pečují o pacienta, je nezbytná pro jeho další vývoj a úspěšnou integraci

do společnosti. Obvykle první částí je rehabilitace léčebná. Vzhledem k tématu práce je tato část ucelené rehabilitace nejvíce zastoupena.

1.2.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace, je komplex medicínských, preventivních, diagnostických a terapeutických opatření, která směřují k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví (Kalvach, 2004).

Léčebná rehabilitace je významná složka ucelené rehabilitace. Podle Jesenského (1995) je zaměřena jednak na odstranění postižení a funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení (včetně jeho sociální dimenze). Léčebná rehabilitace vychází z léčení a usiluje především o odstraňování defektů organismu a poruch jeho funkcí, čímž vytváří předpoklady pro rozvoj nejrůznějších schopností ovlivňujících jak utváření osobnosti, tak také její socializaci (Jesenský, 2000). Votava (2005) uvádí rozdělení léčebné rehabilitace na rehabilitaci vertikální, která vede k původnímu obnovení organismu před onemocněním a na rehabilitaci horizontální, která je dlouhodobá. Horizontální rehabilitace řeší problematiku postižení a poškození, které mají závažný charakter s chronickým průběhem. Léčebná rehabilitace se prolíná s vlastním léčením, a proto mezi nimi nelze stanovit přesné hranice.

Léčebná rehabilitace je zajišťována při hospitalizaci nebo ambulantně. Při hospitalizaci a na některých ambulantních pracovištích jsou poskytovány i další prostředky ucelené rehabilitace. U velké části osob se specifickou léčbou základního onemocnění a léčebnou rehabilitací dosáhne původní kvality života. U ostatních, u kterých lze předpokládat, že úraz, onemocnění či vrozená vada zanechá dlouhodobé nebo trvalé následky, rehabilitační proces pokračuje dále.

Fyzioterapie

Hlavním léčebným prostředkem fyzioterapie je cílený pohyb, tedy cvičení, pro něž se vžilo souhrnné označení léčebná tělesná výchova. Cílem tohoto cvičení je léčebný účinek, tedy např. zlepšení síly, rozsah pohybů či koordinace, nácvik správné techniky chůze atd. Pohybová léčba je nedílnou součástí komplexní léčby pacientů s polytraumatem. Přispívá k zachování a obnově funkční zdatnosti, zdravím podmíněné

kvality života a při těžším postižení k obnově soběstačnosti (Kalvach, 2004). Úspěch rehabilitační léčby závisí především na aktivní spolupráci pacienta a na týmové spolupráci zdravotníků.

Fyzioterapie využívá vedle léčebné tělesné výchovy ještě řadu dalších léčebných prostředků, z nichž mnohé jsou pasivní. Je to léčebná aplikace fyzikálních energií, včetně metod balneologických. Fyzikální terapie se tradičně dělí podle fyzikálních energií, elektro-, akusto-, magneto-, foto-, mechano-terapii. Balneoterapie využívá přírodních zdrojů a klimatických podmínek doplněných režimovými a dietními opatřeními k prevenci, léčbě a léčebné rehabilitaci v lázeňské léčbě (Votava, 2003).

Ergoterapie

Ergoterapie (occupational therapy) je zdravotnická disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedinců jakéhokoli věku, s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi (Kalvach, 2004). Cílem ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života.

Prostřednictvím vhodně zvolených, cílených a pro osobu smysluplných činností či zaměstnání se ergoterapeut snaží dosáhnout maximální úrovně fungování v aktivitách denního života, v pracovních činnostech a v aktivitách volného času (Votava, 2003).

Kubínková a Křížová (1997) rozlišují v ergoterapii čtyři hlavní oblasti, které se doplňují a navzájem propojují. Jedná se o kondiční ergoterapii (sleduje psychickou kondici a rovnováhu člověka), ergoterapii cílenou na poškozenou (postiženou) oblast. Dále ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění (ergodiagnostika). Jako čtvrtý typ rozlišují ergoterapii zaměřenou na soběstačnost a samostatnost jedince, kde se jedná o zvládnutí běžných denních činností – activities of daily living (Jankovský, 2006).

V oblasti pracovní rehabilitace zaujímá stále větší úlohu ergodiagnostika, která posuzuje následky onemocnění nebo úrazu, schopnosti jedince pro možné umístění do zaměstnání, respektive sociální začlenění člověka do společnosti (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005).

Výraznou pomocí je poradenská činnost týkající se ortopedických a kompenzačních pomůcek pro handicapované. Spočívá ve vytipování nejvhodnějších pomůcek, zácviku k jejich používání, zajišťování oprav a půjčování pomůcek. Ergoterapie zahrnuje i nácvik soběstačnosti. Přizpůsobuje prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, obzvláště interiéru bytu a odstraňuje architektonické bariéry (schody, prahy atd.).

Animoterapie

Animoterapii definují Hátlová a Suchá (2005) jako asistovanou psychoterapii pomocí zvířecích mazlíčků. Toto působení ovlivňuje komplexně funkce lidského organismu, má výrazně pozitivní účinky na psychiku a na fyziologické funkce (např. mírný pokles krevního tlaku, zpomalení srdeční činnosti atd.). V animoterapii lze využít jakékoliv zvíře, které je jedinci příjemné a se kterým jedinec dokáže navázat vizuální a taktilní kontakt (Votava, 2003).

Komplexní rehabilitační metoda, která vychází z neurofyziologických základů, kdy se k léčebným účelům používají koně se nazývá *hipoterapie*. Tato terapie využívá mnoho nespecifických prvků, mezi které patří taktilní podněty, labyrintové reflexy a velmi významným prvkem je i teplota těla koně. Hipoterapie propojuje jak oblast zdravotnickou, tak sahá i do oblasti psychické a sportovní (Jankovský, 2006).

Canisterapie využívá působení psů. Mezi významné účinky canisterapie patří zlepšení psychické kondice, pohybových schopností, rozvoj jemné a hrubé motoriky, zlepšení komunikačních dovedností (Jankovský, 2001).

Ostatní specifické terapie

Psychoterapii můžeme vnímat buď jako léčebný prostředek rehabilitace nebo jako aplikovanou psychologickou disciplínu, která v sobě může zahrnovat nejrůznější tvůrčí činnosti, obzvláště výtvarné a hudební. Toto se týká především dětské psychoterapie. Psychoterapie však není jen záležitostí pacienta, ale dotýká se celé jeho rodiny (Jankovský, 2006).

Arteterapie je léčba pomocí výtvarných prostředků, např. malba, kresba, výtvarná práce s využitím různých materiálů, keramiky a hlíny. Jako další materiály se

používají kameny, kovy, dřevo, popřípadě i plasty. K efektům této terapie patří vedle procvičování jemné motoriky a grafomotoriky, také vizuální percepce a vizuomotorická koordinace, sebereflexe, seběprojekce a samozřejmě významný psychologický efekt na klienta (Jankovský, 2001).

Muzikoterapie je terapeutická metoda, ve které je dominantní hudba a zpěv. Má velmi podobný význam i efekt jako arteterapie. Využívá rytmu hudby, různých zvuků, tónů a zpěvu. Pomocí tónů můžeme pracovat na uvolňování (relaxaci) napětí nebo na stimulaci (Votava, 2003).

Logopedická terapie má interdisciplinární charakter (Lechta, 2003). Cílem logopedie je rozvoj a maximalizace komunikačního potenciálu jedince, který je postižen řečovou nebo komunikační poruchou. Dalším cílem je zachování dobré kvality sociálního kontaktu s okolím.

1.2.2 Sociální rehabilitace

Rehabilitace sociální úzce souvisí s léčebnou rehabilitací. Každý jedinec má již od narození sociální vazby, které si udržuje i při pobytu v nemocnici. Podpora rodiny je pro člověka velice důležitá, dodává mu chuť a sílu s postižením bojovat a nesmířit se s současným stavem. Prostřednictvím sociálních vztahů se člověk s postižením do společnosti vrací a sociální rehabilitace mu k tomu má vytvořit správné předpoklady.

Sociální rehabilitace podle Jesenského (2000) vychází z poznatků o rozvoji osobnosti, resocializace a enkulturace. Usiluje o rozvoj schopností jedince, o prevenci či odstranění defektivit v rozvoji osobnosti a o prevenci vzniku či odstranění handicapů v jeho společenském začlenění a kulturním rozvoji. Vytváří tak předpoklady samostatnosti a nezávislosti, integrace i pracovního uplatnění jedince. Ve svém působení využívá především prostředky speciálně pedagogické a psychologické, částečně také prostředky sociální práce. Prostředky a cíle sociální rehabilitace se z části překrývají s prostředky a cíli ostatních složek ucelené rehabilitace. Tato oblast se snaží o zajištění ekonomických jistot pro lidi se zdravotním postižením, o předpoklady pro samostatné bydlení, o rozvoj měst, o rozvoj zájmových činností, snaží se podporovat osoby se zdravotním postižením v možnosti sdružování se a získávání informací,

v nemenší řadě pěstovat předpoklady pro rozvoj osobnosti (Novosad, Novosadová, 2000).

Podle Jankovského (2003) je úkolem sociální rehabilitace to, aby byl člověk s postižením schopen své postižení, nemoc přijmout a v maximální míře se integrovat do společnosti. Tím je zachována optimální kvalita jeho života, a to vede k jeho životní spokojenosti. Sociální rehabilitace se podle Votavy (2003) z určité části překrývá se systémem sociálních služeb, které jsou řízeny Ministerstvem práce a sociálních věcí. Ty jsou zaměřeny především na ochranu tzv. zranitelných skupin obyvatel, k nimž kromě osob s těžkým zdravotním postižením patří např. i lidé staří, drogově závislí či etnické minority. Dynamický rozvoj začal až v průběhu posledních patnácti let, především pomocí občanských sdružení a organizací.

Sociální péče je praktickým projevem sociální politiky státu a uskutečňuje se prostřednictvím sociální podpory a sociálních služeb řízených Ministerstvem práce a sociálních věcí. Sociální podpora představuje systém finančních příspěvků a dávek. Sociální služby nabízejí konkrétní pomoc při řešení složité situace v různých oblastech života handicapovaného člověka (Slowík, 2007).

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách si uživatelé mohou pomocí sociálních příspěvků financovat potřebné sociální služby a prakticky si korigovat a řídit využití sociální péče podle vlastních aktuálních potřeb. O sociální službu musí uživatelé obvykle požádat sami. U některých typů sociálních služeb vydávají obce a kraje rozhodnutí o poskytnutí služby ve správním řízení, kdy se jedná zejména o pečovatelskou službu a pobytové služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Pokud službu poskytuje nestátní nezisková organizace, uzavírá její uživatel s poskytovatelem smlouvu, v níž je také stanovena finanční spoluúčast uživatele na poskytování služby (Sbírka zákonů České republiky, www.mpsv.cz).

Osobám v nepříznivé sociální situaci je vyplácen příspěvek na péči, jehož výše se odvíjí od míry závislosti. Nárok na příspěvek má osoba, která potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti:

I stupeň (lehká závislost)

II. stupeň (středně těžká závislost)

III. stupeň (těžká závislost)

IV. stupeň (úplná závislost) (Mühlpachr, 2008).

Díky standardizaci kvality jednotlivých služeb u všech akreditovaných poskytovatelů mohou uživatelé nacházet relativně vysokou úroveň nabízených služeb. Setkáváme se s označením komunitní plánování, jež je důležitou součástí systému sociální péče a je založené na vzájemné dohodě a spolupráci zadavatelů sociálních služeb (zástupců obcí, krajů), jejich uživatelů (klientů – občanů s postižením) a poskytovatelů (organizací, agentur apod.). Odráží snahu přesouvat větší míru podpory a pomoci při sociální integraci osob s postižením z profesionální a odborné (resp. institucionální) péče směrem k větší společenské a osobní zodpovědnosti občanů s důrazem na vzájemnou mezilidskou pomoc, samostatnější a více nezávislý způsob života osob se zdravotním postižením (Slowík, 2007).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje jako služby sociální péče: osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Sociální služba je dle tohoto zákona chápána jako činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Cílem je zachování (příp. dosažení) co nejvyšší kvality života.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc v oblasti péče o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psychoterapie, socioterapie a pomoc při prosazování práv a zájmů. Cílem služeb je např. podpora rozvoje (příp. zachování stávající) soběstačnosti uživatele, jeho návrat do domácího prostředí, schopnost samostatného života a snížení sociálních a zdravotních rizik (Sociální služby, www.mpsv.cz).

Spolu se službami sociální péče jsou v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definovány také sociální poradenství a služby sociální prevence. Základní sociální poradenství poskytuje potřebné informace vedoucí k řešení nepříznivé sociální

situace, odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením aj. a jeho součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek. Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení a jejich cílem je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Osobám se zdravotním postižením mohou být přiznány nejrůznější dávky . Jedná se o jednorázové příspěvky na zvláštní pomůcku, příspěvek na mobilitu. Vedle výše zmíněných dávek se poskytují rovněž mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P) a bezúročné půjčky (Sbírka zákonů České republiky, www.mpsv.cz).

Sociální rehabilitace se prolíná s rehabilitací léčebnou, pedagogickou a pracovní. Má celoživotní permanentní charakter, je celoživotním procesem. Nedílnou součástí sociálních prostředků rehabilitace je vytváření ekonomických a materiálních podmínek pro život.

1.2.3 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je prováděna prostředky speciálně pedagogickými, kterými jsou pedagogická diagnostika, edukace, reedukace, kompenzace, stimulace, vytváření individuálních vzdělávacích plánů a jejich realizace, uskutečňování programů celoživotního vzdělávání pro dospělé atd. (Novosad 2009).

Jedním z úkolů pedagogické rehabilitace je zajistit včasné rozpoznání potřebnosti speciálně pedagogické péče a její včasné zahájení s využitím všech dostupných a vhodných speciálně pedagogických prostředků s cílem dosažení co nejvyššího stupně vzdělání, které by umožnilo osobám se zdravotním postižením vhodné pracovní uplatnění.

Pedagogická rehabilitace chce podpořit osoby se zdravotním postižením v samostatnosti a v aktivním zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života. Prostřednictvím výchovy a vzdělávání usiluje o harmonické soužití všech členů společnosti. Dosažení potřebné úrovně a obsahu vzdělání je velice důležité u dětí

školského a dorostového věku, ale i v dospělosti, kdy doplnění vzdělání, či rekvalifikace zvyšuje možnost perspektivního pracovního uplatnění osoby se zdravotním postižením.

U osob se získaným postižením je úsilí zaměřeno na návrat k původní linii až do doby, kdy se mu podaří získat novou identitu. Tento proces není ale jednoduchý. V podstatě jde o obnovení normálního vývoje osobnosti (Pipeková, 1998).

Školský zákon (zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) uvádí v § 2 právo každého vzdělávat se po dobu celého života při vědomí spoluodpovědnosti za své vzdělávání s cílem rozvoje osobnosti člověka, který tak bude vybaven poznávacími a sociálními způsobilostmi, mravními a duchovními hodnotami pro osobní a občanský život, výkon povolání nebo pracovní činnosti, získávání informací a učení se v průběhu celého života (msmt.cz).

1.2.4 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace navazuje na předešlé dvě složky ucelené rehabilitace, především u osob v produktivním věku. Může existovat jako příprava na pracovní uplatnění a vlastní zařazení do pracovního procesu. Je to soustavná péče o osoby se zdravotním postižením a směřuje k tomu, aby tyto osoby mohly vykonávat dosavadní nebo jiné zaměstnání.

Práce není jenom přirozenou potřebou, ale také ovlivňuje sociální sebevědomí, pocit lidské plnohodnotnosti a pomáhá osobám se zdravotním postižením zajišťovat samostatnost a nezávislost (Slowík, 2007). Výsledkem pracovní činnosti je vytvoření společenských nebo i individuálně významných hodnot, k čemuž jsou potřeba určité psychofyziologické a motorické schopnosti jedince. Intelektuálními předpoklady pracovní činnosti jsou zejména intelekt, úroveň psychických procesů, dovednosti, návyky, emocionální stabilita, vůle a schopnost nepodléhat únavě. Mezi manuální předpoklady se řadí různé pracovní pohybové návyky, zručnosti a diferencovaně používaná fyzická síla. Dalším neméně významným předpokladem je kvalifikovanost v daném pracovním oboru. Soubor všech vlastností představuje pracovní potenciál člověka, jež může být z důvodu vzniklého zdravotního postižení nepříznivě ovlivněn. V této souvislosti hovoříme o tzv. zdravotním znevýhodnění, dříve označovaném jako změněná pracovní schopnost, a o částečné až úplné invaliditě (Jesenský, 1995).

Člověk s postižením by měl co nejdříve během léčby dostat informaci nejen o svém zdravotním stavu a možnostech funkční úpravy, ale také o předpokladech pracovního uplatnění. Zaměstnání je zvláště pro mladší osoby často nejen prostředkem obživy, ale i významnou součástí jejich vlastní identity a zdrojem jejich seberealizace a sebevědomí. Řada osob přijala vzniklé postižení jako výzvu a příležitost k osobnímu rozvoji a získání nové pracovní kvalifikace nebo rekvalifikace.

Pracovní rehabilitace podle Jesenského (2000) navazuje na výsledky léčebné i sociální rehabilitace. Usiluje o rozvoj specifických vědomostí, schopností, dovedností a návyků potřebných ve zvolené profesi. Ve svém působení využívá hlavně prostředků pedagogických, ergonomicko-technologických, z části i léčebných a psychologických. Pracovní rehabilitace je chápána jako nástroj aktivní politiky zaměstnanosti ve vztahu k osobě se zdravotním postižením, k vyrovnání její příležitosti na trhu práce a jako součást komplexu činností a opatření vedoucích k plné integraci postiženého. Naléhavost pracovní integrace je dána také tím, že práce patří mezi základní (primární) potřeby člověka (potřeba aktivity), a pokud není tato potřeba saturována, dochází k frustraci, či dokonce k stresovému stavu (Jankovský, 2001).

Po roce 1989 došlo v postavení osob se zdravotním postižením k podstatným změnám. Pracovní rehabilitace i sociální rehabilitace jsou oblastmi, kde se musí důsledně uplatňovat sociální politika státu, která zahrnuje aktivity úřadů práce, které směřují k vytváření takových pracovních podmínek, aby osoby se změněnou pracovní schopností (ZPS), respektive osoby se zdravotním postižením, našly vhodné pracovní uplatnění (zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti). Pracovní rehabilitace je totiž jedním z hlavních momentů ovlivňujících kvalitu života lidí se zdravotním postižením (Jankovský, 2001, s. 29).

Podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti je pracovní rehabilitace souvislou činností orientovanou na získání a udržení vhodného zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením, tj. fyzické osoby uznané plně invalidními, částečně invalidními nebo zdravotně znevýhodněnými. Rehabilitaci zajišťují na základě žádosti úřady práce s možností spolupráce s pracovními rehabilitačními středisky nebo jinými právníckými či fyzickými osobami. Každému klientovi je sestaven individuální plán pracovní rehabilitace obsahující předpokládaný cíl, formy pracovní rehabilitace, předpokládaný

časový průběh, termíny a způsob hodnocení účinnosti stanovených forem pracovní rehabilitace. Součástí pracovní rehabilitace jsou poradenské činnosti zaměřené na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretická a praktická příprava pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změna zaměstnání, změna povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Příprava na zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost se týká přípravy na budoucí povolání (vzdělávání dle školského zákona), přípravy k práci nebo specializovaných rekvalifikačních kurzů (mpsv.cz).

Ideální možností je získat zaměstnání na otevřeném trhu práce, jež je podpořeno legislativně stanovenými povinnými kvótami pro zaměstnávání osob se změněnou pracovní schopností, kdy je dán předepsaný počet zaměstnanců se změněnou pracovní schopností vzhledem k celkovému počtu zaměstnanců v organizaci (Slowík, 2007).

Chráněnou prací se rozumí pracovní činnost na vhodně zvoleném nebo upraveném výrobním programu, vykonávaná v upravených pracovních podmínkách zpravidla zaměstnancem s těžším zdravotním postižením. V chráněných dílnách pracují osoby s těžším zdravotním postižením na základě pracovní smlouvy. Jejich provoz je podporován úřady práce a dalšími zdroji. Z celkového počtu zaměstnanců chráněných dílen musí být alespoň 60 % občanů se zdravotním postižením (Doležel, Vítková, 2007).

V rámci služby podporovaného zaměstnávání je klientům zprostředkováno vhodné zaměstnání, ale i další související podpůrné služby (Slowík, 2007). Smyslem podporovaného zaměstnávání je vyrovnání příležitostí pro pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením. Hlavními cíli jsou získání a zachování si vhodného zaměstnání a zvýšení míry samostatnosti uživatele, jeho dovedností, posílení pracovních návyků a motivace k dalšímu profesnímu rozvoji (Opatřilová, Zámečnicková, 2005).

Ergoterapeutické dílny bývají zřizovány v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v denních centrech a stacionářích. Mohou být zaměřeny na široké spektrum činností a aktivit, např. řemeslné, výtvarné, šicí, tkalcovské aj., které umožňují psychomotorický a sociální rozvoj svých klientů. Slouží také jako nouzová pracovní seberealizace osob s těžkým zdravotním postižením, pro které jsou zatím jiné příležitosti pracovního uplatnění nedostupné (Slowík, 2007).

Významnou úlohu v zaměstnávání osob se zdravotním postižením mají úřady práce, které poskytují příspěvky zaměstnavatelům s více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením, poskytují poradenské a informační služby k problematice volby povolání, zabezpečují přípravu pro pracovní uplatnění, vedou evidenci uchazečů se zdravotním postižením, zřizují výcviková střediska pro občany se zdravotním postižením a zabezpečují jejich pracovní rehabilitaci (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

1.3 POJEM KVALITA ŽIVOTA

V literatuře je možno najít celou řadu definic kvality života, odborníci se však stále neshodli ani na jediné, která by byla všeobecně akceptovatelná.

V současnosti je pojem kvalita života velice frekventovaný. Vyznačuje vysokou míru subjektivnosti a individuálnosti. Kvalita života je velice široký a nejednoznačně definovaný pojem. Ačkoliv chybí jasná shoda o jeho obsahu, nabývá tento koncept stále více na významu a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života. I když existují výhrady vůči její složitosti, komplexnosti a podobně, kvalita života zahrnuje tři hlavní domény, a to fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem (Křížová in Payne 2005).

Koncept kvality života byl původně konceptem politologickým a ekonomickým. Postupně se však začal prosazovat i do společenských věd, jako je sociologie, psychologie, pedagogika, ale také do lékařství a ošetrovatelství.

Kvalitou života chápeme individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu k systému hodnot, životním cílům, kultuře, očekávání a k běžným zvyklostem (Vokurka, 2004). Kvalita života a také vyjádření pocitu životního „štěstí“ se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka (Hartl, Hartlová, 2000). V medicíně a psychologii se kvalita života považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví (Dragomirecká, 2006).

Vážanský (2001, str. 54) uvádí, že se kvalita života řadí k nejvyšším hodnotám moderní společnosti. Před každým jedincem stojí nové potřeby, nové nároky a nové služby, především však chce mít méně obav a starostí, lepší zdravotní stav a vyšší úroveň životní spokojenosti.

„Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Badatelé se rovněž zajímají o interakce a vztahy mezi těmito faktory“ (Hnilicová in Payne 2005, s. 206).

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách, jako je psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie a medicína. Sociologové sledují kvalitu života různých sociálních skupin. Následně je pak srovnávají, jak v rámci populace, tak i mezikulturně, a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zaměřují zejména na subjektivní pohodu člověka a pokouší se ji měřit. Ve zdravotnictví určuje kvalitu života úroveň poskytované péče nebo jednotlivé zdravotnické programy. Kvalita života není zcela přesně definovatelná, ale lze ji všeobecně chápat jako úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit člověka ve vztahu k jeho životnímu prostředí. Především se týká naplnění životních potřeb a spokojenosti v životě. Můžeme si ji představit jako čáru v čase na stupnici, kde nejnižší hodnota je smrt a nejvyšší je nekonečno (Hnilicová in Payne 2005).

Každý autor se na kvalitu života dívá z jiného pohledu. Jeden rozděluje kvalitu života na subjektivní kvalitu života – na základě individuálního úsudku hodnocené podmínky života každého jedince a na subjektivní pohodu, kdy svým emocionálním systémem hodnotí podmínky vlastního života. Jiný autor zase rozlišuje statické a dynamické pojetí kvality života, kdy na jedné straně je možné mluvit o životě lidí a jeho stavu k určitému časovému okamžiku a na druhé straně o dynamickém pojetí, které popisuje vývoj kvality života v posledních letech.

Hogenová (2002) se zamýšlí nad kvalitou života z filozofického hlediska. Zahrnuje ekologii, politiku, ekonomii, kulturu, lidská práva, etično, estetično i problematiku zdraví. Nemůžeme proto kvalitu života redukovat na souhrn pravidel správného stravování a pohybového režimu, jedná se o fenomén celostní. Kvalita života jedince se také odvíjí od ideje vládnoucí v procesech ekonomických, kulturních, politických aj. (Hogenová, 2002).

Na nejobecnější úrovni je kvalita života vnímána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů (sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních), které se navzájem ovlivňují, čímž významně mění lidský rozvoj na úrovni jedinců i celých společností. Kvalitou života je potom jedincovo subjektivní vnímání vlastního postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů jeho prostředí ve vztahu k osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu (Hnilicová in Payne, 2005).

Sláma (in Payne, 2005, s. 288) uvádí definici vymežující kvalitu života jako „*subjektivní globální hodnocení vlastního života*“. Podle Černé (2008) lze tento pojem z obecného hlediska chápat jako momentální stav, jež je možno posuzovat jak po stránce subjektivní, tak objektivní a případně kombinací obou. Kvalita života může být zvyšována prostřednictvím vzdělání a pracovního začlenění s důrazem na zvyšování aktivní účasti jedince a jeho odpovědnosti ve vztahu k integraci do společnosti.

V medicíně a psychologii je kvalita života považována za vícerozměrný subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví definovaného jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci“ než morbidita nebo mortalita. Považuje se za pozitivní ukazatel celkového stavu jedince, který umožňuje hodnotit komplexně zaměřené zdravotní a psychosociální intervence (Dragomerická, Prajsová, 2009).

Pančocha (2006) uvádí, že v současné době je za zásadní pro život člověka považována subjektivní kvalita života. Objektivní kvalita života se týká toho, jak člověk vnímá své postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a žebříčku hodnot. Výsledná spokojenost je závislá na osobních cílech jedince, jeho očekáváních a zájmech. Objektivní kvalita života zahrnuje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako „souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka“ (Pančocha 2006, s. 136).

Mnoho definic formuluje QoL (quality of life) s úsilím sestavit seznam nejdůležitějších faktorů ovlivňující formování a individuální kvality života. S ohledem na rozdílnost subjektivního vnímání těchto faktorů není možné definovat všechny tyto faktory. Můžeme zmínit skupiny faktorů, nebo oblasti, které mají přímý, či nepřímý vliv na lidský sociální rozvoj (Mojžíšová, Dvořáčková, 2011).

Z důvodu nejednotnosti ve stanovení indikátorů kvality života je stále řešena otázka vhodného měřicího nástroje. Kvalita života je v dnešní době součástí všech vědních oborů a její studium se zabývá hledáním faktorů ovlivňujících smysluplnost života a pocit lidského štěstí a jejich vzájemné interakce. Důvodem pro toto zkoumání je podpora a rozvoj životního prostředí a podmínek, které by umožňovaly lidem žít dle jejich požadavků. Světová zdravotnická organizace vypracovala řadu významných

dokumentů rozvíjejících tento přístup v podobě programů podpory zdraví. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Hnilicová in Payne, 2005, s. 207). Pojem kvality života je často používán a týká se okruhu zdravé populace, ale i osob s postižením, chronicky nemocných, závislých a seniorů.

Faktory určující kvalitu života upřesnila OSN v roce 1961. Vymezila tyto faktory jako podmínky života (Vand'urová, Mühlpachr, 2005):

- stav ochrany zdraví
- životní prostředky
- vzdělání
- pracovní podmínky
- stav zaměstnanosti
- uspokojování potřeb a zájmů
- doprava a komunikace
- byty a jejich výstavba
- odpočinek a zábava
- oblékání
- sociální jistoty
- osobní svoboda

Dnes je kvalita života v lékařské vědě jedním z důležitých ukazatelů při hodnocení správné volby a úspěšnosti léčby (Hnilicová in Payne, 2005; Vand'urová a Mühlpachr, 2005). Kvalita života se dostala do centru dění i v oboru medicíny a ošetřovatelství, zjistilo se, že je důležitou proměnnou (Babinčák, 2008) a následně se v těchto vědních oborech, především v onkologii, traumatologii a farmakologii v souvislosti s daným konceptem řeší otázka, zda u pacientů aplikovat nákladné léčebné procesy s nejasnými výsledky (Dragomirecká, Škoda, 1997b).

1.3.1 Faktory ovlivňující kvalitu života

Většina definic v vymezujících kvalitu života se snaží o výčet nejzávažnějších faktorů, které se na utváření kvality života jedince podílejí. Vzhledem k subjektivně

odlišnému vnímání těchto faktorů není však možné všechny tyto faktory vymezit. Mareš (2006) hovoří o skupině faktorů (oblastí), které mají přímý či nepřímý vliv na lidský a společenský rozvoj. Jedná se o zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální oblasti. Dále uvádí zcela konkrétní specifické faktory, které mají vliv na kvalitu života jedince. Jde např. o věk, pohlaví, rodinnou situaci, polymorbiditu, dosažené vzdělání, hodnotový žebříček jednotlivce, ekonomickou situaci, kulturu apod.

Kvalita života je úzce spjatá s prostředím a zdravím. Je ovlivňována také faktorem času a prostoru i faktorem genetickým. Ke klíčovým individuálním determinantám kvality života lze zařadit vztahy, přiměřené zdraví a uspokojené potřeby. Blahodárné účinky má rovněž tělesná aktivita, která je těsně spjata se zdravím i s životní spokojeností (Rejeski, 2010). Mezi další faktory, které ovlivňují kvalitu života jednotlivce, patří bezpečnost životního prostředí, v němž žije, pocit, že má přístup ke zdravotním a sociálním službám, a aktuální psychický stav.

Kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Akcelerace vývoje individua a procházení různými vývojovými etapami s sebou přinášejí změny ve vnímání a posuzování kvality vlastního života. V průběhu vývoje se relativně rychle proměňují také determinanty, které ovlivňují kvalitu života dětí i dospívajících, děti a dospívající vnímají, prožívají a hodnotí kvalitu svého života obvykle z jiných pohledů, než dospělí lidé, jejich rodiče, pedagogové, vychovatelé (Svatoš, Švarcová, 2006).

Komponenta fyzického prožívání bývají charakterizována hlavními ukazateli zdravotního stavu – především přítomností zdravotních potíží, skutečností, zda tyto potíže vyžadují léčbu, nakolik jsou omezující a provázeny bolestmi, či dalšími nepříjemnými vedlejšími efekty. Psychické prožívání bývá nejčastěji udáváno přítomností pozitivních absencí negativních emocí, pocitem svěžesti, vitality apod. Mezi sociologické proměnné, které jsou nejčastěji sledovány ve výzkumech kvality života, patří vzdělání, ekonomická situace, etnická příslušnost, profese, rodinný stav, partnerství a rodičovství (Payne, 2005).

V české terminologii se nejčastěji jako ekvivalent pojmu well-being kromě nejstručnější varianty „životní pohoda“ (Křivohlavý, 2004) používá opis „životní spokojenost“, „pocit blaha“, „stav, kdy se člověk cítí dobře“. Dle Světové zdravotnické

organizace je tento konstrukt zakotven jako důležitá charakteristika zdraví, přičemž se rozlišují tělesné, duševní a sociální dimenze tohoto prožitku osobní pohody (Kebza, 2005).

K posouzení individuální míry „kvality žití“ existuje mnoho faktorů, které se pohybují v celém rozpětí od ryze subjektivních až po ony objektivní (sledovatelné - měřitelné - hodnotitelné). Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí (Svatoš, Švarcová, www.kpg.zcu.cz).

Vaňurová a Mühlpachr (2005) uvádí rozdělení kvality života týkající se oblasti zdraví do čtyř oblastí. Z hlediska zdraví je pro určení kvality života důležitý tělesný stav a funkční schopnosti, psychický stav a pocit pohody (životní spokojenosti), kladné sociální vztahy a v neposlední řadě ekonomická situace a zaměstnání. Světová zdravotnická organizace k těmto oblastem ještě přidává environmentální a osobní faktory.

Podle Slováčka (2004) se musíme u nemocných zaměřit hlavně na:

Fyzická kondice - Ovlivněna symptomy nemoci případně i nežádoucími účinky aplikované terapie.

Funkční zdatnost - Zahrnuje stav tělesné aktivity jedince, schopnost komunikace s okolím, možnost uplatnit se v zaměstnání, společenském životě atd.

Spokojenost s léčbou - Sledujeme prostředí ve kterém probíhá léčba pacienta, způsob jednání odborníků, kteří se podílejí na léčbě.

Psychický stav - Je ovlivněn stávající náladou, způsobem jakým se pacient vyrovnává s léčbou i s nemocí samotnou a osobními charakteristikami jedince.

Sociální stav - Vztahy nemocného s blízkými osobami, jeho společenský život, jeho způsob komunikace s lidmi, sociální role, které mu náleží.

Křížová (in Payne 2005, s. 352) říká, že na kvalitu života má pozitivní vliv také např. úroveň vzdělání. „Lépe vzdělané vrstvy mají lepší šanci uplatnit se v konkurenční výkonově orientované společnosti, lépe se orientují a lépe mobilizují zdroje (především informační) při řešení existenčních problémů. Jsou otevřenější, flexibilnější a mají více možností chránit svou autonomii.“

1.3.2 Indikátory kvality života

Payne a kolektiv (2005) zpracoval indikátory nazývané také ukazateli kvality života. V rámci vlastní hierarchie ukazatelů je pro každého člověka důležitý jiný ukazatel, každý preferuje něco jiného, každý považuje za ukazatel kvalitního života něco jiného. Všeobecně je prokázána souvislost mezi věkem a kvalitou života, dalo by se také říct, že s přibývajícím věkem člověk mění své priority a zároveň také mění jeho přístup k indikátorům. V průběhu života se mění hierarchie hodnot. S přibývajícím věkem a odchodem do důchodu klesá hodnota profesionálního úspěchu, rozvoje osobnosti a uspokojení materiálních nároků. Naopak se zvýrazňuje ocenění volného času a možností realizování osobních zájmů. Mezi nejdůležitější životní hodnoty se zařazuje partnerství, rodinný život a zájem o vlastní zdraví.

Pro určení kvality života jedince je nutné zkoumat jednotlivé oblasti jeho života. S těmito oblastmi je každý jedinec spokojený v různé míře a přikládá jim rozdílnou váhu a důležitost. Většina osob má na prvních místech svého hodnotového žebříčku hodnoty podobné, ale jejich pořadí se může markantně lišit. Základní zkoumané oblasti lidského života se však dotýkají všech jedinců.

Vaňurová a Mühlpachr (2005) uvádějí členění jednotlivých oblastí kvality života dle Světové zdravotnické organizace. Ta rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze kvality života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení. Jedná se o *fyzické zdraví a úroveň samostatnosti* (energie jedince, únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.), *psychické zdraví a duchovní stránku* (vlastní sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.), *sociální vztahy* (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atd.), *prostředí* (finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitost pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí - znečištění, hluk, provoz, klima atp.)

Rozsah pojetí a dimenze kvality života

Obvykle se v empirických studiích a šetřeních hovoří spíše o kvantitě než o kvalitě života. Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednotlivého

člověka, vybíráme z celé problematiky kvality života jen jeho dílčí oblast. Engel a Bergsma „mapují“ celou problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách:

- V makro - rovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků (dané země, kontinentu). Podle Bergsmy jde o nejhlubší zamyšlení se nad problematikou kvality života a absolutním smyslem života. Život je chápán jako absolutní morální hodnota, a kvalita života se stává součástí politických perspektiv (sec. cit. Petr, 2004, s. 9), boje s epidemií, hladomorem a chudobou (Křivohlavý, 2002).
- V mezo - rovině jde o kvalitu života v tzv. malých sociálních skupinách (škola, nemocnice, domov pro seniory). Zde je nejen respektována morální hodnota života člověka, ale i vzájemné vztahy mezi lidmi, otázky uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, i existenci sociální opory, sdílení hodnot (Petr, 2004, s. 10).
- Osobní (personální) rovina je definována jako život jednotlivce, individua (klient, lékař či kdokoli jiný). V této dimenzi každý hodnotí kvalitu vlastního života samostatně (subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp). Je tak třeba počítat s tím, že výsledek je ovlivněn žebříčkem hodnot každého jedince. Tato rovina je objektivně měřitelná a zabývá se např. chůzí před a po ortopedické operaci (Vařurová, Mühlpachr, 2005).

V rámci kvality života můžeme hovořit také o čtvrté rovině, jíž je sféra fyzické existence, představující pozorovatelné chování druhých lidí. Zabýváme-li se kvalitou života, je důležité předem si ujasnit o kterou z těchto tří oblastí nám jde (Křivohlavý, 2002).

1.3.3 Metody měření kvality života

Současná situace týkající se metodiky měření je na tom však podobně jako pokusy o vymezení pojmu a sjednocení definice. Můžeme sledovat širokou variabilitu a existenci velkého množství měřících nástrojů a není vždy snadné zvolit vhodný způsob odpovídající výzkumným záměrům. Pokusy o měření kvality života vycházející z medicínského hlediska vyjadřují přání zachytit co nejširší pohled dopadu určité

nemoci a získat tak možnost porovnání různých způsobů léčby v rámci kontrolovaného sledování účinků. Metodám, které zjišťují kvalitu života, předcházejí metody sledující zdravotní stav, mortalitu a morbiditu. Máme tak možnost získat širší náhled na dopad onemocnění, blaho a pohodu jednotlivce (Bendová, in Ludíková, 2005). Medicínské měření kvality života slouží nejen praktickým účelům, ale především pomáhá vytvářet komplexnější pohled na dopad onemocnění. Zaměřuje se na to, jak nemoc člověku mění život a do jakých životních oblastí nejvíc zasahuje, pátrá po tom, zda není možné následky nemoci zmírnit nabídkou jiných služeb, než jen zdravotní péčí. Narůstající zájem o tuto oblast zkoumání má ale také své kritiky, kteří upozorňují na teoretické nedostatky, nejednotnost definic a používání psychometricky neproověřených nástrojů. Výhrady se objevují také proti vyvozování nepodložených a nadměrně zobecňujících interpretací, zmiňovány jsou i etické a psychologické důsledky (Dragomirecká, Škoda, 1997b).

Měření kvality života je pojato jako zjišťování rozdílů mezi přáním a očekáváním jedince na jedné a reálnou situací na druhé straně (Hošek, Janda, 2002).

Jednotlivé metodiky se snaží psychologicky a ekonomicky posoudit dopad konkrétních léčebných zásahů či neléčených nemocí na kvalitu života daného jedince. Často sledují úroveň soběstačnosti, úlevy od bolesti a schopnosti vykonávat každodenní činnosti běžného života (Petr, 1999).

V současnosti se odborníci přiklánějí zejména k subjektivnímu hodnocení kvality života, označované jako QoL – Quality of Life, ta je pro život jednotlivce zásadní a určující. I v oblasti medicíny dochází k tomuto posunu, a to i přes to, že objektivně měřitelné ukazatele byly při volbě vhodné léčby dlouhou dobu považovány za nejdůležitější (Křivohlavý, 2002; Rannestad, 2005).

Metod, kterými se měří kvalita života, je velké množství. Dle Křivohlavého (2002) lze tyto metody rozdělit na tři skupiny:

1. Hodnotitelem kvality života je druhá osoba

Příkladem dnešního přístupu, který se zajímá pouze o fyziologickou stránku nemoci pacienta je metoda APACHE (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Tento systém je používán na jednotkách intenzivní péče zejména

ve Velké Británii. Podstata této metody spočívá v přesvědčení, že vážnost pacientovi choroby lze odvodit z toho, do jaké míry je odlišuje jeho stav od fyziologické normy.

Dalšími metodami, kde je hodnotitelem druhá osoba jsou například slovní vyjádření kvality života a nebo hodnocení kvality života pomocí symbolů (Křivohlavý, 2002).

2. Hodnotitelem kvality života je sama osoba

SWLS (Satisfaction With Life Scale – Stupnice spokojenosti se životem) a SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života) (Křivohlavý, 2001).

3. Smíšené metody zjišťování kvality života

Jako příklad této oblasti lze uvést metodu MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life). Jedná se o způsob měření kvality života vyvinutý na universitě v Manchesteru. Cílem této metody je postihnout celkový obraz kvality života tak, jak se jeví pacientovi samotnému. Ze zjištěného pohledu pacienta je pak třeba vycházet při stanovení nejvhodnějšího způsobu pomoci a péče o jeho osobu (Křivohlavý, 2002).

1.3.4 Přístupy k chápání pojmu kvalita života

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách, zejména v psychologii, sociologii, kulturní antropologii, ekologii a medicíně. Existují tři rozdílné přístupy ke zkoumání kvality života podle hlavních vědních oblastí, které se jí zabývají - psychologie, sociologie a medicíny.

Psychologové se věnují subjektivní pohodě, kterou se pokoušejí měřit mnoha nejrůznějšími metodami. V sociologii je sledována a porovnávána kvalita života různých sociálních skupin v rámci určité populace i mezikulturálně. Kvalita života ve zdravotnictví se zaměřuje na hodnocení poskytované péče a jednotlivých zdravotnických programů (Hnilicová in Payne, 2005). Psychologové často definují kvalitu života v souvislosti se spokojeností. Podle tohoto pojetí se kvalita života odvíjí od jedincovy spokojenosti, kterou získává tím, že se mu daří dosahovat předsevzatých

cílů. V souvislosti s prožíváním životního uspokojení se setkáváme s pojmy jako wellbeing a wellness označujícími životní pohodu (Křivohlavý, 2002).

V sociologii jsou z hlediska kvality života zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, např. status, majetek, vybavení domácnosti, rodinný stav nebo vzdělání. Důležitým termínem je životní úroveň definovaná jako měřítko množství a kvality služeb, které mají lidé k dispozici. Za její indikátory jsou považovány ukazatele, jako hrubý domácí produkt, střední délka života, kojenecká úmrtnost, počet lékařů na 1000 obyvatel, procento HDP věnované školství a zdravotnictví nebo počet televizorů na domácnost (Hnilicová in Payne, 2005). Kvalita života je ze sociologického pohledu výrazně sociokulturně determinovaná a je záležitostí hodnot, které jsou částečně závislé na osobní volbě, více pak na dané kultuře a společnosti. Proto budou lidé v různých zemích a kulturách označovat za kvalitní život něco jiného (Křivohlavý, 2002).

Ke zdravotním potížím pacientů se v medicíně přistupuje často dosti zjednodušeně. Je na ně nahlíženo jako na něco, co nepatří k pacientovi a jeho životu, ale co je potřeba pouze odstranit. Onemocnění nebo tělesný defekt však představují součást pacientova života, na kterou byl nucen se adaptovat. Nejsou tedy záležitostmi pouze na tělesné úrovni, ale zasahují i psychický sebeobraz pacienta (Vavrda in Payne, 2005, s 177). V medicíně a zdravotnictví se klade důraz na definice opírající se o pojetí zdraví WHO, tedy nejen nepřítomnost nemoci, ale stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. V souvislosti s kvalitou života se v medicíně užívá termín *kvalita života ovlivněna zdravím* týkající se subjektivního pocitu životní pohody v asociaci s nemocí či úrazem, léčbou a jejími účinky. Kvalita života z hlediska zdravotnictví má praktický dopad na přístup k péči o nemocné i na podporu a rozvíjení zdraví (Hnilicová in Payne, 2005).

Kvalita života se stala argumentem ke změně přístupu k lidem s tělesným nebo duševním postižením. V terapii těchto lidí nelze většinou dosáhnout úplného uzdravení, proto se v jejich případě často hovoří o zlepšení kvality života, jako o terapeutickém cíli (Hnilicová in Payne, 2005). Kvalita života vyjadřuje míru, do jaké nemoc a léčba ovlivňují jedinci s nemocí či postižením žít takový život, který by mu skýtal uspokojení (Sláma in Payne, 2005, s. 289).

Kromě výše uvedených přístupů se kvalitou života zabývá také náboženství a filozofie, která zkoumá otázky dobrého života podle jednotlivých filozofických směrů. Pozornost je věnována např. smysluplnosti života, tedy vymezení obecného cíle, který se člověku v životě projevuje jako svědomí a říká mu, co má a nemá, popř. co by měl a neměl udělat. Významnou roli v pojmání kvality sehrává náboženství a víra. Jejich zásady, pravidla, ale také nabádání k potlačování vlastních potřeb a posouvání hodnot a smyslu žití mimo reálný svět. Tak například lidé s hlubokou vírou v Boha pokládají náboženství za prvořadé a ostatní hodnoty pro ně nejsou tak významné a dosahování osobních cílů nepovažují za nejdůležitější (Dvořáková, Dušková, Svobodová, 2006).

Studium kvality života je užitečné, neboť odráží současný trend prolínání společenskovedního a biologického zkoumání člověka a výsledky výzkumů nesporně přispívají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí v životě člověka a samotné podstaty jeho existence (Hnilicová in Payne, 2005).

1.3.5 Instrumenty kvality života

Nejčastější metodou zjišťování kvality života jsou dotazníky nebo rozhovory. Všeobecné dotazníky jsou použitelné pro kterýkoliv soubor pacientů nebo zdravé populace. Výhoda těchto dotazníků je, že umožňují vzájemné srovnání různých podmínek a souborů osob a mohou se použít pro populační šetření. Naopak jejich nevýhodou je, že nemusí dostatečně podchytit intervence zaměřené na symptomy. (Dragomerická, Bartoňová, 2006)

Existují 3 typy dotazníků:

1. *Global assesment*, globální hodnocení, tento typ poskytuje všeobecné, generální hodnocení - v doménách (fyzikální, emoční, vitality atd.).
2. *Generic*, tzv. generický typ, umožňuje demonstrovat podobnosti či naopak rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami a umožňuje porovnat, jak se jednotlivé nemoci, nosologické jednotky, vzájemně liší či naopak podobají, většinou však nelze identifikovat postižení v jednotlivých oblastech co do vlivu na kvalitu života – HRQoL.
3. *Specific*, typ specifický pro určitou nemoc. Tento typ je vytvořen tak, aby umožňoval hodnotit zejména vývoj stavu nemoci v čase. Tyto základní typy mají určité přesahy, ale

rozdělení zde podané je všeobecně akceptováno. Jako příklad prolnutí může sloužit např. dotazníkový nástroj SF-36, který má výrazné rysy jak typu „global assesment“, tak i typu „generic“.

Speciální dotazníky jsou určeny pro pacienty s určitými obtížemi a obsahují položky, které zjišťují dopad těchto obtíží na život pacienta (Dragomerická, Bartoňová, 2006).

V oblasti medicíny a zdravotní péče bývá kvalita života spojována s psychosomatickým a psychickým zdravím. Nejvíce užívaným nástrojem v oblasti kvality života je koncept HRQoL. Standardizované dotazníky se zaměřují na subjektivní kvantifikovatelné míry související z části s vnímáním zdraví a částečně také s životními funkcemi v oblasti fyzické, sociální a emocionální sféry. HRQoL koncept v oblasti medicíny zaujímá monopolní postavení a často bývá jeho význam až nekriticky přeceňován (Zeman, 2010).

V oboru traumatologie se setkáváme s instrumenty typu měření jedné položky (Single item measure), která využívá jednu otázku nebo položku k hodnocení HRQoL („Health related quality of life“), tj. kvalitu života vztaženou ke zdraví, která je subjektivním pocitem životní pohody. Je spojována s nemocí, úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky.

Pojem kvalita života ve vztahu ke zdraví (Health-Related Quality of Life; HRQoL) vymezuje tu část kvality života, která je prvotně určována zdravím jedince a zdravotní péčí, která může být ovlivněna klinickými intervencemi. Vzhledem k povaze pojmu HRQoL je dotazník nejčastěji vyplňován samotným pacientem při kontaktu se zdravotnickým zařízením. K oblastem, ve kterých má takto zjištěná míra kvality života nesporný význam patří klinická praxe (monitorování psychosociálních problémů v rámci individuální péče o pacienta), populační studie zaměřené na sledování zdravotních problémů, klinické pokusy (např. porovnávání účinnosti léků), či hodnocení finanční nákladnosti a efektivity léčby (Koudelková, 2002).

Standardizovaný dotazník kvality života

V současnosti je metodou zjišťování kvality života využití dotazníku. Mezi všeobecné dotazníky patří dotazník kvality života SF-36 a dotazník Světové

zdravotnické organizace WHOQL. Výhodou těchto dotazníků je, že mohou být použity jak pro pacienty, tak pro zdravou populaci. V dnešní době byla uvedena do praxe česká verze dotazníku WHOQoL-BREF (validizace české verze dotazníku WHOQoL-BREF byla podpořena grantem IGA MZ ČR NO/7695-3). Jedná se o krátkou verzi dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace (WHOQOL Group 1998), který má 26 položek sdružených do 4 oblastí a je k dispozici v téměř 50 jazycích. U nás byla tato verze dotazníku použita k hodnocení chirurgické léčby obezity, ke zjišťování kvality života pacientů podstupujících dialyzační léčbu, u pacientů s Parkinsonovou nemocí apod. (Dragomerická, 2006, www.zdn.cz/clanek/sestra).

Všechny dotazníkové nástroje jsou konstruovány tak, aby byly použitelné i formou samostatného vyplňování pacientem, tedy bez asistence další osoby. Velký zájem vyvolává nejen mezi zdravotníky, ale zejména mezi odborníky z oblasti sociální péče a sociální práce ten fakt, že dotazníky užívané v hodnocení kvality života ve smyslu HRQoL mají i významný rozměr sociální. Lze jimi totiž zjišťovat a do značné míry i vyhodnocovat sociální aspekty kvality života. V medicíně byly vyvíjeny postupy, které umožňují měřit kvalitu života vztahenou ke zdraví (HRQoL) (Hnilicová in Payne, 2005).

1.3.6 Význam hodnocení kvality života

Sledování kvality života se ukazuje jako nezbytná součást terapeutické péče o pacienty, u nichž onemocnění a následná léčba narušuje původní sociální vazby, hodnoty fyzického a psychického zdraví. Zvyšuje se potřeba hodnotit „technologie“ zdravotní péče z hlediska hodnot individua i společnosti a brát ohled na jedinečný a nezastupitelný pohled nemocného na své zdraví (Petr, 2004).

Kvalitu života lze sledovat u jednotlivce podle jeho individuálních potřeb, kde na základě výsledku můžeme sestavit individuální terapeutický plán. Můžeme sledovat i skupiny pacientů s určitým typem potíží u kterých je měření kvality života indikátorem efektu léčby, dopadu vedlejších účinků léků nebo prostředkem k hodnocení ucelených programů. Populační šetření kvality života pak určuje popis rizikových skupin

obyvatelstva a slouží jako podklad pro preventivní programy a plánování zdravotní a sociální péče (Dragomerická, 2006, www.zdn.cz/clanek/sestra).

Během několika posledních let se důraz kladený na hodnocení výsledků medicínského vyšetření (laboratorní, zobrazovací metody apod.) přesunul na sledování a hodnocení faktorů spojených s nemocí a léčbou, které mají přímý dopad na pacienta a ovlivňují jeho vnímání kvality života. Kvalita života (Quality of Life, QoL) je obvykle definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. V tom smyslu je „kvalita života“ vnímána jako obecný termín, zahrnující např. náboženské a ekonomické aspekty. V medicínské, sociální práci a rehabilitaci se proto prosazuje pojem Health-Related Quality of Life (HRQoL), tedy „kvalita života podmíněná zdravím“, přesněji zdravotním stavem (Petr, 2004).

Dle Payne existují dvě základní charakteristiky takto koncipované kvality života.

- *Mnohorozměrnost (multidimenzionalita)* znamená, že se kvalita života týká vždy více oblastí. Počet sledovaných oblastí se obvykle pohybuje od tří do pěti:
 - oblast tělesných obtíží (např. bolest, nevolnost, únava),
 - funkční zdatnost (např. schopnost zvládat běžné denní aktivity, pracovní zátěž),
 - oblast psychologická/emocionální (např. nálada, úzkost, deprese),
 - oblast sociální (např. vliv nemoci na vztahy v rodině, vztahy s přáteli, sociální postavení, oblast finančních obtíží),
 - oblast existenciální a duchovní (např. otázky smyslu života, naděje, smíření a odpuštění).
- *Subjektivnost* vyjadřuje skutečnost, že dva různí pacienti budou tutéž nemoc prožívat zcela rozdílně. Osobností charakteristiky, stupeň sociální podpory a také schopnosti adaptace jsou pouze některé z faktorů, které ovlivní konečný výsledek (Payne, 2005).

Každý z nás hodnotí kvalitu života v oblasti pracovní, společenské, rodinné a volnočasové, ve které se uplatňují osobní hodnoty jednotlivce, jeho představy, pojetí, naděje, očekávání a přesvědčení. Posouzení kvality života jedince je subjektivní záležitostí. Na to by se mělo pamatovat i při hodnocení celkové kvality života jedince s nemocí. Vzhledem k naprosto individuálnímu způsobu jakým jednotlivý nemocný

posuzuje svoji pohodu či spokojenost je nutné, aby otázky celkové kvality života vždy posuzoval pacient a ne lékař. Na druhé straně určení závažnosti onemocnění, které ovlivňuje kvalitu života, může nejlépe zodpovědět lékař, protože odpověď na tuto otázku zahrnuje klinické vyšetření a posouzení stavu a nevyžaduje hodnocení ostatních domén kvality života (Libigerová, Müllerová, 2001). Setkávání člověka s pojmem „kvalita života“ probíhá na nejrůznějších úrovních a v nejrůznějších situacích.

1.4 SPECIFIKA KVALITY ŽIVOTA PO POLYTRAUMATU

Úraz může vyvolat deformace organismu nebo funkční poruchy, jež vedou k omezení či neschopnosti vykonávat určité praktické činnosti. Vyrovnání se s těmito neschopnostmi má vliv na vývoj osobnosti, motivaci, potřeby i postoje postiženého k sobě a k možnostem seberealizace. Ovlivňuje také postoje postiženého k jiným lidem. Jedná se vlastně o vnitřní změny kvality života (Jesenský, 1995).

Život po úraze je podmíněn funkčním rozsahem postižení, ale také dalšími činiteli, např. mírou subjektivního hodnocení svého stavu, které ovlivňuje zařazení postižení do struktury osobnosti. Velmi problematickou je oblast sociálního rozsahu postižení v případě, že jsou ovlivněny společensky vysoce exponované tělesné funkce, jako přijímání potravy, vyměšování, funkce sexuálních orgánů apod. (Matějček, 2001).

Zdravotním postižením dochází u jedince ke ztrátě či poškození orgánových systémů, což v důsledku pro daného člověka znamená narušení, omezení nebo absenci nějaké funkce. Tělesné postižení tak nezasahuje pouze do somatické stránky organismu, ale působí na rozvoj celé osobnosti a má významný vliv na utváření postoje jedince k vlastní životní situaci i postoje společnosti k danému jedinci (Opatřilová a kol., 2008). U získaného postižení je největším problémem přizpůsobování náhle vzniklé životní situaci a poté další vývoj za zhoršených podmínek.

Získané postižení nutně vyvolává potřebu inventury dosavadního způsobu života a vede k jeho prověření a změnám. Situace osob s trvalým postižením je o to složitější, že jejich poškození zvětšuje rozpor mezi potřebami a možnostmi je naplňovat. Všechna omezení potom ovlivňují jejich hodnotovou orientaci a zvládnutí postižení je prověrkou potenciálu člověka samotného i jeho sociálního okolí. I přes všechna úskalí zdravotního postižení je možné směřovat k pozitivním hodnotám, najít svá vlastní životní poslání a postupně je naplňovat za předpokladu, že jedinec přijme svou situaci jako výzvu. V procesu zvládnutí postižení může sehrát významnou roli k získání postojových změn např. četba autobiografické beletrie handicapovaných či osobní setkání s podobně postiženými. Postižení často omezuje jedince i jeho rodinu v aktivitách, jako jsou partnerské vztahy, společenské vazby, sport nebo kultura a zároveň je nutí věnovat více úsilí a času základním činnostem. Mezi klíčové oblasti činností spadá zvládnutí péče

o vlastní osobu (hygiena, jídlo, oblékání), podíl na domácích pracích, zvládnutí požadavků zaměstnání a možnosti se dopravit na pracoviště, zdravotnická zařízení a úřady. Výsledky aktivit jsou ovlivněny vůlí jedince samotného, jeho reálnými možnostmi, dostupností příležitostí a sociální oporou blízkých osob (Renotíerová, 2003, Renotíerová, Ludíková, 2004).

Janečková (in Payne, 2005, s. 456-457) uvádí, že kvalitu života ovlivňují životní události tím, že mění její aktuální prožívání (vyvolávají pocit nespokojenosti, neklidu, strachu a úzkosti, deprese), vedou k poruchám spánku, nesoustředěnosti, ulpívavým myšlenkám, stigmatizaci, sociální izolaci, ale i ke změnám v sociálních vztazích. Mění dlouhodobou kvalitu života, která je spojena se směřováním, naplňováním životních cílů a potřeb rozvoje a růstu, hledáním nového smyslu života. Takováto životní událost může z hlediska kvality života znamenat změnu perspektivy (přehodnocování, pohled z jiného úhlu), změnu hodnot (jedinec ztrácí staré hodnoty a hledá nové), změnu smyslu života (hledá novou životní náplň, poslání), zabrždění rozvoje a stagnaci (dřívější životní úkoly ztrácejí smysl, jedinci chybí motivace a svou pozornost a energii soustřeďuje na zvládnutí, vyrovnání se a adaptaci na novou situaci), vážné ohrožení zdraví (životní události zvyšují riziko onemocnění).

Do jisté míry může jedinec své vnitřní podmínky kvality života upravovat sám, tím, že se vyrovná s vadou, rozvíjí řadu schopností, uplatňuje zdravý styl života. Vnější podmínky kvality života jsou doménou komplexní péče a osoby se zdravotním postižením se na jejich rozvoji podílejí spíše jen v podobě iniciativ a ne již přímou změnou těchto podmínek. Vnější podmínky se totiž odvíjejí v závislosti na mnoha okolnostech legislativního, materiálního, technického i finančního charakteru, které mohou osoby s postižením ovlivnit pouze v minimální míře. Soubor komplexních služeb zahrnuje úpravu vnějších podmínek, legislativního a finančního zabezpečení, které dále směřují ke zvyšování kvality života osob s postižením (Jesenský, 1995).

Hovoříme-li o kvalitě života lidí se zdravotním postižením, velmi důležitou součástí života je pro tyto lidi pocit jistoty, zajištění sociálního zázemí a pocit bezpečí. Vnější činitelé ovlivňující kvalitu života jedince po úraze jsou (Vandřurová, Mühlpachr, 2005):

Terapeutická aliance

Dobrý vztah mezi člověkem s postižením jedincem a lékařem vytváří terapeutickou alianci. Za spojovací faktor mezi pacientem a lékařem je předpokládaná vzájemná důvěra, pochopení a respekt.

Existence druhé osoby

Vzájemný přátelský vztah potřebuje každý člověk. O to víc, jestliže nastane situace, kterou je neočekávaný úraz. Osoba s postižením potřebuje někoho, s kým by mohla prožívat těžké chvíle. Nejčastěji je to rodina, která má k jedinci s postižením nejbližší.

Skupinová sociální podpora

Každý člověk žije v určitém okruhu lidí, v určité zájmové skupině, v pracovní skupině, v rodině. Osoby zastoupené v těchto skupinách potřebuje jedinec s postižením v nejtěžších chvílích nejvíce. Potřeba podpory a sounáležitosti je pro něj velmi důležitá.

Sociální komunikace

Dobrá kvalita sociální komunikace zabraňuje člověku s postižením uzavírat se do sociální izolace. Potřeba vypovídat se, sdílet s někým své pocity a myšlenky, je u každého jedince různá. Zde je důležitá funkce rodiny, především však pomoc psychologa. Nejde jen o to vypovídat se, ale také pocít empatie a soucítění.

Kvalita odborné zdravotní a ošetrovatelské péče

Úroveň lékařské péče je v dnešní době na velmi dobré úrovni. Lékař a lékařská péče je první z faktorů působících na jedince po úraze. Odbornost a profesionalita je důležitou složkou i pro následnou péči.

Vnitřní činitelé jsou určováni interními faktory kvality života jedince po úraze. Velký podíl na určování kvality života má osobnost pacienta, dění v jeho organismu i v jeho psychice (Vandřurová, Mühlpachr, 2005):

Fyzický stav

Změna fyzického stavu je velkým vnitřním činitelem. Člověk s postižením se musí potýkat s určitým omezením. Toto omezení určuje rozsah jeho postižení, to je

poškození způsobené úrazem. Na kvalitu života má podstatný vliv schopnost sebeobsluhy. Zda je schopen se o sebe postarat alespoň částečně, nebo je zcela závislý na pomoci druhých. Čím menší je jeho závislost na okolí, tím lépe se vyrovnává se svým postižením. K dalším možným činitelům ovlivňujícím kvalitu života patří bolest, emocionální stav, motivace a pacientovy představy a myšlenky (Vandřurová, Mühlpachr, 2005).

Hierarchie hodnot

Může se stát, že člověk přehodnotí svůj žebříček hodnot v situaci, ve které se právě ocitl. Co před úrazem považoval za samozřejmé, nyní se tak zcela jasné zdát nemusí. Na psychiku působí i to, považuje-li své postižení jako určitou výzvu, zkoušku své osobní síly a svých možností.

Zkušenosti a dovednosti člověka s postižením ve zvládnání obtíží

Do těžkých situací se člověk dostává v průběhu svého života často. Musí tyto komplikace určitým způsobem řešit. Nachází v sobě dovednosti a schopnosti, které mu pomohou z těžké situace ven. Právě jeho síla bojovat a zkoušet nová řešení těžkých situací, mu pomáhají zvládat opětovný návrat do společnosti (Vandřurová, Mühlpachr, 2005).

1.5 MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACI FUNKČNOSTI, POSTIŽENÍ A ZDRAVÍ

Nejen u pacientů s polytraumatem došlo v posledních letech k nárůstu potřeby komplexní komprehenzivní rehabilitace.

Tento vývoj vede k situaci, kdy přes hranice dosavadního konceptu kurativní medicíny vidíme narůstat celostní „management“ následků a důsledků nemocí a chorobných stavů, s cílem snížit či kompenzovat vzniklá postižení. Po tomto přístupu existuje stále stoupající objektivní společenská poptávka. V důsledku tohoto stavu se stal nezbytným „bio – psychosociální model nemoci“.

Bio – psychosociální model nemoci je kromě jiného charakterizován klasifikačním systémem Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví (ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health) (Petr, 2004).

Světová zdravotnická organizace (WHO) přijala pro hodnocení následků spojených se zdravotním problémem novou verzi Mezinárodní klasifikace poruch, aktivit a participací (ICF, v českém znění zkráceně MKF). Klasifikace ICF byla oficiálně schválena dne 22. května 2001 všemi 191 členskými státy Světové zdravotnické organizace na 54. Světovém zdravotnickém shromáždění (World Health Assembly) v Ženevě. Vznikl tak mezinárodní standart pro popis a měření zdraví a postižení (WHO, 2001).

Členské státy EU ICF aplikují do systému zdravotnictví, sociálního zabezpečení, zdravotního i sociálního pojištění, zaměstnanosti občanů znevýhodněných na trhu práce a vzdělávání dětí a dorostu se speciálními potřebami.

Existuje též Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví pro děti a mládež, která je odvozenou verzí ICF. Důvodem pro vytvoření této verze ICF byla skutečnost, že první dvě dekády života jsou charakterizovány rapidním růstem a rozvojem významných změn v oblasti fyzických, sociálních a psychických schopností (Jelínková, 2009).

Systém ICF popisuje stav člověka prostřednictvím okolností a počtu událostí, které aktuálně souvisí s jejich zdravotním stavem. Dvě osoby trpící stejnou chorobou dle (MKN), však dle ICF mohou být na různé funkční úrovni. Jinými slovy stejná

diagnóza může mít pro různé lidi odlišné důsledky (např. s ohledem na jejich sociální situaci) (Stucki et al., 2002).

Cílem ICF klasifikace je unifikovat a standardizovat popisné nástroje, které jsou k dispozici pro hodnocení komplexu lidských stavů (Peterson and Rosenthal, 2005).

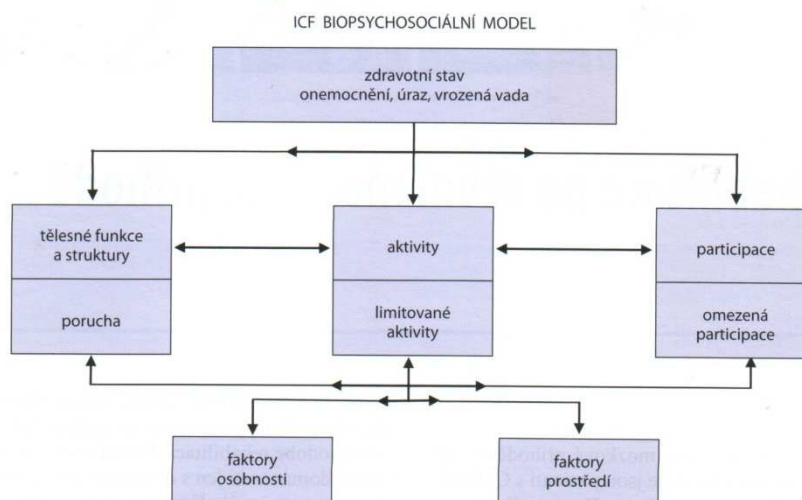
1.5.1 Filosofie ICF

- Jedinec je schopen využívat své zdraví, tedy své funkční schopnosti, i když je zdravotně postižený (disabilní).
- Klasifikace nehodnotí jedince, ale disabilní situace („disabling situation“).
- Jedná se zde o faktory prostředí, kterou mohou být bariérové nebo facilitující.
- Dvě osoby se stejnou nemocí mohou mít rozličný stupeň funkční schopnosti a dvě osoby se stejným stupněm výkonnosti nemusí mít nezbytně stejné zdravotní a sociální problémy.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) změnila filozofii pohledu na člověka s funkční ztrátou. Klasifikace ICF pohlíží na pacienta z hlediska „zdraví“, v určitých situacích může mít určité problémy (disability), které se podle klasifikace dají procentuálně kvantifikovat a odstranit, aby člověk mohl plně využívat svého „zdraví“ (Kalvach 2010). Pokud jde o disability jako takovou, došlo k posunu od medicínského modelu, kde je porucha chápána jako fyziologická a psychologická abnormalita k modelu sociálnímu a biopsychosociálnímu. Zatímco příčinou disability u medicínského modelu je onemocnění, úraz nebo vrozená vada, u biopsychosociálního modelu jde u disability o znevýhodnění zapříčiněné „disabling situation“, tedy prostředím, které omezuje život občanů s funkčními problémy (Švestková, Angerová, Sládková, 2009).

Klasifikace byla vyvinuta ke zlepšení komunikace nejen mezi zdravotnickými subjekty, ale i systémem sociálního zabezpečení, systémem sociální politiky o oblasti širší odborné veřejnosti (Peterson 2005).

OBR. 1 MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, ICF), BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ MODEL (KALVACH, 2010)



Na obr. 1 ICF bio-psycho-sociální model je funkční schopnost člověka ve specifické oblasti interakcí anebo komplexním vztahem mezi zdravotním stavem a spolupůsobícími faktory (tj. faktory životního prostředí a faktory personálními). Mezi těmito veličinami se odehrává dynamická interakce. Interakce probíhá dvousměrně, přítomnost zdravotního postižení může dokonce modifikovat i samotný zdravotní stav (Kalvach, 2010).

Mezinárodní klasifikace fungování, postižení a zdraví uvádí systém pro popis zdraví a zdravotních stavů obsahující vzájemně se ovlivňující komponenty ve třech úrovních.

První úroveň obsahuje *zdravotní stav, onemocnění, úraz, vrozenou vadu*. Jedná se o dynamickou interakci mezi zdravotními podmínkami a souvisejícími faktory.

Druhou úroveň reprezentují tělesné funkce a struktury, činnost a participace. *Tělesné funkce a struktura* jsou fyziologické systémy a anatomické struktury, např. svalová síla, rozsah pohybu, řeč, paměť nebo pozornost. *Aktivity* jsou charakteristické vykonáváním osobních činností jako je pohyb, chůze, komunikace nebo péče o sebe sama. *Participace* představuje zapojení v devíti životních situacích (sebeobsluže, mobilitě, výměně informací, sociálních vztazích, domácím životě a pomoci druhým,

vzdělání, práci a zaměstnání, ekonomickém životě, společenském sociálním a občanském životě).

Třetí úroveň je tvořena environmentálními a osobními faktory. *Environmentální faktory* tvoří fyzické, sociální a názorové prostředí člověka. *Osobní faktory* obsahují zázemí jedince a prvky jako pohlaví, etnikum, věk, životní styl, zvyky, výchova, vyrovnávání se se stresem, sociální zázemí, vzdělání, profese a osobnostní charakteristiky (H. Vaďurová, P. Mühlpachr, 2005).

Tabulka 1: Přehled mezinárodní klasifikace ICF

	Díl 1: Funkční schopnost a Disabilita		Díl 2: Spolupůsobící faktory	
Komponenty	Tělesné funkce a struktury	Aktivity a participace	Faktory prostředí	Faktory personální
Domény	Tělesné funkce Tělesné struktury	Životní oblasti (úkoly, činnosti)	Vnější vlivy na funkční schopnost a způsobilost	Vnitřní vlivy na funkční schopnost a způsobilost
Konstrukce	Změna v tělesných funkcích (fyziologické) Změna v tělesných strukturách (anatomická)	Schopnost vykonávat úkoly v standardním prostředí Provedení úkolů v běžném prostředí	Facilitující nebo omezující vliv fyzického, sociálního a okolního světa	Vliv vlastností určité osoby
Pozitivní aspekt	Funkční a strukturální integrita	Aktivity a Participace	Facilitátory (pozitivně působící faktory)	Neaplikovatelné
	Funkční schopnost			
Negativní aspekt	Porucha	Limitování činnosti Omezení participace	Bariéry (překážky)	Neaplikovatelné
	Disabilita zdravotní omezení			

Zdroj: WHO, 2001

Mezinárodní klasifikace ICF má dvě části se dvěma složkami (srov. tab. 1).

Díl 1: Funkční schopnost a Disabilitu

- Tělesné Funkce a Struktury
- Aktivity a Participace (účast)

Díl 2: Spolupůsobící Faktory

- Faktory prostředí
- Faktory personální

Každá složka může být vyjádřena pozitivně nebo negativně. Skládá se z různých domén a uvnitř každé domény z kategorií, které tvoří jednotky klasifikace. Zdraví člověka a stavy se zdravím související je možné zachytit výběrem vhodné kategorie nebo kódu a potom přidáním *kvalifikátorů* (posuzovaných znaků), kterými jsou vlastně numerické kódy specifikující rozsah nebo velikost postižení v dané kategorii, nebo míry, ve které se určitý faktor z životního prostředí nestane facilitátorem nebo bariérou (WHO, 2001).

1.5.2 Význam použití ICF

Hlavním cílem bylo vytvořit mezinárodně srovnatelné hodnocení, které má své využití v klinické praxi, statistice, výzkumu, sociální politice a vzdělávání. Vychází z předpokladu, že každý člověk může mít v určitém směru nějakou poruchu, jejíž závažnost je hodnocena podle toho, jak hodně omezuje aktivity a ovlivňuje životní styl a sociální role.

ICF deklaruje, že ústředním smyslem zdravotnických služeb je pomoci lidem účastnit se každodenních aktivit, které jsou pro jejich život smysluplné a potřebné. Klasifikace zahrnuje všechny aspekty zdraví a pojímá zdraví v širším kontextu (Jelínková, 2009).

Mezinárodní klasifikace funkčnosti (ICF) byla vyvinuta jako víceúčelová klasifikace pro různé disciplíny a oblasti využití. Její specifické cíle lze charakterizovat takto:

- Poskytnout *vědecký základ* pro souvislosti zdravotních podmínek.
- Stanovit *společný jazyk* ke zlepšení komunikace.

- Umožňuje srovnání dat mezi státy, obory ve zdravotnictví, zdravotnických službách i v průběhu času.
- Poskytuje systematické kódování pro zdravotnický informační systém.

Uvedené cíle jsou ve vzájemném vztahu, zejména potřeba a použití ICF vyžaduje vývoj smysluplného a vhodného systému, který může být použit různými uživateli v oblasti zdravotní politiky, zajištění kvality a při evaluaci výsledků v různých kulturách (WHO, 2001).

Podle Kality (2006) je cílem klinického testování:

- a) Popis postižení:** má být dostatečně přehledné, srozumitelné celému léčebnému týmu a také pro motivaci nemocného a jeho rodinu má být smysl dobře čitelný. Monitoruje míru funkční zdatnosti, nutné pomoci a soběstačnosti.
- b) Hodnocení klinické změny:** je důležité pro vyhodnocení efektu terapie. Napomáhá ke zlepšení kvality práce s pacientem, umožňuje srovnání kvality léčebných postupů i pracovišť. Data musí odpovídat požadavkům matematického zpracování.
- c) Predikce:** má přinést ze vstupního měření informaci, která umožní identifikovat vysoce rizikové pacienty a skupiny nemocných vhodné pro speciální způsob léčby. Předpovídá dobu nezbytné hospitalizace a také nutnost další péče.

Použití a význam ICF

ICF je důležitá pro široké spektrum různých aplikací, např. sociálního zabezpečení, vyhodnocování organizace zdravotní péče, populačních přehledů na místní, národní a mezinárodní úrovni.

- *Statistický nástroj* pro zjišťování a dokumentaci dat (např. studie týkající se šetření obyvatelstva nebo užití v informačních systémech managementu).
- *Výzkumný nástroj* – pro měření výsledků, kvality života nebo faktorů životního prostředí.
- *Nástroj pro zdravotní zabezpečení* – pro určení potřeby a adaptace léčby na specifické podmínky, k posouzení vzhledem k volbě povolání, pro rehabilitaci a evaluaci výsledků.

- *Sociálně politický nástroj* – pro plánování sociálního zabezpečení, pro systémy zabývajícími se odškodněním, pro utváření a prosazení politiky.
- *Pedagogický nástroj* pro vývoj kurikulí, pro vytvoření vědomí problému a podnět k sociálnímu jednání (Slavíková, 2008).

2. CÍL PRÁCE

Cíl práce A

Posouzení efektivity péče u pacientů s polytraumatem.

Výzkumná otázka

Jaký je význam péče o pacienty v systému ucelené rehabilitace?

Cíl práce B

Hodnocení kvality života u pacientů s polytraumatem.

Výzkumná otázka

Jaký vliv má prodělání polytraumatu na kvalitu života?

3. METODIKA PRÁCE

K dosažení cíle této diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum založený na zpracování případových studií pomocí polostrukturovaného rozhovoru s respondenty, na analýze zdravotnické dokumentace, kódování dle ICF a doplňkového dotazníku kvality života SEIQoL.

1. Případová studie

Kazuistika (case history, z latinského casus = případ), jež je chápána jako popis jednotlivých případů a může se týkat jedince, skupiny lidí či konkrétní instituce. Švaříček, Šed'ová a kol (2007) definují kazuistiku jako detailní rozbor jednoho či více případů, přičemž jejím cílem je popis interakce mezi daným případem a jeho okolím. Jako přednost metody případové studie uvádí snadnější srozumitelnost širšímu okruhu lidí a také to, že umožňuje zachytit unikátní vlastnosti a okolnosti zkoumaných problémů. Takto jsou případové studie často klíčem k porozumění celé situaci.

Případová studie se obvykle skládá z osobní a rodinné anamnézy, diagnózy, prognózy, popisem příslušných léčebných nebo jiných opatření, jejich průběhem a výsledky (Hartl, Hartlová, 2000). K vytvoření kazuistiky dochází po nastudování všech dostupných materiálů, které jsou následně zhodnoceny a formulovány. Mezi potřebné údaje spadají informace o prodělaných chorobách, operacích, úrazech, informace o prostředí ve kterém žije v současnosti.

3. Pozorování

Tato metoda byla využita při mapování prostředí, ve kterém jedinci žijí a při analýze neverbálních projevů během rozhovorů.

2. Polostrukturovaný rozhovor

Při rozhovoru byly pokládány zejména předem připravené otázky. Pro zajištění individuálního přístupu a respektování potřeb některých respondentů probíhalo

pokládání otázek písemnou formou. Respondentům tak bylo umožněno odpovídat vlastním tempem, dle svých časových možností.

3. Kódování ICF

Předpokládá spolupráci pracovišť. Kódování ICF (Komponenty, domény, kvalifikátory) používá alfanumerický systém:

- Tělesné funkce (body function - b)
- Tělesné struktury (body structures - s)
- Aktivita a participace (disability - d)
- Faktory prostředí (environmental factors - e)
- Osobní faktory (personal factors)

Celá klasifikace kódů musí mít 1-3 přídatné kvalifikátory. Kvalifikátory určují úroveň zdraví, nebo závažnost problému, který je dán tělesnou funkcí (b), nebo strukturou (s), ale také šíří úkolů a aktivit prováděných v každodenním životě, které se blíže vztahují k faktorům prostředí (e) (Stucki et al., 2003).

Příklady:

- jednostupňové kódy v jednotlivých komponentách
 - s 7 - struktury vztahující se k pohybu
 - d 4 - pohyblivost při aktivitách a participaci
 - e 2 - přirozené prostředí a změny prostředí vyvolané člověkem
- dvoustupňové kódy (b710, s430, d540)
- třístupňové kódy (b7102, s4301, d5403) (Velemínský a kol., 2011)

Tato písmena jsou následována numerickým kódem. Kódy jsou kompletní jen když je přítomen kvalifikátor, který označuje velikost stupně zdraví (závažnost problému). Kvalifikátory jsou kódovány jako jeden, dva nebo více členů za tečkou.

Domény ICF

Praktické, smysluplné celky, které se vztahují k fyziologickým funkcím, anatomickým strukturám nebo oblastem života .

Příklad: xxx.0 - žádný problém

xxx.1 – střední problém

xxx.2 – těžký problém

xxx.3 – úplný (totální) problém (WHO, 2001).

4. Dotazník SEIQoL

Z mnoha dotazníkových a kvalitativně zaměřených metod je nejznámější metoda SEIQoL. Křivohlavý, J. (2001, str. 243) ji blíže popisuje v dodatku své knihy Program hodnocení individuální kvality života.

Koncept SEIQoL identifikuje kvalitu života ve shodě s vlastním vnímáním respondenta. SEIQoL koncept představuje metodu, v které jsou všechny indikátory osobní kvality života získány během rozhovoru s klientem. Tato metoda plně respektuje fakt, že osobní kvality života jedince zcela závisí na jeho vlastním žebříčku hodnot. Respondenti berou v úvahu vlastní hierarchii potřeb a rozhodují, které aspekty života se jich v dané době týkají (Zeman, 2010). Metoda se zaměřuje na nejdůležitější aspekty kvality života jedince a s těmi pak také pracuje.

Základní myšlenkové linie metody (Buchtová, 2004):

- pro hodnocení kvality života jedince je důležitější jeho vlastní názor na stanovení priorit oblastí kvality života než předem stanovený a následně posuzovaný vnější systém hodnot,
- jednotlivé dimenze kvality života mají pro různé jedince odlišnou závažnost a hodnotu,
- v průběhu svého života jedinec prochází různými fázemi a překonává různé situace, což mění pořadí důležitosti dimenzí kvality jeho života,
- osobní pojetí života úzce souvisí s vyjádřením spokojenosti s dosahováním životních cílů a plánů.

Metoda SEIQoL má při měření kvality života širší záběr než metody vnějšího posuzování zdravotního stavu pacienta jiným posuzovatelem. Zahrnuje celkový stav pacienta tak, jak jej sám pacient vnímá a hodnotí. Z tohoto důvodu se mohou údaje o kvalitě života lišit od objektivních údajů, které představuje například zdravotnická dokumentace. Při zjišťování kvality života metodikou SEIQoL se zohledňují i údaje o psychickém stavu pacienta, i o míře jeho spokojenosti s tím, jak se mu daří realizovat cíle, kterých chce ve svém životě dosáhnout (Křivohlavý, 2002).

Metodika SEIQoL

Na začátku by se měl respondent zamyslet nad tím, o co v životě usiluje. Uvědomit si, co má pro něj v životě cenu, co se stává cílem jeho života, o čem se v životě snaží, co je hnací silou jeho života. Jedná se o sdělení respondentových vlastních životních cílů a úkolů, jeho životního zaměření. Nejedná se o úplný výčet životních cílů, chceme jich znát pouze pět, které jsou pro dotazovaného nejdůležitější.

Respondentovi můžeme životní cíle přiblížit jako to, na co se v životě zaměřuje v rámci celkového obrazu života. Jedná se tedy o jeho dlouhodobé snahy, ne o momentální chtění. K záznamu těchto cílů slouží na formuláři pět vytištěných řádek (Křivohlavý, 2001). Mezi nejčastěji uváděné podněty patří: zdraví, rodina, práce, náboženství, finance, vzdělání. Je ale zjištěno, že pouze dva lidé ze 42 uvedou stejnou pětici podnětů (Křivohlavý, 2002).

Během rozhovoru v ideálním případě dotazované osobě neuvádíme příklady možných zaměření. Zabráníme tím sugestivnímu ovlivnění respondenta. Jsou však konkrétní příklady, které mohou dotazovaným pomoci (Křivohlavý, 2001):

Rodina, manželství – otázka dětí, vnoučat, ale i širší rodiny, otázka lásky, porozumění, péče, spokojenosti, vzájemné podpory a pohody v rodině.

Zdraví (tělesné) – udržování tělesného zdraví, popř. jeho zlepšování, jedná se o boj se zdravotními problémy – např. „abych nebyla druhým na obtíž, abych byl soběstačný...“

Duševní pohoda – duševní zdraví, udržení paměti na dobré úrovni, rozumné myšlení, mít dobrou náladu, nebýt necitlivý, ale umět soucítit s druhými, zachovat si chuť do života, mít dobrou mysl, nevyhořet.

Duchovní život – snažit se žít smysluplně, mít pro co žít, umět odlišovat důležité hodnoty pro život od nepodstatných, poznávat Boha, hlouběji porozumět sám sobě, zachovat si dobré svědomí.

Vztahy mezi lidmi – mít ohled na druhé lidi, udržování přátelských vztahů, zlepšování vzájemných vztahů s druhými, zvyšování tolerance, vzájemná tolerance s druhými lidmi, pomáhat druhým lidem.

Sebevzdělávání – studovat, číst, učit se cizím jazykům, zvyšování kvalifikace, získávat nové dovednosti, znalosti a zkušenosti.

Kultura – návštěvy koncertů, divadel, kina, četba beletrie, básní...

Sport – tělesná cvičení, turistika, jóga.

Ruční práce – šití, vaření, udržování domu a zahrady, úklid bytu.

Hobby – zahradničení, malování, zpěv ve sboru, cestování, psaní deníku.

Záznam výpovědi respondenta uvádí daný životní cíl nejen heslovitě, ale také jeho přesnější vymezení, které ukazuje, jak jej daná osoba chápe v širším pojetí. Dotazovaný se zaměří na téma rodina. V záznamu bude heslo rodina, ale v rozvinutější formě dále vysvětlí „dožít se toho, až děti dorostou a budou stát na vlastních nohou“ (Křivohlavý, 2001).

Po uvedení pěti životních cílů respondent k jednotlivým cílům uvede i míru spokojenosti s těmito cíly. Míra spokojenosti se vyjadřuje v procentech, tedy číslem od 0 do 100. Nula znamená, že dotazovaný není vůbec spokojen s tím, oč se v dané oblasti snaží, a sto procent naopak znamená, že je s plněním cílů v dané oblasti spokojen na nejvyšší možnou míru.

Následuje vyjádření důležitosti daného životního cíle v rámci uvedených pěti životních cílů. Respondent je požádán, aby si představil, že těchto pět cílů představuje celek jeho snah, reprezentovaný 100%. Jeho úkolem je rozdělit těchto sto procent k jednotlivým cílům podle toho, jak jsou pro něj osobně důležité. Údaje se vpisují do rubriky označené „důležitost daného tématu v %“ (Křivohlavý, 2001).

Na úplný závěr respondent označí křížkem na analogové stupnici místo, které podle něj představuje míru jeho spokojenosti se životem. Lze použít Visual Analogous Scale (VAS). Termín VAS lze do češtiny volně přeložit jako „teploměr spokojenosti se

životem“. Jedná se o viditelnou analogovou stupnici, která může mít podobu horizontální úsečky. Na levé straně je označena slovy „je to tak špatné, jak jen to může být“ a na pravé straně je bod označený slovy „je to tak dobré, jak jen to může být“ (Křivohlavý, 2001).

Vyhodnocení dotazníku SEIQoL

Vyhodnocení metody SEIQoL se provádí tak, že se u každého životního cíle (hesla) násobí jeho důležitost s mírou spokojenosti. Výsledná hodnota se rovná součtu takto zjištěných součinnů pro všech pět řádek dotazníku SEIQoL. Nejvyšší takto zjištěná hodnota může činit 10.000. Výsledný součet se dělí 100, aby se výsledný údaj pohyboval v rozmezí nejnižší hodnoty 0 a nejvyšší hodnoty 100 (Křivohlavý, 2001).

Porovnání můžeme provádět mezi jednotlivci, v rámci dané skupiny nebo mezi skupinami lidí (Křivohlavý, 2002). Hlubší rozbor odpovědí se provádí pomocí polořízeného rozhovoru, tzv. judgment analysis (Křivohlavý, 2001).

3.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor vycházel z cílů práce, které byly stanoveny. Před zahájením samotného výzkumu byla stanovena na respondenty tato kritéria:

- polytrauma
- 2 pacienti do 21 let
- 2 pacienti do 45 let
- 2 pacienti nad 60 let
- výdělečně činné osoby, důchodci, studenti

Základní soubor tvořilo 6 pacientů s polytraumatem, kteří byli hospitalizováni v Nemocnici České Budějovice a.s. Soubor respondentů byl rozdělen na tři skupiny. V každé skupině byla vždy dotazována jedna žena a jeden muž.

Před zahájením samotného výzkumu byli respondenti seznámeni s jeho cílem a průběhem. Byla jim vysvětlena podstata metodiky SEIQoL a průběh výzkumu samotného. Dále jim bylo zdůrazněno, že pokud nebudou chtít, nemusí na některé

z otázek odpovídat a samozřejmě také to, že mají kdykoliv právo přerušit rozhovor, který následuje po vyplnění formuláře SEIQoL. Vyplňování dotazníku a rozhovor trvalo v průměru o 45 – 60 minut. Opětovné dotazování se odehrálo po uplynutí zvoleného časového úseku, v tomto případě 6 měsíců.

Při vyhodnocení jsme se soustředili na posouzení a statistické vyjádření spokojenosti se zdravím a s kvalitou života a důležitostí determinant zdraví i QoL v obou skupinách.

4. VÝSLEDKY

PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 1

Iniciály: L. M. - žena

Věk: 39 let

Datum úrazu: 1. 8. 2011

Hospitalizace na TRO od 1. 8. do 16. 8. 2011

Hospitalizace na ONP od 17. 8. do 23. 9. 2011

Diagnozy: Stav po autohavárii s poraněním hlavy a hrudníku.

S010 Vulnera contusolacera ref. F-T l. sin, faciei l. sin, F-P l. dx. parasagitálně

S2700 Plášťový pneumotorax vlevo

S0211 Fractura calvae T l. sin minim disloc aperta - pneumocephalus

S010 Vulnera contusolacera capitis multipl.

S2230 Fractura costae IV et V l.sin minim disloc

S0630 Drobné tečkovité hyperdenzity v krajích temp. a front. laloku l.sin.

S0231 Fractura zevní stěny levé očnice

S2730 Diskrétní kontuze plicní l.sin.

Vzdělání: vysokoškolské, ekonomického zaměření

Bydliště: Lišov u Českých Budějovic

Rodinná anamnéza: klientka je rozvedená, bezdětná. Má bratra, který žije i s jejími rodiči ve dvougeneračním domě ve Vodňanech. Za rodiči dojíždí automobilem pravidelně 1-2x týdně. Alkohol užívá příležitostně, nekuřák. Do doby úrazu byla zcela soběstačná.

Pracovní anamnéza: Pracuje jako daňový a účetní poradce ve své firmě v Českých Budějovicích.

Sociální anamnéza: žije se svým přítelem a jeho 11 letou dcerou v rodinném domku na pokraji obce Lišov u Českých Budějovic. Jako záliby uvádí myslivectví, péče

o 2 lovecké psy, vysokohorskou turistiku, jízdu na koni, společenský tanec a četbu literatury.

Farmakoterapie: Zaldiar, Ibalgin, ACC, Lacrysin gtt.

Dietoterapie: Dieta č. 3 racionální

Prodělaná vyšetření: Klinická, neurologická, neurochirurgická, oční, interní vyšetření, hematologická a biochemická vyšetření, RTG a CT vyšetření hlavy a hrudníku

KLASIFIKACE DLE ICF

b840.1 senzitivita související s kůží, mírná porucha citlivosti (mravenčení, pálení)

b28011.1 bolest na hrudi související s frakturou žeber, lehké obtíže

b4402.1 porucha respirační funkce související s objemem plic, mírné obtíže při dýchání

b21023.3 porucha zrakové funkce, rozostřené vnímání obrázků, těžké obtíže

b28010.2 nepříjemné bolesti hlavy, střední obtíže, bolest snesitelná

b1400.2 poruchy soustředění v časovém úseku, střední obtíže, četba knih klientku vyčerpává

b134.2 spánkové funkce, poruchy kvality spánku, střední obtíže

b1403.3 těžká porucha pozornosti při řízení automobilu

b455.3 funkce fyzické vytrvalosti a aerobní kapacity dle zátěžová tolerance
těžká porucha

b1100.3 těžká porucha vědomí

d4301.22 přenášení předmětů v ruce střední obtíže ve výkonu (nosí francouzskou berli v levé ruce), střední obtíže v kapacitě

d4500.12 chůze na krátkou vzdálenost, lehké obtíže ve výkonu (používá francouzskou berli), střední obtíže v kapacitě (když nebude mít k dispozici berli, budou větší problémy).

d166.22 poruchy čtení, střední obtíže ve výkonu (při čtení knih používá brýle, oční kapky), střední porucha v kapacitě

d8502.33 práce na plný úvazek, problémy s prací na plný úvazek těžká porucha ve výkonu (nemá notebook, pouze mobil) odkázána na pomoc kolegyně, těžká porucha v kapacitě

d7601.23 vztahy v rodině (děti-rodiče) - péče dětí o staré rodiče, střední obtíže ve výkonu (nemá vlastní automobil), těžké obtíže v kapacitě

d6506.33 péče o domácí zvířata, pes těžké obtíže ve výkonu (odkázána na pomoc přítele), těžké obtíže v kapacitě

s8100.250 kůže v oblasti hlavy střední porucha, porucha kontinuity, na více místech

s7101.352 kosti obličeje těžká porucha, porucha kontinuity, vlevo

s43018.272 struktura plic, malá kontuze plic, střední porucha, kvalitativní změna, vlevo

e1151.+2 Produkty a technologie pro mobilitu a transport v interiéru a exteriéru v běžném životě, užívání ortopedické pomůcky berle, střední facilitace (kdyby neužívala berli hrozí riziko pádu)

e1152.2 středně těžká bariéra týkající se konstrukce budov (tři nepravidelné kamenné schody před vchodem do domu)

(<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>, Zeman, 2009).

Průběh hospitalizace

Pacientka byla přivezena RZS dne 1. 8. 2011 na Traumatologické oddělení pro polytraumatická poranění hlavy a hrudníku v důsledku dopravní nehody (náraz do svodidel, jako řidič). Na okolnosti nehody si nepamatuje, udává nauzeu, silné bolesti hlavy, bolesti na hrudi a obtížné a bolestivé dýchání. Uvádí rozostřené vidění více na levém oku a výrazné vertigo. Na hlavě měla rozsáhlou tržnou ránu temporálně vlevo.

1. 8. urgentní operace: z důvodu zhmoždění plicního laloku sin pro frakturu 4 a 5 žebra zaveden hrudní drén, sériová fraktura žeber řešena konzervativně

5. 8. zahájena rehabilitace - respirační fyzioterapie

7. 8. přeložena z JIP na standardní oddělení TRO pro příznivý nálezný kontrolních vyšetření a stabilizovaný stav

11. 8. extrakce hrudního drénu

12. 8. rehabilitace, nácvik vertikalizace a chůze s oporou

17. 8. přeložena na oddělení ONP pro příznivý nález kontrolních vyšetření

17. 8. přijata k hospitalizaci na oddělení ONP překladem z TRO z důvodu doléčení a rehabilitace.

23. 9. dimise do domácího prostředí

Stav při přijetí na ONP

Pacientka stabilizována. Udává mírnou dušnost, bolest na hrudi v souvislosti s dechovou zátěží. Pacientka si stěžuje na mírné rozostření zraku v levém oku, udává rovněž vertigo a pocit nejistoty během vertikalizace do stoje a chůze. Pacientka uvádí že jí i krátkodobá fyzická aktivita snadno vyčerpává a cítí zvýšenou potřebu spánku. Vadí jí že není schopna dlouhodobě se soustředit, četba časopisů jí vadí zřejmě pro pestrost barev obrázků. Preferuje četbu knížek, ale limituje jí pocit rozostření v levém oku. Celkově se již cítí lépe.

Funkční hodnocení při přijetí:

Váha 51kg BMI 19,92 TK 113/76 P 61 D 18'/min T 36,5 Výška 160cm

Barthel test: 65 bodů - mírně nesoběstačná

Během pobytu na oddělení ONP se v důsledku vhodně zvolené léčby stav pacientky výrazně zlepšil. Pacientka udává zmírnění bolesti při dýchání. Omezení v důsledku poruchy zorného pole levého oka se výrazně zmírnilo a pacientka si ho uvědomuje jen při dlouhodobější četbě či cílenému pozorování detailů obrázků. Sledování televize jí však stále vyčerpává a navozuje až migrenózní bolesti hlavy. Poruchy paměti neudává, ale přiznává, že dlouhodobější soustředění je pro ni stále náročné. Pacientka opakovaně vyjádřila nespokojenost s poskytovanými službami hotelového typu (úroveň stravování, kvalita jídla, výměna lůžkovin atd). Pacientka uvedla, že jí pobyt na pokoji s dalšími pacientkami a nedostatek soukromí velmi psychicky zatěžuje.

Z počátku se během chůze cítila velmi nejistá, byla schopna pouze chůze s oporou o 1 francouzskou holi a s doprovodem druhé osoby, což jí velmi trápilo. Ke konci pobytu se jí s přibývajícím jistotou při chůzi navracel i optimismus.

18. 8. zahájena rehabilitace - fyzioterapie

V rámci fyzioterapie absolvovala pacientka dechová cvičení - respirační fyzioterapii pro zlepšení dechových funkcí (C a V plic) a snížení bolestivosti při dýchání, izometrická a kondiční cvičení se zaměřením na zvýšení celkové svalové síly, hybnosti a soběstačnosti. Fyzioterapie se zaměřovala i na nácvik schopnosti stability sedu, stoje a chůze o 1 francouzské berli, včetně nácviku stereotypu chůze po schodech.

Díky svému optimismu, pevné vůli, zlepšenému a stabilizovanému zdravotnímu stavu, spolupráci se svým přítelem a rodinou byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Pacientka byla rozhodnuta pokračovat v rehabilitaci v ambulantní formě.

Závěrečné zhodnocení při propuštění z ONP

Pacientka je schopna samostatné chůze bez opory na krátkou vzdálenost (do 50m), na překonání delších vzdáleností si bere 1 francouzskou berli. Využívá fixační pás na hrudník a bedra. Chůzi po schodech zvládá s asistencí druhé osoby. Sebeobsluhu včetně hygieny zvládá klientka samostatně, či jen s mírnou dopomocí druhé osoby.

Funkční hodnocení před propuštěním:

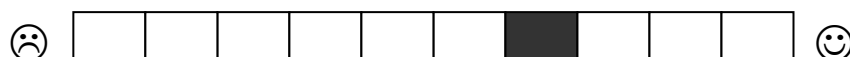
Váha 50kg BMI 19,9 TK 130/70 P 60 D 16'/min T 36,4 Výška 160cm

Barthel test: 90 bodů - mírně nesoběstačná

TABULKA 2: Test kvalita života

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. rodina	80	35	
2. zdraví	70	30	
3. práce	65	15	
4. volný čas	40	15	
5. další vzdělání	15	5	65,5

Zdroj: vlastní výzkum



úplná nespokojenost

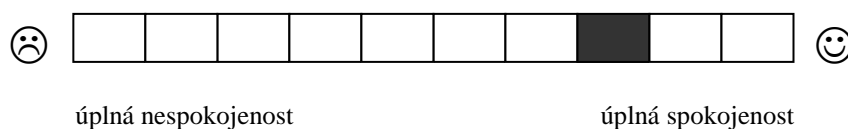
úplná spokojenost

Zdroj: vlastní výzkum

TABULKA 3: Test kvalita života po 6 měsících

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. rodina	90	40	
2. zdraví	70	30	
3. práce	50	10	
4. volný čas	60	20	
5. další vzdělání	10	0	74,0

Zdroj: vlastní výzkum



Zdroj: vlastní výzkum

Subjektivně vnímaná kvalita života

Klientka zjistila, že má v rodině velkou oporu nejen od bratra, ale hlavně od svého partnera a jeho dcery. Uvědomila si, že vlastní zdraví a zdraví jejích blízkých je pro ni ta nejdůležitější hodnota v životě. Tato krizová situace jí pomohla, ujasnit si priority. Otestovala si tím i svůj vztah s partnerem a jeho dcerou. Partner byl pro ni velkou oporou ve všech směrech. Dcera se snažila pomáhat s péčí o domácnost a zvířata. Uznává, že již dříve byla ve svém vztahu celkem spokojena, ale paradoxně díky této situaci se přestala zabývat drobnými problémy a nyní pociťuje větší rodinnou sounáležitost. Rovněž si uvědomila, že práce a peníze jsou sice důležité, ale pochopila že není jejím smyslem života trávit denně 12 hodin prací pro firmu a dříť „jako kůň“. Tato zkušenost jí dala možnost, zamyslet se nad svým dosavadním pracovním tempem a zátěží. Vyřešila stávající situaci přijetím další ekonomky do své firmy. Klientka uvedla, že měla dříve jisté ambice a chuť dále se vzdělávat v oboru finančního poradenství, ale v současné situaci se jí vzdělávání nejeví jako priorita. Velkou radostí se naopak stala péče o psi a koně, které se mohla doma více věnovat a která jí velmi naplňovala a uklidňovala.

Klientka uvádí, že netrpí žádnými výraznými zdravotními obtížemi kromě občasného bolení hlavy a krční páteře, která ale nutně nemusí souviset se zraněním po dopravní nehodě. Ztráta automobilu jí mrzí, neboť na dopravě autem je z důvodu místa bydliště závislá na partnerovi. Situaci v dohledné době neřeší, protože má roční zákaz řízení motorového vozidla.

PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 2

Iniciály: T. Š. - muž

Věk: 41 let

Datum úrazu: 12. 5. 2011

Hospitalizace na TRO od 12. 5. do 23. 5. 2011

Hospitalizace na ONP od 23. 5. do 7. 7. 2011

Hospitalizace na RHB od 11. 7. do 12. 8. 2011

Diagnózy: stav po pádu ze střechy s následným polytraumatickým poraněním hlavy, hrudníku, horních a dolních končetin.

S82.00 fractura patellae l. dx. disloc. commin.

S02.20 stav po zlomenině nosu-repozice 16.5. 2011

S62.50 stav po zlomenině palce ruky sin (zavřená fraktura)

S52.50 stav po fraktuře radii l. sin. partis distalis commin disloc. operace 16. 5. 2011

S52.70 stav po zlomenině olecrani l. dx. Intraart. commin. disloc. et subcapit. radii sine disloc. operace 16.5. 2011

Ostatní diagnózy:

I25.2 ischemická choroba srdeční, st. Po IM řešném PCI s implantací stentu (7/10)

I10 hypertensní choroba

I69.4 st. po CMP (2/2010)

Z86.7 stav po plicní embolizaci

D68.5 Leydenská mutace

Vzdělání: střední odborné s maturitou, elektrotechnické zaměření.

Rodinná anamnéza: klient je rozvedený, má jednu dceru ve střídavé péči. Oba jeho starší sourozenci bydlí v Ústí nad Labem, odkud pan T. Š. původně pochází. Bratra i sestru s rodinami proto navštěvuje příležitostně.

Alkohol užívá příležitostně, kuřák (20 cigaret denně). Do doby úrazu byl zcela soběstačný.

Pracovní anamnéza: pracuje jako servisní technik v soukromé firmě v Českých Budějovicích.

Sociální anamnéza: žije se svou přítelkyní v panelovém bytě v Českých Budějovicích. Jako záliby uvádí stolní tenis, turistiku, cykloturistiku, počítačové hry, vaření a četbu literatury.

Nynější onemocnění: přivezen RZS pro stav po pádu ze střechy s následným polytraumatickým poraněním hlavy, hrudníku, horních a dolních končetin. Klient uvádí prodělání několika závažných onemocnění (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, trpí také poruchou srážlivosti krve. V roce 2010 podstoupil kardiologickou operaci. Léky užívá, ale nepravidelně.

Farmakoterapie: Tramal, Dipidolor, Neodolpasse, Perfalagan,, Augmentin, Ranital, Mucosolvan, Fraxiparine. Chronická medikace: Zyllt, Sortis, Concor, Lozap, Hypnogen

Dietoterapie: Dieta č. 0 tekutá, 1 kašovitá, 3 racionální

Prodělaná vyšetření: klinická, neurologická, kardiologická, stomatochirurgická, ORL a oční, interní vyšetření, hematologická a biochemická vyšetření, RTG a CT vyšetření hlavy, hrudníku, horních a dolních končetin

KLASIFIKACE DLE ICF

s3108.354 těžká porucha struktury nosu (fraktura nosních kostí)

s73011.352 těžká porucha struktury zápěstí, fraktura, vlevo

s73001.351 těžká porucha struktury lokte, fraktura, vpravo

s75011.351 těžká porucha struktury kolene, fraktura, vpravo

b28010.2 bolest hlavy související s frakturou nosních kostí a fixací zubů, střední obtíže

b28014.2 bolest v horní končetině L zápěstí, střední obtíže

b28016.2 bolest v kloubu, P loket, střední obtíže

b28015.3 bolest v dolní končetině, P koleno, těžké obtíže

b4408.1 porucha respirační funkce související s frakturou nosních kostí, mírné obtíže při dýchání

b715.4 porucha stability funkce kloubu, vícečetné postižení kloubů P koleno, P loket, L zápěstí, fixace v ortézách, úplná porucha

d4104.33 stoj, přesun do pozice stoj ze sedu, těžké obtíže *ve výkonu* zvládá s obtížemi v barierovém prostředí pokoje, těžké obtíže *v kapacitě* (bez dopomoci druhé osoby je přesunu do stoje na chodítko schopen s výraznými obtížemi)

d4106.23 stabilizace tělesného centra proti gravitaci, těžké obtíže ve výkonu (používá při stoji chodítko s úpravou opory pod paže) těžké obtíže v kapacitě (pokud nebude mít kompenzační pomůcku, budou větší problémy)

d4200.33 přesun vlastní osoby v pozici sed, těžké obtíže ve výkonu (je limitován nedostatečným prostorem pro manipulaci s vozíkem), těžká porucha v kapacitě

d450.34 chůze na vzdálenost méně než 1 km, těžké obtíže ve výkonu (používá chodítko s úpravou opory pod paže a ortézy) těžké obtíže v kapacitě (pokud nebude mít chodítko a ortézy k dispozici, nebude schopen chůze)

d510.23 samostatné mytí, středně těžká porucha ve výkonu, dopomoc druhé osoby, těžká porucha v kapacitě

d540.22 oblékání, střední obtíže ve výkonu (používá podavač, obouvák), limitace ortézami, střední obtíže v kapacitě (bez dopomoci druhé osoby, či bez kompenzačních pomůcek by měl větší problémy)

d550.23 sebeobsluha při jídle středně těžká porucha ve výkonu, pomoc personálu, těžká porucha v kapacitě

d7601.3 vztahy v rodině (rodič - dítě) těžké obtíže (s dcerou se vídá pouze 2x měsíčně)

d7602.3 vztahy v rodině (sourozenecké vztahy) těžké obtíže (bratra i sestru navštěvuje příležitostně z důvodu značné vzdálenosti od místa bydliště)

e1151.2 pomocné produkty a technologie pro osobní užívání v denním životě (vozik) (střední bariéra)

e1152.3 (těžká bariéra týkající se konstrukce budov (v pokoji mnoho bariér, nábytek, postele atd)

e1208+3 pomocné produkty a technologie pro pohyb v interiérech a exteriérech (chodítka, ortézy) vysoká facilitace - bez chodítka a fixací pomocí ortéz schopen pouze mobility na vozíku

e310 +4 blízká rodina (příteckyně), úplná facilitace

(<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>, Zeman, 2009).

Průběh hospitalizace

Pacient byl přivezen 12. 5. 2011 RZS na Traumatologické oddělení pro polytraumatická poranění hlavy, hrudníku, horních a dolních končetin v důsledku pádu (pracovní úraz, pád ze střechy z 6 metrů). Na okolnosti pádu si pamatuje, silné bolesti hlavy, stěžuje si na bolesti v oblasti pravé poloviny hrudníku, pravého kolenního kloubu, pravého lokte a levého zápěstí. Udává obtížné a bolestivé dýchání (fraktura nosních kostí). U pacienta je zvýšené riziko trombosy při trombofilii.

12. 5. RTG vyšetření prokázalo tříštivou zlomeninu pately pravého kolenního kloubu, luxaci carpu-lunatum, scaphoideum levé horní končetiny, zlomenina proximální ulny, hlavičky radia, odlomená trochlea pravé horní končetiny - fixace končetin.

Z interního hlediska neschopen otevřeného operačního výkonu, pouze repozice volárně dislokovaného scaphoidea, sádrová fixace.

12. 5. Stomatologické konzilium

CT vyšetření nosu, poranění kostry nosu s hrubou dislokací, konzervativní postup

13. 5. hematologické konzilium

16. 5. operační řešení zlomenin

- zápěstí l. sin. OS scaphoidea, OS distál. radia: ORIF, HCS 2,4, Compact hand 2,0 šrouby, autospongioplastika, sutura vazů, skiaskopie

- loket l. dx. Osteosyntéza ORIF-HCS 2,4 mm, 3,5mm šroub tahově, tahová cerclage

- patela l. dx. Osteosyntéza ORIF 3x drátěná smyčka

17. 5. stomatologické ošetření zubů a čelisti, konzervativní postup, navázání Sauerových dlah s gumovými tahy

19. 5. zahájení rehabilitace, respirační fyzioterapie, izometrické a kondiční LTV horních a dolních končetin s ohledem na omezení ortézovou fixací a bolestí

23. 5. přeložen na oddělení ONP pro příznivý nálezní kontrolních vyšetření a příznivý průběh léčby

23. 5. přijat k hospitalizaci na oddělení ONP překladem z TRO z důvodu doléčení a rehabilitace. Stav po pádu z výšky s poraněním hlavy horních a dolních končetin.

26. 5. fyzioterapie - nácvik vertikalizace do sedu, stoje s dopomocí, nácvik stabilizace stoje a chůze v podpažním chodítku bez došlapu na pravou dolní končetinu

17. 6. Traumatologická kontrola a RTG vyšetření

18. 6. intenzivní fyzioterapie se zaměřením na zvýšení rozsahu pohybu v lokti PHK, nácvik chůze o podpažních berlích s limitací bolesti a s 50 procentním nášlapem na PDK

20. 6. Stomatologické ošetření- sejmutí Sauerových dlah pro příznivý nálezní

11. 7. přeložen na Rehabilitační oddělení pro příznivý nálezní kontrolních vyšetření a příznivý průběh léčby byl pacient

12. 8. překlad do Rehabilitačního ústavu Kladruby

15. 10. dimise do domácího prostředí

21. 10. zahájení rehabilitace v ambulantní formě se zaměřením na zvýšení rozsahu pohybu v pravém kolenu a levém zápěstí, zvýšení svalové síly a statické a dynamické stability pravého kolene při chůzi.

8. 2. 2012 ukončení rehabilitace

Stav při přijetí na ONP

Pacient stabilizován. Udává obtíže při dýchání v souvislosti s fyzickou námahou (stav po repozici nosu). Pacient si stěžuje na mírné rozostření zraku v pravém oku, bolesti v čelistním skloubení při jídle a nechtěném zívání. Dále udává mírné vertigo a pocit nejistoty během vertikalizace do stoje a chůze. Vadí mu, že pro svá zranění je nucen setrvávat na lůžku a při mobilitě na lůžku je výrazně limitován ortézami na obou HK a PDK. Není schopen sebeobsluhy při hygieně a na toaletě což ho psychicky deprimuje. Pro zranění čelisti a zubů je nucen jíst pouze mletou a tekutou stravu a jen

s obtížemi se nají s lžící s nástavcem. Váhový úbytek však hodnotí pozitivně. Pro bolest v čelisti a omezený rozsah pohybu v čelistním skloubení obtížně artikuluje a řeč je méně srozumitelná. Preferuje četbu knížek, ale limituje jej pocit rozostření v pravém oku a snadná unavitelnost. Celkově se však cítí lépe.

Funkční hodnocení při přijetí:

Váha 106kg BMI 31,7 TK 119/84 P 64 D 18'/min T 36,5 Výška 183cm

Barthel test: 25 bodů - nesoběstačný

Během pobytu na oddělení ONP se v důsledku vhodně zvolené léčby stav pacienta postupně zlepšoval. Pacient již neuvádí bolesti nosu či potíže s dýcháním. Omezení v důsledku rozostření zraku pravého oka se snížilo, pacient uvádí spíše pocit tlaku v oku a snadnější unavitelnost při čtení. Bolesti v čelistním skloubení se zmírňují, rozsah pohybu se zvýšil a pacient snáze artikuluje, mluví a je schopen se lépe najíst. Pacient je stále limitován fixací končetin v ortézách, zejména na PDK, je však již schopen samostatné vertikalizace do sedu, stoje a chůze v podpažním chodítku bez zatížení PDK. V sebeobsluze při hygieně a na toaletě je stále odkázán na pomoc a asistenci ošetřovatelského personálu.

V rámci fyzioterapie pacient absolvoval dechová cvičení - respirační fyzioterapii pro zlepšení dechových funkcí a snížení bolestivosti při dýchání, izometrická a kondiční cvičení se zaměřením na zvýšení celkové svalové síly, rozsahu pohybu dolních a horních končetin a soběstačnosti. Fyzioterapie se zaměřovala i na nácvik mobilizace a vertikalizace na lůžku, schopnosti stability sedu, stoje, chůze v chodítku a rovněž nácviku přesunu na vozík a mobility v něm.

Díky vzrůstajícímu optimismu, pevné vůli a stabilizovanému zdravotnímu stavu s indikací k intenzivní rehabilitaci byl pacient přeložen na rehabilitační oddělení

Závěrečné zhodnocení při propuštění z ONP

Pacient je schopen samostatné vertikalizace do sedu, stoje v chodítku. Chůze v chodítku s podpažní úpravou opory je schopen na vzdálenost cca 200m, ale vždy s doprovodem druhé osoby. K překonání delších vzdáleností užívá vozík. Přesun na

vozik a mobilitu v něm zvládá samostatně. Sebeobsahu včetně hygieny zvládá pacient samostatně, či s mírnou dopomocí druhé osoby. Pacient stále užívá fixační ortézy na levé zápěstí, pravý loket a pravé koleno.

Funkční hodnocení před propuštěním z ONP:

Váha 103kg BMI 30,75 TK 130/70 P 60 D 16'/min T 36,2 Výška 183cm

Závěrečné zhodnocení při propuštění z ONP

Barthel test: 50 bodů - středně nesoběstačný

Závěrečné zhodnocení při propuštění z REO

Barthel test: 80 bodů - mírně nesoběstačný

TABULKA 4: Test kvalita života

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. zdraví	60	40	
2. peníze	50	30	
3. práce	65	10	
4. partnerka	35	10	
5. rodina	40	10	53,0

Zdroj: vlastní výzkum

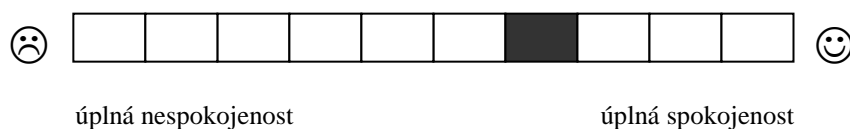


Zdroj: vlastní výzkum

TABULKA 5: Test kvalita života po 6 měsících

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. zdraví	75	30	
2. peníze	50	25	
3. práce	65	10	
4. partnerka	80	25	
5. rodina	40	10	65,50

Zdroj: vlastní výzkum



Zdroj: vlastní výzkum

Subjektivní zhodnocení kvality života

Klient si dle svých slov začal postupně uvědomovat, že mu jeho zranění přineslo do života i nový fakt, že se stal částečně závislým na pomoci druhých. I přes své mírné zdravotní problémy se nijak v životě neomezoval, protože se cítil jako velký silný chlap, který všechno ustojí a zvládne sám, bez cizí pomoci. Jeho šestnáctiletá dcera momentálně prožívá poněkud problematictější období spojené s pubertou a o otce nejeví příliš velký zájem. Klient uvádí, že mu úraz paradoxně dal možnost popřemýšlet o svém dosavadním životě. Uvědomil si prý, že už je dostatečně zralý se konečně usadit se svou nynější partnerkou. Ta jediná mu byla vlastně velkou oporou, pečovala o něj, když byl doma na propustce, docházela za ním denně na návštěvy, zajistila kompenzační pomůcky i drobné bezbariérové úpravy bytu. Klient jako zdravotní důsledky úrazu uvádí bolesti kolene při chůzi a nutnost chůze s oporou o francouzské berli. Dále omezení hybnosti a bolest v levém zápěstí, která ho společně s bolestí palce omezuje při

úchopu. Bolestivý zkus ho omezuje při jídle. Finanční situace klienta netíží, protože byl dobře pojištěn a navíc jeho nehoda byla kvalifikovaná jako pracovní úraz.

PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 3

Iniciály: O. J. - žena

Věk: 19 let

Datum úrazu: 30. 9. 2011

Hospitalizace na TRO od 30. 9. do 11. 10. 2011

Hospitalizace na ONP od 11. 10. do 14. 10. 2011

Diagnózy: Stav po dopravní nehodě s poraněním páteře, pánve a pravé horní a dolní končetiny.

S32.10 fractura os sacrum

S30.0 kontuze hypogastria

S06.00 komoče mozku

S61.0 exkoriace 1,2 prstu LHK

S8260 fractura malleoli externi l. dx. disloc.- fixace v ortéze

S2230 fractura costae 4,5,6 l.dx. minim disloc

S2730 diskretní kontuze plicní l.dx.

Vzdělání: studuje na střední odborné škole (hotelová).

Rodinná anamnéza: klientka je svobodná. Žije s matkou v družstevním bytě v panelovém domě v Českých Budějovicích. Její starší bratr bydlí a pracuje v Praze, příliš se nestýkají. Alkohol užívá příležitostně, kuřák (20 cigaret denně). Do doby úrazu byla zcela soběstačná.

Pracovní anamnéza: studuje střední odbornou školu v Českých Budějovicích.

Sociální anamnéza: žije společně s matkou v bytě v Českých Budějovicích. Jako záliby uvádí moderní tanec, volejbal, in line bruslení, snowboarding, cyklistiku.

Nynější onemocnění: Nikdy vážně nestonala, operována nebyla, léky žádné trvale neužívá.

Farmakoterapie: Dipidolor, Veral, Fraxiparine, Ranital

Dietoterapie: dieta č.3 racionální

Prodělaná vyšetření: klinická, neurologická, neurochirurgická, gynekologická, interní vyšetření, hematologická a biochemická vyšetření, RTG a CT vyšetření hlavy, P ruky, bederní páteře, kostrče, pravé dolní končetiny

KLASIFIKACE DLE ICF

b28011.1 bolest na hrudi související s frakturou žeber, lehké obtíže

b4402.1 porucha respirační funkce související s objemem plic, mírné obtíže při dýchání

b28010.2 nepříjemné bolesti hlavy, střední obtíže, snesitelná bolest

b710.3 mobilita a funkce kloubu, omezení rozsahu pohybu v kotníku pravé dolní končetiny, těžká porucha, fixace v ortéze

b28012.3 výrazná bolest v oblasti pánve, těžká porucha

b28015.2 snesitelná bolest v dolní končetině, P kotník

b715.3 porucha stability funkce kloubu, P kotník, fixace v ortéze, těžká porucha

s75023.271 porucha struktury ligament a facií v oblasti kotníku pravé nohy, středně těžká porucha, kvalitativní změna, vpravo

s7400.354 těžká porucha struktury v oblasti pánve (fraktura os sacrum)

s620.388 porucha struktur v oblasti pánevního dna (hypogastrium), těžká porucha, nespecifická

s76003.358 fraktura v sakrální oblasti páteře těžká porucha

s8102.352 porucha struktury kůže na levé horní končetině, 1. a 2. prst, těžká porucha, porucha kontinuity kůže, vlevo

s8100.250 kůže v oblasti hlavy střední porucha, porucha kontinuity, na více místech

e310 +4 blízká rodina (matka, přítel), úplná facilitace

e1152.2 (střední bariéra týkající se konstrukce budov (bydlí v domě s výtahem-omezený prostor)

e1208+2 pomocné produkty a technologie pro pohyb v interiérech, exteriérech (bederní pás, Jewet korzet) střední facilitace - bez fixací bude mobilita na lůžku působit větší bolest

d510.33 samostatné mytí, těžká porucha ve výkonu - pomáhá matka, těžká porucha v kapacitě

d4150.23 vytrvání v pozici leh, střední obtíže ve výkonu, těžké obtíže v kapacitě

d4201.33 přesun vlastní osoby v pozici těžké obtíže ve výkonu - pomáhá matka, těžké obtíže v kapacitě

d5301.33 obtíže při defekaci, těžké obtíže ve výkonu (přesun na mísu s dopomocí druhé osoby), těžké obtíže v kapacitě

(<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>, Zeman, 2009).

Průběh hospitalizace

Pacientka byla přivezena 30. 9. 2011 RZS na Traumatologické oddělení pro polytraumatická poranění páteře, pánve a pravé horní a dolní končetiny v důsledku dopravní nehody (cyklista, srážka s vlakem). Na okolnosti nehody si pamatuje jen částečně, udává nauzeu, bolesti hlavy, bolesti v oblasti pánve a pravé dolní končetiny, bolesti na hřbetu pravé ruky.

1. 10. neurochirurgické, gynekologické, chirurgické konzilium

Zvážena možnost operace, zvolen konzervativní postup pro příznivé postavení obratlů a pánevních kostí, klidový režim na lůžku

5. 10. zahájena rehabilitace - respirační fyzioterapie

7. 10. přeložena z JIP na standardní oddělení TRO pro příznivý nálezní kontrolních vyšetření a stabilizovaný stav

11. 10. přeložena na oddělení ONP pro stabilizovaný zdravotní stav

11. 10. zahájena rehabilitace, respirační fyzioterapie, kondiční a izometrické LTV na lůžku s respektováním bolesti

11. 10. přijata k hospitalizaci na oddělení ONP překladem z TRO z důvodu doléčení a rehabilitace. Stav po dopravní nehodě s poraněním páteře, pánve a pravé horní a dolní končetiny.

Stav při přijetí na ONP

Pacientka orientovaná plně, spolupracuje, stabilizována, cítí se v celku dobře. Udává jen mírnou bolest v sakrální krajině. Od doby úrazu nutný klidový režim na lůžku po 4 týdny, po té možná vertikalizace v korzetu.

Pacientka pociťuje nervozitu a je neklidná, dodržování klidového režimu jí velmi psychicky vyčerpává. Pokud je v klidu bolesti jsou snesitelné, při jakémkoli výraznějším pohybu pociťuje bolest a tlak v sakrální krajině. Pacientka velmi špatně snáší závislost na pomoci druhé osoby a ztrátu soukromí, obzvláště při intimní hygieně. Fyzicky se cítí poněkud slabá.

Funkční hodnocení při přijetí:

Váha 55kg BMI 18,38 TK 130/80 P 85 D 18⁷/min T 36,2 Výška 173cm

Barthel test: 25 bodů - nesoběstačná

11. 10. zahájena rehabilitace - fyzioterapie

Během pobytu na oddělení ONP se v důsledku vhodně zvolené léčby stav pacientky mírně zlepšil. Pacientka udává zmírnění bolesti při dýchání. V klidu pociťuje jen mírné bolesti v oblasti pánve, jakýkoli pohyb související s pohybem na lůžku, či během defekace je velmi bolestivý. Pacientka se soustředila na aktivní posilovací cvičení horních končetin s využitím lehkých činek, overballu a míčků. Rozsah pohybu dolních končetin zejména v kyčli je limitován bolestí a proto se pacientka soustředila na izometrická cvičení a cvičení s využitím terabandu a overballu.

V rámci fyzioterapie absolvovala pacientka dechová cvičení - respirační fyzioterapii pro zlepšení dechových funkcí (C a V plic), izometrická a kondiční cvičení se zaměřením na zvýšení celkové svalové síly, hybnosti a soběstačnosti, ovlivnění svalů pánevního dna. Fyzioterapie se zaměřovala i na nácvik mobility na lůžku, stabilizace

pánevního dna a sebeobsluhy na lůžku, včetně užívání kompenzačních pomůcek (bederní pás, Jewet korzet)

Z důvodu rozhodnutí klientky o ukončení hospitalizace, stabilizovanému zdravotnímu stavu, nízkému věku, dobrému zázemí, spolupráci se svou matkou a bratrem byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování.

14. 10. dimise do domácího prostředí. Rehabilitace zajištěna v domácím prostředí fyzioterapeutkou z agentury domácí péče IVAS.

Závěrečné zhodnocení při propuštění z ONP

Pacientka je schopna samostatné mobility na lůžku. Využívá rovněž fixační bederní pás a Jewet korzet na hrudník a bedra. Sebeobsluhu včetně hygieny zvládá klientka s dopomocí druhé osoby.

Funkční hodnocení před propuštěním:

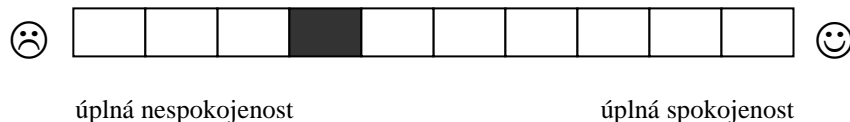
Váha 54kg BMI 18,04 TK 130/70 P 70 D 16'/min T 36,4 Výška 173cm

Barthel test: 30 bodů - nesoběstačná

TABULKA 6: Test kvalita života

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. ukončit studium	50	40	
2. lukrativní zaměstnání	30	25	
3. cestování	35	15	
4. vlastní bydlení	10	10	
5. založit rodinu	20	10	35,75

Zdroj: vlastní výzkum

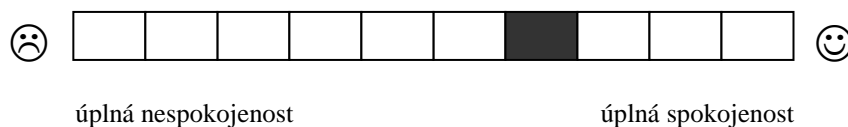


Zdroj: vlastní výzkum

TABULKA 7: Test kvalita života po 6 měsících

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. zdraví	75	35	
2. rodina	50	25	
3. studium	80	20	
4. lukrativní zaměstnání	40	10	
5. cestování	30	10	61,75

Zdroj: vlastní výzkum



Zdroj: vlastní výzkum

Subjektivní zhodnocení kvality života

U této klientky bylo velmi zajímavý posun priorit a změna v žebříčku hodnot. Ona sama uvádí, že měla dostatek času o všem přemýšlet. První měsíce byly opravdu krušné, byla velmi deprimovaná a zcela odkázána na pomoc druhé osoby, matky, což pro ní byla zásadní skutečnost. Obě měly dostatek času si vše vyříkat a jejich vztah se významně zlepšil. Také vztah s bratrem se trochu zlepšil, neboť se snažil za sestrou dojíždět alespoň 1x za 14 dnů a byl jí psychickou oporou. Vztah s otcem nedoznal žádných změn, protože o svou dceru zájem neprojevil.

Jako trvalé zdravotní následky uvádí neschopnost dlouhodobějšího sedu, což u ní provokuje bolest v oblasti bederní páteře a pánve. Rovněž otřesy při jízdě na kole jí citelně vadí a proto se tomuto sportu vyhýbá. Pozitivní efekt pro ni má plavání, kterému se i díky rehabilitaci začala více věnovat. Stresující je pro ní náročnost studia ve škole, kde se snaží vše dohnat tak, aby mohla tento rok alespoň v září úspěšně odmaturovat. Ve škole také dostala zajímavou pracovní nabídku na dvouměsíční zahraniční stáž v síti německých hotelů, kterou by si chtěla splnit během letních prázdnin.

PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 4

Iniciály: D. J. - žena

Věk: 79 let

Datum úrazu: 25. 8. 2011

Hospitalizace na TRO od 25. 8. do 4. 9. 2011

Hospitalizace na ONP od 5. 9. do 11. 1. 2011

Diagnózy: stav po pádu v domácím prostředí s následnou frakturou femuru pravé dolní končetiny.

S72.10 fractura pertrochanterica femoris lat.dx.disloc.

S42.20 fraktura partis proximalis humeri in colli chirurgici lat.dx. disloc.

Diagnózy v anamnéze:

Z96.6 stav po TEP pravého kolenního kloubu

I20. 9 chronická ischemická choroba srdeční

I25.8 ICHS syndrom AP

I87.2 venózní insuficience (chronická, periferní)

J45.8 smíšené astma

Vzdělání: vysokoškolské, pedagogické zaměření

Rodinná anamnéza: klientka je vdova. Žije s mladším synem ve svém bytě v panelovém domě v Českých Budějovicích. Její starší syn bydlí a pracuje rovněž v Č. Budějovicích. Klientka má velmi dobré rodinné zázemí, oba synové se i s ostatními příbuznými o klientku starají a maximálně jí podporují. Alkohol užívá příležitostně, je nekuřák (do 50 let kouřila). Do doby úrazu byla téměř soběstačná.

Pracovní anamnéza: dříve pracovala jako učitelka ZŠ, nyní je již v důchodu.

Sociální anamnéza: žije společně se synem v bytě v Českých Budějovicích. Klientka pobírá příspěvek na péči 1. stupně. Synové také spolupracují s agenturou domácí péče Ledax. Jako záliby uvádí četbu, krátké procházky, pletení a šití, malování obrazů.

Nynější onemocnění: Přivezena pro stav po pádu v domácím prostředí s následnou frakturou femuru pravé dolní končetiny. Před 12 lety prodělala hysterektomii a plastiku močovodu, před 12 lety operace pravé dolní končetiny koleno TEP, stav po angině

pectoris, v roce 1995 stav po fraktuře proximálního humeru a zřejmě olecranonu pravé horní končetiny.

Udává alergie na ATB, ale neví jaká.

Farmakoterapie: Isoptin, Preductal, Detralex, Corvaton forte, Ascorutin, Afonilum, Šeredíte disk, Vigantol olej, Atrovent, Nitromint

Dietoterapie: Dieta č. 9 diabetická

Prodělaná vyšetření: Klinická, neurologická, gynekologická, interní vyšetření, hematologická a biochemická vyšetření, RTG pánve a kyčle, pravé dolní končetiny a bederní páteře, kostrče.

KLASIFIKACE DLE ICF

s73000.251 střední porucha struktury pažní kosti, fisura, vpravo

s75000.351 těžká porucha struktury stehenní kosti, fraktura, vpravo

s75002.171 lehká porucha struktury svalů stehna (jizva) pravé dolní končetiny

b1100.3 těžká porucha vědomí

b28013.3 výrazná bolest zad v oblasti Th-L přechodu, těžká porucha

b28014.2 bolest v horní končetině, pravé rameno, střední obtíže

b28015.3 bolest v dolní končetině, pravá kyčel, těžké obtíže

b4408.2 střední porucha respirační funkce související s astmatem

b455.3 funkce zátěžové tolerance, aerobní kapacita, těžké dechové obtíže při chůzi

b710.3 mobilita a funkce kloubu, kyčel, omezení rozsahu pohybu, těžká porucha

b715.3 porucha stabilita kloubu pravé dolní končetiny, těžké obtíže, instabilita kyčle při stoji

d4104.34 stoj, přesun do pozice stoj ze sedu, těžké obtíže ve výkonu (přitahuje se k madlu, užívá nástavec na toaletu), úplné obtíže v kapacitě (bez pomůcek neschopna vstát, zcela odkázána na dopomoc 2 osoby)

d4106.33 stabilizace tělesného centra proti gravitaci, těžké obtíže ve výkonu (používá při stoji chodítko, pár francouzských berlí) těžké obtíže v kapacitě (pokud nebude mít kompenzační pomůcku, bude mít výrazné problémy)

d4301.33 přenášení předmětů v ruce (kabelka, taška) těžké obtíže ve výkonu (chodí o dvou francouzských berlích), těžké obtíže v kapacitě

d450.34 chůze na vzdálenost méně než 1km, těžké obtíže ve výkonu (používá rolátor, nebo dvě francouzské berle) těžké obtíže v kapacitě (pokud nebude mít rolátor, berle k dispozici, nebude schopna chůze).

d5101.23 sebeobsluha-samostatné mytí (celé tělo), středně těžká porucha ve výkonu-pomáhá snacha, těžká porucha v kapacitě

d540.22 sebeobsluha - obouvání, zouvání, střední obtíže ve výkonu (používá dlouhý obouvák), limitace stav po TEP, střední obtíže v kapacitě (bez dopomoci druhé osoby, či bez obouváku budou větší problémy)

e11201.+3 produkty a technologie pro mobilitu a transport v interiéru a exteriéru v běžném životě (užívá francouzské berle, rolátor) vysoká facilitace (bez nich neschopna chůze, hrozí i riziko pádu)

e1151.+3 pomocné produkty a technologie pro osobní užívání v denním životě (nástavec na toaletu, sedačka do vany, madla, bederní pás), vysoká facilitace (kdyby pomůcky neužívala, výrazně se zhorší úroveň sebeobsluhy a zvýší se bolest)

e1152.2 střední bariéra týkající se konstrukce budov (bydlí v domě s výtahem - omezený prostor pro manipulaci s rolátorem)

e310 +4 blízká rodina (synové), úplná facilitace

(<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>, Zeman, 2009).

Průběh hospitalizace

Pacientka byla přivezena 25. 8. 2011 RZS na Traumatologické oddělení pro polytraumatická poranění pravé horní a dolní končetiny v důsledku pádu (vertigo při vertikalizaci, pád doma). Nalezena synem ve svém bytě. Na okolnosti nehody si pamatuje jen částečně, udává nauzeu, bolesti hlavy, bolesti v oblasti pánve, pravé dolní končetiny, bolesti pravé ruky.

26. 8. *operace repozice* pertrochanterické fraktury s nitrodřeňovou fixací hřebem CRIF, Targon PF

28. 8. *zahájena rehabilitace - respirační fyzioterapie*

29.8. přeložena z JIP na standartní oddělení TRO pro příznivý nález kontrolních vyšetření a stabilizovaný stav.

1. 9 přeložena na oddělení ONP pro stabilizovaný zdravotní stav

5. 9. zahájena rehabilitace na oddělení ONP, respirační fyzioterapie, kondiční a izometrické LTV na lůžku s respektováním bolesti, nácvik vertikalizace a chůze v chodítku s 50 procentní zátěží pravé dolní končetiny

12. 9. dle kontrolního RTG stav po komprese obratlového těla Th 12, fixace bederním pásem, klidový režim na lůžku.

19. 9. opět zahájena rehabilitace

Stav při přijetí na ONP

Pacientka orientovaná plně, spolupracuje, stabilizována, cítí se v celku dobře. Udává výraznější bolest v oblasti beder, pánve a kyčelního kloubu pravé dolní končetiny, bolest v oblasti pravého ramene.

Od doby úrazu z počátku klidový režim na lůžku po odeznění bolesti možná vertikalizace, stoj, chůze o 2 francouzských berlích s 50 procentním zatížením pravé dolní končetiny.

Pacientka udává nervozitu a pocit neklidu plynoucí z obav z následků poranění, ráda by se vrátila domů a chtěla by být co nejvíce soběstačná. Celodenní pobyt na lůžku v nemocnici jí psychicky vyčerpává. Ztráta soukromí a názorové neshody s dalšími pacientkami na pokoji způsobují velmi vypjatou atmosféru. Pacientka si opakovaně stěžuje na kvalitu jídla, úpravu a vybavení lůžka. Fyzicky se cítí celkem dobře. Bolesti uvádí v oblasti pánve, bederní páteře na pravé straně. Vertigo uvádí jen mírné, spíše při vertikalizaci a chůzi, někdy pociťuje i nevolnost. Bolest v rameni ustupuje, zvýší se pouze při zátěži, při chůzi o berlích.

Funkční hodnocení při přijetí:

Váha 85kg BMI 31,22 TK 130/75 P 76 D 18'/min T 36,5 Výška 165cm

Barthel test: 30 bodů – nesoběstačná

Během pobytu na oddělení ONP se v důsledku vhodně zvolené léčby stav pacientky výrazně zlepšil. Pacientka udává zmírnění až vymizení bolesti v oblasti

ramene. Bolest v oblasti beder, pánve a kyčelního kloubu je již snesitelnější, stále při vertikalizaci a chůzi užívá bederní pás.

Z počátku se během vertikalizace do sedu, stoje cítila nejistá, udávala vertigo, občasnou nevolnost a obavy z možného pádu. Chůze byla schopna pouze v chodítku na krátkou vzdálenost s doprovodem druhé osoby. Později po odeznění bolestí byla schopna jisté chůze v chodítku na vzdálenost cca 80metrů. Chůze o berlích jí z počátku dělala obtíže zejména pro bolest v pravém rameni. Poslední týden před propuštěním byla schopna ujít cca 80 metrů po chodbě a zdolat schody do 1. patra, což byl také ostatně její nejvyšší cíl. Pacientka byla na sebe velmi přísná. Měla silnou motivaci vrátit se domů a také velkou oporu ve svých synech.

V rámci fyzioterapie absolvovala pacientka dechová cvičení - respirační fyzioterapii pro zlepšení dechových funkcí (C a V plic), izometrická a kondiční cvičení se zaměřením na zvýšení celkové svalové síly, hybnosti a soběstačnosti. Fyzioterapie se zaměřovala i na nácvik schopnosti stability sedu, stoje a chůze v chodítku, později s oporou o 2 francouzské berle, včetně nácviku stereotypu chůze po schodech. Pacientka byla vybavena bederním pásem , párem francouzských berlí. Rodina zajistila rolátor.

Díky zlepšenému a stabilizovanému zdravotnímu stavu, spolupráci se svou rodinou byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování.

11. 11. 2011 Dimise do domácího prostředí.

Závěrečné zhodnocení při propuštění z ONP

Pacientka je schopna samostatné chůze o berlích na vzdálenost (do 80m), na překonání delších vzdáleností se cítí jistěji v rolátoru. Využívá rovněž fixační pás na bedra. Chůzi po schodech zvládá do prvního patra, kde bydlí, spíše s doprovodem druhé osoby. Sebeobsahu včetně hygieny zvládá klientka samostatně.

Funkční hodnocení před propuštěním:

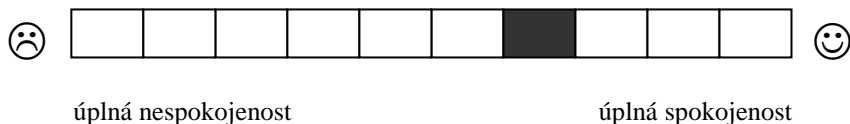
Váha 79kg BMI 29,01 TK 115/70 P 60 D 16 1/min T 36,4 Výška 165cm

Barthel test: 75 bodů - mírně nesoběstačná

TABULKA 8: Test kvalita života

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. zdraví	80	30	
2. soběstačnost	60	25	
3. rodina	95	25	
4. cestování a kultura	35	10	
5. finance	50	10	71,25

Zdroj: vlastní výzkum

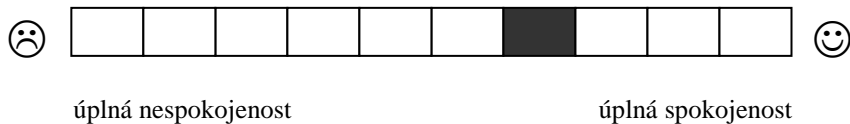


Zdroj: vlastní výzkum

TABULKA 9: Test kvalita života po 6 měsících

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. zdraví	65	30	
2. soběstačnost	60	25	
3. rodina	90	25	
4. cestování a kultura	35	10	
5. finance	60	10	60,50

Zdroj: vlastní výzkum



Zdroj: vlastní výzkum

Subjektivní zhodnocení kvality života

Klientka uvedla, že jí tento úraz poněkud změnil pohled na život. Je pyšná na to, že má na rozdíl od svých známých velmi dobré vztahy se svými syny, kteří se jí opravdu intenzivně věnovali. Na druhou stranu přiznává, že bydlení se synem občas přináší i nevýhody v podobě drobných neshod s jeho současnou partnerkou.

Zdravotní následky pociťuje nejen fyzické ale i psychické. Kromě omezeného a bolestivého pohybu v ramenním kloubu, který pociťuje při oblékání, hygieně a při chůzi o francouzských berlích, jí trápí i bolest bederní páteře. Ta klientku limituje nejen při sedu, chůzi ale občas jí významně narušuje spánek, což se následně projevuje i v psychice a celkové náladě. Klientka také uvádí, že si už tolik nevěří, protože má obavy z možného pádu. Na druhou stranu nechce být celé dny zavřená v bytě a ráda navštěvuje divadlo a trochu cestuje po českých památkách. V tom jí její synové významně podporují a jsou ochotni ji dopravit autem kamkoli. Klientka uvádí, že její úraz neměl žádný zásadní vliv na její finanční situaci.

PŘÍPADOVÉ STUDIE č. 5

Iniciály: F. J. - muž

Věk: 21 let

Datum úrazu: 20.10. 2011

Hospitalizace na TRO od 20. 10. do 1. 11. 2011

Hospitalizace na ONP od 1. 11. do .6. 12 2011

Diagnozy: Stav po pádu z výšky s poraněním v oblasti pánve, pravé horní a obou dolních končetin.

S750 poranění stehenní-femorální tepny vlevo

S92.20 fractura base 2 - 4 metatarzu l. dx. commin. - fixace v ortéze

S92.30 tříštivá fraktura os cuneiforme med. a intermedium l. dx

S90.0 kontuze nohy a paty l. sin. - fixace v ortéze

S91.0 tržná ranka planty l. sin

S61.0 tržná rána zápěstí l. dx.

S06.00 komoče mozku

Diagnózy v anamnéze:

E119 DM 2. typu na inzulínu

I10 Esenciální hypertenze subkomp.,

E66.9 obezita, metabolický syndrom

Vzdělání: střední odborné bez maturity, truhlář

Rodinná anamnéza: klient je svobodný. Žije sám v pronajatém bytě v Nových Hradech. S rodiči se stýká pravidelně, nejméně dvakrát týdně, neboť bydlí rovněž v Nových Hradech. Jeho starší bratr bydlí a pracuje v Trhových Svinech. Oba společně pracují jako pokrývači ve stejné stavební firmě. Alkohol užívá příležitostně, kuřák (35 cigaret denně). Do doby úrazu byl zcela soběstačný.

Pracovní anamnéza: pracuje jako pokrývač ve stavební firmě.

Sociální anamnéza: žije společně s rodiči v Nových Hradech. Jako záliby uvádí fotbal, lyžování, turistiku a jízdu na motorce.

Nynější onemocnění: nikdy vážně nestonal, operován nebyl, léky-diabetik, dále uvádí, že léky užíval nepravidelně. Alergie neudává

Farmakoterapie: Siofor, Avandia, Prestarium-

Dietoterapie: Dieta č. 9 diabetická

Prodělaná vyšetření: Klinická, neurologická, chirurgická, interní a oční vyšetření, hematologická a biochemická vyšetření, RTG a CT vyšetření hlavy, RTG pravé ruky, bederní páteře, pánve, pravé a levé dolní končetiny.

KLASIFIKACE DLE ICF

s4101.352 těžká porucha struktury femorální artérie, porucha kontinuity, vlevo

s73013.257 porucha struktury ligament a facie předloktí, střední rozsah, porucha kontinuity, distálně

s75002.271 středně těžká porucha struktury svalů stehna vlevo

s75020.350 těžká porucha struktury kostí v oblasti kotníku a chodidla, vícečetné postižení

s75023.271 porucha struktury ligament a facií v oblasti kotníku pravé nohy, středně těžká porucha, kvalitativní změna, vpravo

s8102.257 porucha struktury kůže horní končetiny, střední rozsah, porucha kontinuity, distálně

b1100.2 středně těžká porucha vědomí

b21002.2 zhoršení zrakové funkce, střední porucha

b28010.2 nepříjemné bolesti hlavy, střední obtíže

b28015.3 bolest v dolní končetině, těžké obtíže

b530.3 obezita, těžká porucha udržování váhy

b5401.3 těžká porucha metabolismu cukru

b710.3 Mobilita a funkce kloubu, omezení rozsahu pohybu v kotníku pravé dolní končetiny, těžká porucha, fixace v ortéze

b715.3 těžká porucha stabilita kloubu pravé dolní končetiny, (kotník)

d4200.33 přesun vlastní osoby v pozici sed, těžké obtíže ve výkonu (vozik -je limitován zátěží obou dolních končetin a bolestí), těžká porucha v kapacitě

d5101.22 sebeobsluha-samostatné mytí (celé tělo), středně těžká porucha ve výkonu-
dopomoc personálu, středně těžká porucha v kapacitě

d510.22 samostatné mytí, středně těžká porucha ve výkonu, dopomoc druhé osoby,
středně těžká porucha v kapacitě

d540.22 oblékání, střední obtíže ve výkonu (používá podavač), limitace ortézami,
obezitou, střední obtíže v kapacitě

d7601.3 vztahy v rodině (rodič - dítě) těžké obtíže (negativní vztah s otcem)

d7602.2 vztahy v rodině (sourozenecké vztahy) střední obtíže (bratr velmi zaneprázdněn)

e1152.4 úplná bariéra týkající se konstrukce budov (bydlí v 3. patře v domě bez výtahu,
bariérové prostředí koupelny, WC)

e1151+3 pomocné produkty a technologie pro osobní užívání v denním životě
(inzulinové pero) vysoká facilitace

e1208+3 pomocné produkty a technologie pro pohyb v interiérech a exteriérech (vozik-
vysoká facilitace)

e310+2 (nejbližší rodina, matka, střední facilitace)

(<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>, Zeman, 2009).

Průběh hospitalizace

Pacient byl přivezen RZS 20. 10. 2011 na Traumatologické oddělení pro polytraumatická poranění pravé horní a obou dolních končetiny v důsledku pádu z výšky (pokrývač, propadl střechou). Na okolnosti nehody si pamatuje, udává nauzeu, bolesti hlavy, pravé ruky a obou dolních končetin. Dále uvádí bolesti v oblasti pánve - stěžuje si, že má „zaražené nohy“.

20. 10. operace

22. 10. přeložen z JIP na standardní oddělení TRO pro příznivý nález kontrolních vyšetření a stabilizovaný stav

24. 10. zahájena rehabilitace - respirační fyzioterapie, kondiční cvičení na lůžku

1. 11. přeložen na oddělení ONP zdravotní stav byl stabilizován

2. 11. zahájena rehabilitace, respirační fyzioterapie, kondiční a izometrické LTV na lůžku s respektováním bolesti, cévní a dechová gymnastika

10. 11. oční konzilium - úprava brýlové korekce

25. 11. Traumatologické konzilium - dle RTG vyšetření a příznivého stavu hojení možno zatěžovat pravou dolní končetinu dle bolesti.

1. 11. přijat k hospitalizaci na oddělení ONP překladem z TRO z důvodu doléčení a rehabilitace. Stav po pádu z výšky s poraněním v oblasti pánve, pravé horní a obou dolních končetin.

Stav při přijetí na ONP

Pacient orientován, spolupracuje, stav stabilizovaný, cítí se v celku dobře. Udává mírnou bolest v oblasti bérce, kotníků obou dolních končetin. Stěžuje si na mírnou bolest hlavy a zhoršení zraku.

Od doby úrazu po 6 týdnů doporučeno nezatěžovat obě dolní končetiny, zákaz chůze - klidový režim na lůžku, povolen pouze přesun na vozík. Obě dolní končetiny fixovány v ortézách.

Funkční hodnocení při přijetí:

Váha 150kg BMI 41,99 TK 213/125 P 80 D 18⁷/min T 36,1 Výška 189cm

Barthel test: 50 bodů - středně nesoběstačný

Pacient uvádí, že ho nutnost dodržovat klidový režim na lůžku psychicky vyčerpává. Rád by co nejdříve chodil alespoň o berlích. I přes opakovaná upozornění léčebný režim nedodržuje a vzhledem ke své nadváze výrazně zatěžuje obě dolní končetiny. Následně pak pociťuje silné bolesti. Pacient uvádí mírné obavy o své budoucnosti, předpokládá zhoršení své finanční situace. Pacient přiznává výraznou chuť na cigaretu a často pociťuje hlad.

2. 11. zahájena rehabilitace - fyzioterapie

Během pobytu na oddělení ONP se v důsledku vhodně zvolené léčby a dodržování dietetických opatření se stav pacienta zlepšil a stabilizoval zejména po interní stránce.

Pacient udává zmírnění bolesti v dolních končetinách. Zhoršení zraku kompenzováno brýlovou korekcí. Omezení v důsledku poruchy zraku nepociťuje čte a sleduje televizi bez omezení. Dušnost udává pouze při zátěži. Při přesunu na vozík občasně udává bolest v pravé dolní končetině, kterou i přes opětovná doporučení přetěžuje. Pacient byl od počátku spíše optimistický, obavy z možných následků si příliš nepřipouštěl. Trápilo ho pouze to, že je po dobu 5-6 týdnů odkázán pouze k pobytu na lůžku a že k přesunu musí používat invalidní vozík. Po 6 týdnech byl pacientovi povolen došlap na pravou dolní končetinu dle limitace bolesti, ale zátěž levé dolní končetiny byla kontraindikována po dobu dalších 3 týdnů. Pacient byl schopen chůze na krátkou vzdálenost o 2 podpažních berlích.

V rámci fyzioterapie pacient absolvoval respirační fyzioterapii pro zlepšení dechových funkcí, cévní a dechovou gymnastiku, izometrická a kondiční cvičení se zaměřením na zvýšení celkové svalové síly, hybnosti a soběstačnosti. Fyzioterapie se zaměřovala na nácvik schopnosti samostatného přesunu na invalidní vozík a mobility v něm. Po doporučení traumatologa se fyzioterapie zaměřila zejména na nácvik vertikalizace, stability stoje a chůze o podpažních berlích bez zátěže levé dolní končetiny.

6. 12. dimise do domácího prostředí

Pacient byl vzhledem ke stabilizovanému zdravotnímu stavu a silné motivaci propuštěn do domácího ošetřování. Pacientovi byla doporučena dietetická opatření a byl vybaven inzulínovými pery a párem vyztužených podpažních berlích.

Závěrečné zhodnocení při propuštění z ONP

Pacient je schopen samostatné chůze o 2 podpažních berlích na krátkou vzdálenost (cca 50m), na překonání delších vzdáleností rodina zajistila invalidní vozík. Chůze po schodech zatím neschopen pro bolest pravé dolní končetiny při výraznější zátěži. Sebeobsahu včetně hygieny zvládá samostatně.

Funkční hodnocení před propuštěním:

Váha 150kg BMI 42,0 TK 150/90 P 80 D 14/min T 36,4 Výška 189cm

Barthel test: 80 bodů - mírně nesoběstačný

TABULKA 10: Test kvalita života

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. peníze	60	30	
2. zdraví	70	25	
3. partnerka	0	20	
4. koníčky	80	15	
5. vlastní bydlení	60	10	53,50

Zdroj: vlastní výzkum



Zdroj: vlastní výzkum

TABULKA 11: Test kvalita života po 6 měsících

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. peníze	40	30	
2. zdraví	75	30	
3. partnerka	0	10	
4. koníčky	40	10	
5. vlastní bydlení	20	20	42,50

Zdroj: vlastní výzkum



Zdroj: vlastní výzkum

Subjektivní zhodnocení kvality života

Klient uvádí, že mu úraz zásadně změnil život. Nejcitelněji vnímá finanční dopad. Jeho úraz byl sice kvalifikován jako pracovní, ale peníze z pojištění zdaleka nestačí na pokrytí životních nákladů. Jelikož si minulý rok splnil svůj životní sen koupit motorky, které se vzdát nechce, musel opustit svůj byt a přestěhovat se k rodičům. Vztahy s rodiči jsou napjaté, klient uvádí, že soužití s rodiči je pro obě strany omezující a psychicky náročné. Klient, dle svých slov, usilovně hledá partnerku, nejlépe s vlastním bytem, ke které by se nastěhoval, bohužel zatím bez úspěchu.

Jako zdravotní důsledky úrazu uvádí limitaci chůze, stále ho bolí obě chodidla a levý kotník. Na delší vzdálenost chodí s vycházkovou holí. S fotbalem a dalšími sporty musel kvůli limitaci bolestí přestat, což se projevuje negativně na jeho tělesné hmotnosti. Ve volném čase se věnuje údržbě své motorky. Práci tesaře vykonávat nemůže pro bolesti nohou při zátěži jako je nošení břemen a pohyb po střešních

konstrukcích. Pracuje proto na částečný úvazek jako závozník a zásobovač ve stavební firmě.

PŘÍPADOVÉ STUDIE č. 6

Iniciály: A. J. - muž

Věk: 61 let

Datum úrazu: 5. 9. 2011

Hospitalizace na ARO od 5. 9. do 7. 9. 2011

TRO od 7. 9. do 26. 9. 2011

Hospitalizace na ONP od 26. 9. 2011 do 14. 2. 2012

TRO od 14. 2. do 22. 2. 2012

Diagnózy: Stav polytraumatickém poranění pravé horní a obou dolních končetin.

S7230 zlomenina stehenní kosti, dislokovaná l. sin.

S007 mnohočetná povrchní poranění hlavy (temeno a obličej vpravo)

S7240 zlomenina dolního konce stehenní kosti, zavřená l. sin.

S8221 zlomenina diafýzy holenní kosti, otevřená l. dx.

S307 mnohočetná povrchní poranění břicha, dolní části zad a pánve

S6230 zlomenina jiné záprstní kosti, zavřená, 4. báze

S5280 zlomenina jiných částí předloktí, zavřená, procesus styloideus ulny dx.

S824 zlomenina fibuly vpravo subkapitálně

S06.00 komoče mozku, neotevřená rána

Vzdělání: střední odborné s maturitou, strojní zaměření.

Rodinná anamnéza: klient je rozvedený. Žije sám. Má 4 děti, ale s rodinou se nestýká. Alkohol užíval často v mládí, nyní abstinent, kuřák (40 cigaret denně). Do doby úrazu byl zcela soběstačný.

Pracovní anamnéza: pracuje jako strojvůdce u Českých Drah.

Sociální anamnéza: žije sám v bytě v panelovém domě s výtahem v Českých Budějovicích. Jako záliby sálou kopanou, rybaření, turistiku, hru na kytaru, modelaření.

Nynější onemocnění: Uvádí, že nikdy vážně nestonal, operován nebyl, alergie neudává.

Farmakoterapie: Dipidolor, Pergalan, Veral, Augmentin, Ampicilin, Fraxparine, Ambrobene, Degan, infuze Plasmalyte

Dietoterapie: Dieta č. 3 racionální.

Prodělaná vyšetření: Klinická, neurologická, chirurgická, interní vyšetření, hematologická a biochemická vyšetření, CT vyšetření hlavy, krční páteře, hrudníku, břicha, RTG hrudníku, pánve, pravé horní končetiny, pravé a levé dolní končetiny.

KLASIFIKACE DLE ICF

s620.288 porucha struktur v oblasti pánve, středně těžká porucha, nespecifická

s73011.351 těžká porucha struktury zápěstí, fraktura, vpravo

s75000.352 těžká porucha struktury stehenní kosti, fraktura, vlevo

s75010.351 těžká porucha struktury kosti dolní končetiny (fibula), fraktura, vpravo

s7609.270 středně těžká nespecifická porucha tkání trupu, vícečetné postižení, kvalitativní změny

s8100.250 kůže v oblasti hlavy střední porucha, porucha kontinuity, na více místech

s8102.257 porucha struktury kůže horní končetiny, střední rozsah, porucha kontinuity, distálně

b1100.3 těžká porucha vědomí

b28010.1 bolesti hlavy, lehké obtíže

b28014.2 snesitelná bolest v horní končetině pravé zápěstí, střední obtíže

b28015.3 bolest v dolní končetině, těžké obtíže

b710.3 mobilita a funkce kloubu, omezení rozsahu pohybu v kolenní levé dolní končetiny, těžká porucha,

b715.3 těžká porucha stability kloubu levé dolní končetiny, (koleno - fixace v ortéze)

d4200.33 přesun vlastní osoby v pozici sed, těžké obtíže ve výkonu (vozik-je limitován zátěží pravé dolní končetiny a bolestí), těžká porucha v kapacitě

d5101.22 sebeobsluha - samostatné mytí (celé tělo), středně těžká porucha ve výkonu - dopomoc personálu, středně těžká porucha v kapacitě

d7601.3 vztahy v rodině (rodič - dítě) těžké obtíže (se svými dětmi se téměř nestýká)

d7701.4 vztahy v rodině (manželství), úplné obtíže (rozvod, nezájem bývalé manželky).

e1151+3 pomocné produkty a technologie pro osobní užívání v denním životě (madla)
vysoká facilitace

e1152.3 těžká bariéra týkající se konstrukce budov (v nemocničním pokoji mnoho bariér, nábytek, postele, omezený prostor na WC, atd.)

e1208+3 pomocné produkty a technologie pro pohyb v interiérech a exteriérech (vozik - vysoká facilitace)

e310+2 (nejbližší rodina, starší syn, střední facilitace)

(<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>, Zeman, 2009).

Průběh hospitalizace

Pacient byl přivezen RZS 5.9. 2011 na Anesteziologické a resuscitační oddělení pro polytraumatická poranění pravé horní a obou dolních končetin v důsledku dopravní nehody (strojvůdce lokomotivy, srážka s kamionem na železničním přejezdu, zaklíněn v kabině vlaku, cca 1,5 hodiny vyprošťován). Strojvůdce byl při vědomí a na okolnosti nehody si pamatuje částečně. Udává nauzeu, bolesti hlavy, pravé ruky a obou dolních končetin. Dále uvádí nehybnost nohou a stěžuje si že je necítí.

6. 9. operace

7. 9. přeložen na JIP oddělení TRO pro příznivý nález kontrolních vyšetření a stabilizovaný stav

8. 9. zahájena rehabilitace - respirační fyzioterapie, kondiční cvičení na lůžku

9. 9. přeložen na standardní oddělení TRO ve stabilizovaném stavu

10. 9. zahájena rehabilitace, respirační fyzioterapie, kondiční a izometrické LTV na lůžku s respektováním bolesti , cévní a dechová gymnastika

12. 9. plánovaná operace metakarpů pravé horní končetiny

26. 9. pacient přijat k hospitalizaci na oddělení ONP překladem z TRO z důvodu doléčení a rehabilitace.

26. 9. zahájena rehabilitace, respirační fyzioterapie, kondiční a izometrické LTV na lůžku s respektováním bolesti, cévní a dechová gymnastika

23. 11. Traumatologické konzilium - dle RTG vyšetření a nepříznivého stavu hojení stále zákaz vertikalizace a zátěže obou dolních končetin

9. 12. dle traumatologického konzilia možno zahájit nácvik přesunu na vozík s minimální zátěží pravé dolní končetiny

10. 12. fyzioterapie – nácvik mobilizace a vertikalizace na lůžku do sedu, přesun na vozík a mobilita v něm s respektováním bolesti v pravé dolní končetině.

Stav při přijetí na ONP

Pacient orientován, spolupracuje, stav stabilizovaný, cítí se v celku dobře. Udává jen mírnou bolest v oblasti pravé horní končetiny a obou dolních končetin. Od doby úrazu po 6 týdnů doporučeno nezatěžovat obě dolní končetiny, zákaz chůze - klidový režim na lůžku. Pravá horní končetina v sádrové fixaci.

Funkční hodnocení při přijetí:

Váha 105kg BMI 29,71 TK 130/65 P 80 D 18'/min T 36,5 Výška 188cm

Barthel test: 35 bodů - nesoběstačný

Pacientovi vadí nutnost dodržovat klidový režim na lůžku. Čtením knih a sledováním televize se snaží alespoň na chvíli zabavit. Fyzicky se cítí v celku dobře, rád by co nejdříve chodil o berlích, nebo si přeje aby se mohl alespoň přesouvat na vozík a být tak částečně mobilní. Přiznává silnou chuť na cigaretu.

Během pobytu na oddělení ONP se v důsledku vhodně zvolené léčby a dodržování preventivních opatření se stav pacienta mírně zlepšil a stabilizoval.

Pacient udává zmírnění bolesti a zvýšení rozsahu pohybu v obou dolních končetinách. Dále uvádí zmírnění bolesti a pocitu brnění v pravé horní končetině a zvýšený rozsah pohybu v rámci jemné motoriky ruky a prstů. Při přesunu na vozík neudává bolest v pravé dolní končetině. Pacient byl od počátku spíše optimistický, obavy z možných následků má. Doufá, že bude moci chodit alespoň o francouzských berlích. O návratu do práce na pozici strojvedoucího vzhledem k pracovnímu úrazu, komplikaci hojení a vyššímu věku pochybuje. Trápí ho, že je od doby úrazu odkázán pouze k pobytu na lůžku, že se nemůže přesunout na toaletu, a že k přesunu musí

používat invalidní vozík. Po více než 10 týdnech byl pacientovi povolena minimální zátěž pravé dolní končetiny (s limitací bolesti) nezbytně nutná pro přesun na vozík, ale zátěž levé dolní končetiny byla stále kontraindikována. Pacient byl schopen samostatného přesunu na vozík a mobility v něm.

V rámci fyzioterapie pacient absolvoval respirační fyzioterapii pro zlepšení dechových funkcí, cévní a dechovou gymnastiku, izometrická a kondiční cvičení se zaměřením na zvýšení celkové svalové síly, hybnosti a soběstačnosti. Během pobytu na oddělení následné péče se fyzioterapie zaměřovala i na zlepšení jemné motoriky ruky s využitím ruční stimulace a měkkých a mobilizačních technik. Fyzioterapie se zaměřovala i na nácvik schopnosti samostatného přesunu na invalidní vozík a mobility v něm.

14. 2. překlad z oddělení ONP na Traumatologické oddělení

16. 2. operace levého femuru (dekortikace a spongioplastika, zvýšení stability LCP vazů) operační řešení pakloubu

18. 2. zahájena rehabilitace se zaměřením na posilování pelvifemorálních svalů, izometrické a posilovací cvičení svalů dolních končetin, pasivní cvičení na motodlaze určené k zvýšení rozsahu pohybu v koleni a kyčli. V rámci fyzioterapie se klient učil i chůzi o 2 francouzských berlích s pokládáním operované dolní končetiny.

22. 2. dimise do domácího prostředí

16. 3. zahájena fyzioterapie v ambulantní formě se zaměřením na nácvik statické a dynamické stabilizace stoje a chůze o dvou francouzských berlích s možnou 30 kg zátěží operované dolní končetiny. Kondiční LTV se zaměřením na posilování pelvifemorálních svalů, izometrické a posilovací cvičení svalů dolních končetin s využitím labilních ploch, pasivní cvičení na motodlaze určené k zvýšení rozsahu pohybu v koleni a v kyčli. Terapie zahrnovala i užití mobilizačních technik a technik k ovlivnění žizev.

Závěrečné zhodnocení při propuštění z ONP

Pacient je schopen samostatného přesunu na toaletu, samostatného přesunu na vozík a mobility v něm. Sebeobsahu včetně hygieny zvládá samostatně.

Funkční hodnocení před propuštěním z ONP:

Váha 105kg BMI 29,71 TK 120/70 P 80 D 14'/min T 36,3 Výška 188cm

Závěrečné zhodnocení při propuštění z ONP

Barthel test: 60 bodů - středně nesoběstačný

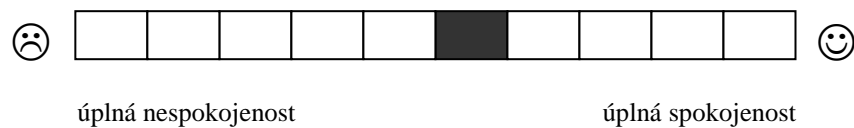
Závěrečné zhodnocení při propuštění z TRO

Barthel test: 75 bodů - mírně nesoběstačný

TABULKA 12: Test kvalita života

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. zdraví	70	40	
2. práce	65	15	
3. volný čas - koníčky	50	10	
4. peníze	40	20	
5. partnerka	45	15	57,50

Zdroj: vlastní výzkum

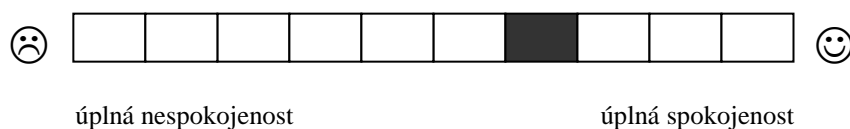


Zdroj: vlastní výzkum

TABULKA 13: Test kvalita života po 6 měsících

Quality of Life			
Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	QoL %
1. zdraví	75	45	
2. práce	65	15	
3. volný čas - koníčky	40	10	
4. peníze	80	20	
5. partnerka	10	10	64,50

Zdroj: vlastní výzkum



Zdroj: vlastní výzkum

Subjektivní zhodnocení kvality života

Klient uvedl, že mu prodělání úrazu výrazně zasáhlo do jeho dosavadního způsobu života. Nejvyšší prioritou je pro něj zdraví, pevně doufá a přeje si, aby byl v budoucnu schopen chůze bez berlí, alespoň na krátkou vzdálenost. Komplikovaný proces hojení zlomeniny stehenní kosti a prodělání reoperace ho velmi fyzicky i psychicky trápí. Klient je pouze částečně soběstačný a je tak odkázán na pomoc druhé osoby. Oporu našel ve svém starším synovi, za což je velmi vděčný. Uvádí, že nebýt této situace asi by si vzájemný vztah již nevytvořili. Jako nejvýznamnější zdravotní důsledky uvádí bolest v dolní končetině a možnost chůze pouze o 2 francouzských berlích.

Finanční situace, je dle jeho slov, pro něj velmi příznivá, protože jeho úraz byl klasifikován jako pracovní a navíc bude čerpat finanční náhradu z několika pojištění. Zaměstnavatel jej ujistil, že pokud nebude schopen kvůli zdravotním komplikacím vykonávat svou kvalifikaci bude pravděpodobně po návratu do zaměstnání pracovat

jako strojmistr v depu ČD. Rád by se věnoval i svým koníčkům a vyjel na víkendy do trempských osad. Bohužel je ve stavu nemocných a je omezen dodržováním vycházek. Ve svém partnerském vztahu není spokojen a považuje jej za neperspektivní.

5. DISKUSE

První výzkumné dotazování SEIQoL bylo provedeno v následujícím dni po přijetí pacienta na Oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s. Druhé dotazování proběhlo ve zvoleném časovém úseku, tedy po uplynutí 6 měsíců, po předchozí sjednané schůzce. Cílem bylo získání dat, která vypovídají o subjektivním vnímání kvality života nejen v souvislosti s dominantním vlivem na aktuální zdravotní stav (polytrauma v subakutní fázi), ale i vnímání dopadu onemocnění na klienta a jeho důsledků ve všech oblastech života, zejména však v zdravotně sociálních v delším časovém horizontu.

Závěry kvalitativního výzkumu se týkají úzkého vzorku vybraných pacientů a nelze je tudíž všeobecně generalizovat. Přesto v některých bodech korespondují s poznatky výzkumů kvality života uvedených v literatuře.

CÍL PRÁCE A:

Posouzení efektivity péče u pacientů s polytraumatem.

Alfou a omegou v léčebném procesu je samotný pacient. Proces obnovy funkcí a dosažení plného zdraví, zejména u pacientů s polytraumatem je procesem dlouhodobým, odehrávajícím se zpravidla v řádech několika měsíců. Efektivita poskytované péče z významné části závisí i na samotném pacientovi a jeho přístupu k léčbě. Pokud tedy pacient zvolí aktivní přístup a plně spolupracuje se všemi členy multidisciplinárního týmu, kteří se na léčbě podílí, je výsledný efekt vždy vyšší. Pokud je však pacient spíše pasivním příjemcem péče a spolupráce z jeho strany vážne, bude výsledný efekt i přes sebevětší nasazení odborníků vždy nižší. Pacientovi šance na opětovné začlenění do jeho běžného života tudíž klesají.

VÝZKUMNÁ OTÁZKA:

Jaký je význam péče o pacienty v systému ucelené rehabilitace?

Význam poskytované péče pacientům s polytraumatickým poraněním je efektivní a pro ně nejvíce přínosný, pokud ji realizuje tým odborníků multidisciplinárního týmu. V tomto týmu jsou zastoupeny všechny složky ucelené rehabilitace tak, aby bylo působení na pacienta komplexní a došlo k žádoucímu vývoji zdravotního stavu, rozvoji jeho osobnosti a dosažení pozitivního vlivu na budoucí kvalitu života.

Pouze kvalitní péče, která je poskytována komplexně v systému ucelené rehabilitace realizovaná v nemocnici má smysl a svým efektem se významně podílí na kvalitě života pacientů.

Složení multidisciplinárního týmu na TRO

Lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelky, fyzioterapeut, sociální pracovníce (dochází na toto oddělení pouze dle potřeby). V týmu chybí ergoterapeut.

Na tomto oddělení se řeší hlavně akutní zdravotní stav pacienta. Kompenzační pomůcky, v tomto případě ortézy, berle, fixační pásy a korzety předepisuje lékař traumatolog a vydává je zdravotní sestra. Výdej kompenzačních pomůcek je tak zcela v režii Traumatologického oddělení. Fyzioterapeut zde pouze instruuje pacienty v užívání pomůcek a sebeobsluze. V rámci léčebného procesu je pacientovi poskytována i specializovaná péče fyzioterapie realizovaná fyzioterapeuty z Rehabilitačního oddělení.

V multidisciplinárním týmu zcela chybí ergoterapeut a jeho funkci pouze částečně supluje fyzioterapeut. Negativním důsledkem tohoto uspořádání multidisciplinárního týmu je fakt, že pacient ne vždy získá plně funkční kompenzační pomůcku (např. ortézu vhodné velikosti).

Spolupráce Traumatologického a Rehabilitačního oddělení je standardní, k případným problémům dochází z důvodu omezené vzájemné komunikace. Významnou roli zde hraje fakt, že Traumatologické oddělení řeší zejména akutní zdravotní stav pacienta.

Složení multidisciplinárního týmu na ONP

Lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelky, fyzioterapeut, sociální pracovníce, ergoterapeut (pouze dle potřeby).

Na toto oddělení jsou pacienti překládáni z oddělení Traumatologie již ve stabilizovaném stavu z důvodu doléčení a rehabilitace. Specializované kompenzační pomůcky předepisuje konziliární lékař z Rehabilitačního oddělení. Ergoterapeut na toto oddělení dochází pouze dle potřeby, není tedy stálým členem multidisciplinárního týmu. Avšak díky dobře fungující spolupráci fyzioterapeuta, ergoterapeuta a rehabilitačního lékaře je na tomto oddělení problém s nefunkčními kompenzačními pomůckami zcela eliminován. Na Oddělení následné péče je pacientům z hlediska léčebné rehabilitace rovněž poskytována specializovaná péče fyzioterapie realizovaná fyzioterapeuty z Rehabilitačního oddělení. Většina pacientů po prodělaném polytraumatu potřebuje určitou dobu ke stabilizaci a zlepšení svého zdravotního stavu a proto se časná fáze fyzioterapie odehrává zejména na oddělení následné péče. Následně pak bývají tito pacienti překládáni na oddělení rehabilitace. Tento postup má své opodstatnění. Pacient na Rehabilitačním oddělení musí být v takovém zdravotním stavu, aby mohl plně aktivně spolupracovat a participovat v léčebném procesu na obnově svého zdraví.

Spolupráce Traumatologického oddělení a Oddělení následné péče je standardní, vzájemná komunikace a spolupráce je na dobré úrovni.

Složení multidisciplinárního týmu na RHB

Lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelky, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, sociální pracovníce (pouze dle potřeby).

Na tomto oddělení je pacientům v rámci léčebného procesu poskytována specializovaná a superspecializovaná péče v oboru fyzioterapie. Efektivita péče je odrazem výborné spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu. Vzájemná spolupráce Rehabilitačního oddělení a Oddělení následné péče je standardní, až nadstandardní, vzájemná komunikace a spolupráce je na vysoké úrovni i z důvodu vyšší provázanosti těchto oddělení.

Úroveň kvality poskytované péče v Nemocnici České Budějovice a.s. je zakotvena ve standardech kvality péče, v metodických pokynech, normách, nařízeních a směrnicích. Dodržování těchto legislativních nástrojů je pro nemocnici zavazující.

Kvalita poskytované péče také závisí na mnoha dalších faktorech (spolupráce jednotlivých oddělení, přístrojové vybavení, vzdělání a specializace pracovníků, individuální přístup pracovníků, spolupráce a vzájemná komunikace členů multidisciplinárních týmů atd). Významnou roli zde hraje i čas nezbytný v procesu hojení.

CÍL PRÁCE B:

Hodnocení kvality života u pacientů s polytraumatem.

V této části se zabývám hodnocením kvality života a mezi sledovanými soubory jsou v posuzování jednotlivých životních domén patrné rozdíly.

Pacienti 1. skupiny (do 21 let)

Mladší pacienti mají obtíže v komunikaci s lékařem a dalšími členy multidisciplinárního týmu, což může být způsobeno nižším sebevědomím, nedostatkem životních zkušeností, nižší sebejistotou, nedostatkem informací a úrovní vzdělání. Mladším pacientům chybí všeobecný přehled.

Jelikož nejsou, nebo jsou pouze krátkodobě ekonomicky aktivní, profesní kariéru teprve budují a mají nižší příjmy v porovnání se střední generací, peníze berou jako prostředek k uspokojení zejména vlastních potřeb a zájmů.

Zdravotní komplikace a možné důsledky úrazu si, alespoň z počátku, nepřipouštějí, nedokáží vnímat důsledky v širších souvislostech (zásah do všech oblastí života), více se zabývají přítomností. Uvažování v dlouhodobém časovém horizontu jim činí obtíže, či případně chybí, nebo je značně omezeno. Fyzický vzhled je pro tuto skupinu pacientů v porovnání se zdravotním stavem velmi důležitý. Oporu hledají nejvíce v rodině. Svou nynější situaci vnímají jako „první drsný střet s realitou“. Těmto pacientům činí značné obtíže, se svou novou životní zkušeností vyrovnat a adaptovat se v „roli pacienta“ v pro ně nezvyklém prostředí nemocnice. Odbornou lékařskou

a zdravotní péči i kvalitu poskytovaných služeb hodnotí spíše neutrálně. Dle mého názoru zde hraje roli nedostatek zkušeností a nemožnost srovnání. Tito pacienti se stávají spíše pasivními, až semiaktivními příjemci péče.

Pacienti 2. skupiny (do 45 let)

Pacienti z řad střední generace v komunikaci s lékařem či dalšími členy multidisciplinárního týmu kladou velký důraz na získání informací o svém zdravotním stavu, způsobu a možnostech léčby. Chtějí získat jasnou představu o své situaci. Způsob a úroveň komunikace je pro ně vedlejší a nepřikládají jí zvláštní význam. Samozřejmě jistou roli tu hraje vzdělání, životní zkušenosti a osobnost pacienta. Ekonomická situace zde hraje zásadní roli. Ve středním věku jsou na vrcholu kariéry a ekonomicky nejaktivnější a finanční příjmy jsou nejvyšší. Finanční prostředky slouží zejména k vytvoření, či udržení životní úrovně a její stabilizace (bydlení, zajištění rodiny,...). Ztrátu ekonomické soběstačnosti nesou velmi těžce a činí jim značné problémy se s touto situací vyrovnat.

Svůj zdravotní stav a jeho komplikace si proto velice dobře uvědomují, dokáží velmi reálně vnímat důsledky úrazu v širších souvislostech (zásah do všech oblastí života). Přítomností se zabývají pouze částečně, soustřeďují se nejvíce na budoucnost, na vyhledávání překážek, problémů a jejich řešení, které jim umožní se s danou situací vyrovnat a adaptovat se na ni. Fyzický vzhled v porovnání se zdravotním stavem hraje podstatně menší roli než u předchozí generace, ale svůj význam stále má. Oporu hledají v osobě blízké, partnerovi, popřípadě v rodině.

Svou situaci vnímají jako těžkou a nemilou životní zkušenost, se kterou se musí vyrovnat a kterou chtějí v co nejkratší době překonat. Zároveň však uvádí, že jim tato situace dala dostatek času na přemýšlení o svém životě, prioritách a vedla k přehodnocení žebříčku životních hodnot, což paradoxně vnímají velmi pozitivně.

Spektrum hodnocení odborné lékařské a zdravotní péče a kvalitu poskytovaných služeb dokáží ohodnotit nejen pozitivně, či negativně, ale i kriticky. Nebojí se vyjádřit svůj názor a své vyšší nároky na péči i služby. Jejich zájmem je, aby se jim dostalo adekvátní, kvalitní a efektivní péče, tak aby v co nejkratším časovém horizontu dosáhli stabilizace a obnovy svého zdraví.

V tomto procesu se z nich v první řadě stávají aktivní spolupracující partneři, nebo semiaktivní příjemci péče.

Pacienti 3. skupiny (nad 60 let)

Komunikace s pacienty starší generace má jistá specifika, které souvisejí nejen s bohatými životními zkušenostmi, ale také s odlišným vnímáním hodnot v důsledku výchovy ovlivněné předválečným, či poválečným obdobím. Lékaře tedy vnímají jako autoritu a jeho vyjádření má pro ně zásadní význam. Komunikace s ostatními členy multidisciplinárního týmu se odráží v úrovni specializace a vzdělání a také individuálního přístupu pracovníků k pacientovi.

Tito pacienti také vnímají a hodnotí úroveň a kvalitu komunikace mezi lékařem a sestrou a mezi ostatními členy multidisciplinárního týmu a jejich interpersonální chování.

Zdravotní komplikace a možné důsledky úrazu si uvědomují, a celkem smířlivě je přijímají. S adaptací na roli pacienta mají mnozí z nich bohaté zkušenosti. Více se zabývají přítomností a blízkou budoucností, uvažování v dlouhodobém časovém horizontu se vzhledem k jejich věku příliš nezabývají.

Fyzický vzhled v porovnání se zdravotním stavem hraje zanedbatelnou roli.

V oblasti zdravotního stavu preferují spíše stabilizaci, snížení obtíží na přijatelnou úroveň a snížení, či absenci bolesti. Větší důraz kladou na udržení co nejvyšší úrovně soběstačnosti v rámci možností. Více než zdravotních komplikací se obávají sociální izolace. Oporu optimálně hledají v rodině, nebo v zprostředkované formě v institucích.

Finance využívají spíše jako prostředek pomoci rodině.

V hodnocení kvality odborné lékařské a zdravotní péče a poskytovaných služeb se také výrazně promítá individuální a citlivý přístup personálu k pacientům, organizace nemocničního provozu a denní režim. Tito pacienti mají menší nároky na kvalitu léčby, se standardní léčbou jsou spokojeni a stávají se nejčastěji semiaktivními příjemci péče

Pacienti, kteří již mají nějakou předchozí zkušenost „s pobytem v nemocnici“, jsou oproti ostatním v jisté výhodě. Životní zkušenosti související s vyšším věkem pacientů a proděláním onemocnění, které významným způsobem ovlivnilo pacientův zdravotní stav, tedy předčily možný vliv informací související se vzděláním pacientů, kteří tuto životní zkušenost nemají. Význam úrovně vzdělání se v tomto případě nepotvrdil. Stejně zkušenosti uvádí ve svém výzkumu i Hnilicová (Hnilicová in Payne 2005).

VÝZKUMNÁ OTÁZKA:

Jaký vliv má proděláním polytraumatu na kvalitu života?

Výsledný léčebný efekt dlouhodobé terapie tak významným způsobem ovlivnil nejen všechny složky osobností klientů (bio - psycho - sociální), ale umožnil jim i co nejvyšší možnou míru adaptace a návrat do přirozeného, domácího prostředí.

Domnívám se, že pokud by zejména pacienti mladšího věku zvolili zodpovědnější přístup k léčbě, aktivněji a zejména dlouhodobě spolupracovali se členy multidisciplinárního týmu a plně využili možností a šíře terapie, byl by výsledný efekt jistě výraznější. Pokud by v rámci fyzioterapie během realizace dlouhodobého rehabilitačního plánu, dodržovali doporučení stran postupné zátěže, byly by jejich zdravotní komplikace výrazně nižší a jejich důsledky (kvalita pohybu, chůze, úroveň soběstačnosti atd.) by neměli tak zásadní dopad na jejich současný zdravotní stav a kvalitu života ve všech jeho sférách.

Mou domněnku podporuje i fakt, že pacienti střední a starší generace vybraného vzorku plně využili všech možností a prostředků dlouhodobého komprehensivního rehabilitačního plánu realizovaného multidisciplinárním týmem odborníků. Zvláště pak klienti z případové studie 2 a 6, kteří podstoupili náročné operace a opakovaně prodělali terapii na více odděleních. Jejich počáteční přístup k léčbě byl v porovnání se ženami vybraného vzorku méně aktivní, ale během dlouhodobého procesu léčby se i se subjektivně uvědomovaným (pocitovaným) a objektivně pozorovatelným efektem měnil. Klienti získali vyšší motivaci a začali aktivněji spolupracovat. Plně si uvědomili fakt, že pouze dlouhodobá a efektivní terapie jim umožní a usnadní opětovný návrat do

života. Oba tito klienti po propuštění z nemocnice pokračovali v léčbě, zejména fyzioterapii, v ambulantní formě a docházeli na specializované ambulance.

Z ekonomického hlediska pacienty také významně znepokojuje dopad polytraumatu na jejich ekonomickou situaci. To samozřejmě závisí na faktu, zda byla stabilní již před úrazem či nikoli. U mužů souvisel úraz s výkonem profese a byl tedy klasifikován jako pracovní, což přináší větší jistotu související s finančním plněním v rámci pojištění. U žen se staly úrazy ve volném čase a ani jedna z nich neuváděla možnost čerpání finančních prostředků z pojištění. Přesto ženy, na rozdíl od mužů, nekladly takový důraz na finanční prostředky. Muži kladli velký důraz na samostatnost, finanční soběstačnost, která souvisí výkonem povolání. Je-li tento stav zachován, jsou s kvalitou svého života spokojeni.

Pokud je však jejich nezávislost ohrožena tak zásadním faktorem jako je polytrauma, jsou velmi znepokojeni a hodnotí svou kvalitu života negativně.

Mužům činí značné obtíže požádat své okolí o pomoc. Vzhledem ke svým životním postojům se při řešení problémů spoléhají především sami na sebe, obrátit se s žádostí o pomoc na rodinu volí až jako krajní možnost.

Ženy případnou ztrátu nezávislosti a samostatnosti nenesly tak těžce jako muži. Svou finanční situaci nevnímaly jako nestabilní, a proto své případné ztrátě nezávislosti v ekonomickém kontextu nepřikládaly takový význam. Ženy vybraného vzorku se s žádostí o pomoc obrátily na rodinu a nutno podotknout, že je jim také adekvátní pomoci ze strany rodiny dostalo. K podobným závěrům dochází ve svém výzkumu i Hnilica (Hnilica in Payne 2005).

5.1 ROZDĚLENÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍCH DŮSLEDKŮ U VZORKU KLIENTŮ Z HLEDISKA GENDER

Ženy vybraného vzorku uvádějí, že pro ně soužití s dalšími pacienty na pokoji představuje značnou psychickou zátěž. Omezení osobního prostoru a ztráta soukromí nejcitlivěji vnímaná ve spojitosti s intimní hygienou tuto zátěž ještě umocní. Názorové neshody mezi pacienty vypjatou atmosféru na pokoji dovrší. Ženy jsou psychicky deprimované, emocionálně nevyrovnané a jakýkoli podnět, který způsobí pocit

diskomfortu, nesou velmi nelibě. S tím do jisté míry souvisí jejich nespokojenost a větší kritika služeb „hotelového typu“ poskytovaná na odděleních. Muži v porovnání s ženami lépe odolávají případné psychické zátěži a jsou více spokojeni se standardem kvality poskytovaných služeb.

Podobné zkušenosti uvádí ve svém výzkumu i Hnilicová (Hnilicová in Payne 2005).

Zdravotní důsledky

	Ženy	Muži
jízvy	vadí	nevadí
chůze o berlích, či kulhání	vadí	příliš nevadí
bolest	snáší lépe	snáší hůře
nečinnost při dodržování klidového léčebného režimu	příliš nevadí	těžce snáší
zájem o průběh léčby	větší zájem	menší zájem
zájem o rizika a zdravotní komplikace a důsledky	větší zájem	menší zájem
nároky na informovanost	vyšší nároky	preferují informace v jasné stručné formě
přístup k léčbě	aktivní	semiaktivní až pasivní přístup k léčbě
nároky na kvalitu léčby	vyšší nároky	nižší nároky
spokojenost s léčbou	více kritické, méně spokojené	spokojenost s léčbou
vyrovnání se s negativními zprávami o svém zdravotním stavu	snáze se vyrovnávají	hůře se vyrovnávají

Zdroj: vlastní výzkum

Sociální důsledky

Ženy	Muži
více spoléhají na rodinu	snaží se být co nejvíce nezávislí, ztrátu nezávislosti velmi špatně psychicky snáší větší význam práce a peněz jako zdroj obživy
preferují rodinný model	preferují spíše partnerské soužití
úrazy se staly ve volném čase	úrazy kvalifikovány jako pracovní
vyšší nároky na personál (formální přístup)	preferují méně formální, až přátelský přístup
vyšší nároky na kvalitu komunikace s lékaři, sestrami	preferují informace v jasné stručné formě
svou situaci nezlehčují a nežertují	svou situaci se snaží alespoň navenek zlehčovat, užívají černý humor
vyšší nároky na kvalitu služeb hotelového typu	nevyžadovali žádný „nadstandard“
vyšší nároky na úroveň hygieny (více kritické, méně spokojené)	nevyžadovali žádný „nadstandard“
hůře snáší pocit diskomfortu	pocit diskomfortu příliš neřeší
vyšší zájem a potřeba péče o svůj zevnějšek	otázkou vzhledu se téměř nezabývají
hůře snáší absenci a snížení kvality spánku	lépe se vyrovnají s absencí a snížením kvality spánku
psychická deprivace z nemožnosti „jít na toaletu“ a nutnosti použít podložní mísu	užívání bažanta, podložní mísy muže psychicky příliš nezatěžuje
vyšší nároky na soukromí, intimitu	střední nároky na soukromí, intimitu
soužití s dalšími pacienty na pokoji je více problémové, formální, převládá nepříjemná až nesnášenlivá atmosféra nad neutrální	soužití s dalšími pacienty na pokoji je méně problémové, neformální, převládá spíše kolegiální až přátelská atmosféra nad neutrální

Zdroj: vlastní výzkum

6. ZÁVĚR

Každý z nás má představu o kvalitním životě úplně jinou. Záleží na prostředí, ve kterém jsme vyrůstali, na státě, ve které žijeme, na výchově v rodině. V neposlední řadě máme také jiné povědomí o kvalitním životě v období dospívání, dospělosti a jiné ve stáří, tzn. záleží i na životní etapě, ve které se nacházíme. Obecně je tento pojem velmi komplikovaný, těžko popsateľný, velmi subjektivní.

Přístup ke kvalitě života u lidí s polytraumatem vyžaduje ucelený komplexní pohled a spolupráci napříč celým spektrem vědních i společenských oborů. Pokud nemá příští vývoj vést ke snížení kvality života klientů, je nutné usilovat o lepší pochopení jejich potřeb. Co se týká služeb využívaných klienty, je nutné, aby poskytovatelé těchto služeb znali nejen jejich potřeby, ale i faktory, které ovlivňují kvalitu života klientů.

Každý člověk je jiný a jen on sám může objektivně posoudit, zda cítí naplnění ve všech výše zmíněných oblastech. Proto byla pro tuto práci zvolena jako doplňková metoda: Systém individuálního hodnocení kvality života - Schedule for the Evaluation of Quality of Life (SEIQoL), která měří subjektivně chápanou kvalitu života jednotlivce. SEIQoL neklade předem určující kritéria, co je pro jedince žádoucí, ale vychází z individuálních představ respondenta o tom, co je pro něj v životě důležité.

Polytrauma hraje v životě jedince zásadní roli. Často se jeho život otočí o sto osmdesát stupňů a dojde ke změně životních hodnot, potřeb a také způsobu života. Velké nároky jsou kladeny i na psychickou stránku jedince, na jeho schopnost adaptace, trpělivost a vytrvalost. Polytrauma tvoří náročnou životní situaci nejen pro jedince samotného, ale i pro jeho rodinu a blízké osoby.

Z výzkumného šetření této práce vyplynulo, že všichni respondenti byly schopni svůj zdravotní stav přijmout, vyrovnat se s ním a naučit se s ním plnohodnotně žít. Významný vliv má zde kromě efektivní zdravotní péče nejen jejich věk, pohlaví, vzdělání, povolání, rozsah poranění a klasifikace úrazu, ale i dobré rodinné vztahy a podpora partnerů.

Práce může být využita jako zdroj informací pro odborníky, studenty, ale i laickou veřejnost.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Dotazník SEIQoL, QoL-kvalita života, Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví (ICF), polytrauma, ucelená rehabilitace.

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BABINČÁK, Peter. *Definície, teoretické modely a indikátory kvality života*. In: Bačová, Viera. *Kvalita života a sociálny kapitál – psychologické dimenzie* (pp. 41–74). Prešov: FF PU, 2008. ISBN 978-80-8068-747-2.

BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.

BENDO VÁ, Petra. Problematika kombinovaných vad z pohledu somatopedie. In: LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 81 - 92 s. ISBN 80-244-1154-7.

BUCHTOVÁ, Božena. Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných. In: *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 24.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad černými Lesy: IZPE, 2004, s. 75-90. ISBN 80-86625-20-6. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&%3E>

ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

DOLEŽEL, Rudolf a Marie VÍTKOVÁ. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-143-0.

DRAGOMERICKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 987-80-87142-05-9.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva. Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL: překlad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie*. 2006, č. 2, s. 68-73. ISSN 1212-6845.

DRAGOMERICKÁ, Eva. Nemoc a kvalita života. *Zdravotnické noviny* [online]. 2006, č. 273383 [cit. 2012-05-02]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra-priloha/nemoc-a-kvalita-zivota-273383>

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Ctirad ŠKODA. Měření kvality života v sociální psychiatrii. Praha: *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 1997, č. 2, s. 423-432. ISSN 0069-2336.

DVOŘÁKOVÁ, Zuzana, Lucie DUŠKOVÁ a Lenka SVOBODOVÁ. *Svět práce a kvalita života*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. ISBN 80-86973-08-5.

Generátor 3.0. CITACE.COM. *Citace.com* [online]. 2004, 2012 [cit. 2012-05-05]. Dostupné z: <http://generator.citace.com/dok>

HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ. *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, 2005.

ISBN 80-7254-564-7.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 205 - 216 s. ISBN 80-7254-657-0.

HOGENOVÁ, Anna. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-580-90.

HOPPENFELD, Stanley and Vasantha MURTHY. *Treatment and rehabilitation of Fractures*. Philadelphia USA: Lippincott, Williams and Wilkins, 2000. ISBN 0-7817-2197-0.

HOŠEK, Václav a Petr JANDA. *Sport a kvalita života*. 1.vyd. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu v Praze, 2002. 158 s. ISBN 80-86317-21-8.

International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF Browser. WHO. *Apps.who.int* [online]. 2008 [cit. 2012-05-02]. Dostupné z: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

JANEČKOVÁ, Hana. Životní události a kvalita života. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 451 - 472 s. ISBN 80-7254-657-0.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 196 s. ISBN 80-7254-192-7.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223s. ISBN 80-7254-329-6.

- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s těžkým kombinovaným postižením*. 2. vydání. Praha: Triton, 2006. 173s. ISBN 80-7254-730-5.
- JANKOVSKÝ, Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: JČU Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
- JELÍNKOVÁ, Jana. *Ergoterapie*. 1. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
- JESENSKÝ, Jan. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 159s. ISBN 80-7066-941-1.
- JESENSKÝ, Jan. *Andragogika*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.
- KALITA, Zbyněk a kol. *Akutní cévní mozkové příhody: Diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.
- KALVACH, Pavel a kol. *Mozková ischemie a hemoragie*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
- KALVACH, Pavel a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 264 s. ISBN 80-200-1307-5.
- KOUDELKOVÁ, Andrea. *Kvalita života - Základní principy konstrukce dotazníku (online)*. Praha, UK FTVS, 2002. Platný [http://www.ftvs.cuni.cz/pds/konference2/Sekce%203/S-3 Koudelkova.doc](http://www.ftvs.cuni.cz/pds/konference2/Sekce%203/S-3%20Koudelkova.doc), 22.2.2007
- KRAUS, Jiří. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ť*. 1. vyd. Academia. 2005. 880 s. ISBN 80-200-1415-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.

KŘÍŽOVÁ, Eva. Sociologické podmínky kvality života. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. 351 - 394 s. ISBN 80-7254-657-0.

KUBÍNKOVÁ, Dagmar a Alena KŘÍŽOVÁ. *Ergoterapie*. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 95 s. ISBN 80-7067-698-1.

LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 336 s. ISBN 80-7178-801-5.

LIBIGEROVÁ, Eva a Hana MÜLLEROVÁ. Posuzování kvality života v medicíně. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: 2001, č.4, s. 183-186. ISSN 1212-0383.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ a kol. *Výchova ke zdraví pro učitele*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006. 250 s. ISBN 80-7044-768-0.

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-8602-292-7.

MOJŽÍŠOVÁ, Adéla a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Analysis of the bio-psycho-social factors influencing the quality of life of seniors living in rest homes. *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health and Rehabilitation*. 2011, roč. 2, 1-2, s. 81-90. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/journals-en/journal-of-nursing-social-studies-and-public-health/volume-2/vol-2-no-1-2/analysis-of-the-bio-psycho-social-factors-influencing-the-quality-of-life-of-seniors-living-in-rest-homes/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální služby. *MPSV.CZ* [online]. [cit. 2012-05-05]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>.

MÜHLPACHR, Pavel. *Speciální pedagogika v interdisciplinárních a multidisciplinárních souvislostech*. Brno: MU, 2008. 160 s. ISBN 978-80-210-4762-4.

NÁHLOVSKÝ, Jiří. *Neurochirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 581 s. ISBN 80-7262-319-2.

NOVOSAD, Libor a Marcela NOVOSADOVÁ. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. 58 s. ISBN 80-7083-383-1.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 132 s. ISBN 80-210-3718-0.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a kol. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 292 s. ISBN 978-80-210-3977-3.

PANČOCHA, Karel. *Speciálně pedagogická dimenze závislostního chování*. Brno: MSD, 2006. 167 s. ISBN 80-86633-61-6.

PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

PETERSON, David. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): an introduction for rehabilitation psychologists. *Rehabilitation Psychology*. 2005, roč. 50, č. 2, 105–112. ISSN 0140-673650.

PETERSON, David a David ROSENTHAL. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as an allegory for history and systems in rehabilitation education. *Rehabilitation Education*. 2005, roč. 19, č. 2, 75–80. ISSN 0889-7018.

PETR, Petr. *Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti balneoterapie*. 1. vyd. Praha: INPRESS a.s., 2004. 122 s. ISBN 80-903427-1-X.

PETR, Petr. Kvalita života u nespecifických střevních zánětů. *Kontakt, Supplementum 1*. České Budějovice: 1999, roč. 2, s. 114. ISSN 1212-4117.

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

RANNESTAD, Toril. Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2005, roč. 19, č. 3, 419–430. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2005.01.007.

- REJESKI, Jack. Physical Activity and Quality of Life in Older Adults. *The Journals of gerontology*. [online]. 2010, č. 56, 23-25s. [cit. 2012-04-29]. ISSN 1758-535X. Dostupné z: http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/suppl_2/23.
- RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: UPOL, 2003. 87 s. ISBN 80-244-0532-6.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. Olomouc: UPOL, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
- SLÁMA, Ondřej. Kvalita života onkologicky nemocných. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 288 - 295 s. ISBN 80-7254-657-0.
- SLAVÍKOVÁ, Dita. Projekt integrace ve škole pro žáky s tělesným postižením – Stephen-Hawking-Schule v Neckargemünd v Německu. Brno, 2008. Disertační práce. Pedagogická fakulta Masarykovi univerzity, katedra speciální pedagogiky.
- SLOVÁČEK, Ladislav. Kvalita života nemocných: jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, roč. 73, č. 1, 6-9. ISSN 0372-7025.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 80-247-1733-3.
- STUCKI, Gerold et al. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*. 2002, roč. 24, č. 10, 281–282. ISSN 0963-8288.
- STUCKI, Gerold et al. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation*. 2003, roč. 25, č. 3, 628–634. ISSN 0963-8288.
- SVATOŠ Tomáš a Eva ŠVARCOVÁ. *Žákovské prekoncepty „kvalita života“* online Platný <http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/29/29.pdf>, [on-line]. 15.11.2006. [cit. 2011-12-19].
- ŠLAPAL, Radomír. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002, 35 s. ISBN 80-7315-017-4.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha : Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVESTKOVÁ, Olga, Yvona ANGEROVÁ a Petra SLÁDKOVÁ. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF): kvantitativní měření kapacity a výkonu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2009, 72/105, č. 6. ISSN 1210-7859. Dostupné z: www.csnn.eu/pdf/nn_09_06_14.pdf >.

VANĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VAVRDA, Vladimír. Změna kvality života: očekávání a realita. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 176 - 180 s. ISBN 80-7254-657-0.

VÁŽANSKÝ, M. *Základy pedagogiky volného času*, Brno: Print-Typia, 2001. s. 173. ISBN 80-86384-00-4.

VELEMÍNSKÝ, Miloš a kol. *Zdraví a nemoc*. Jihočeská univerzita v Č. Budějovicích, 2011. 134 s. ISBN 978-80-7394-326-4.

VIŠŇA, Petr a Jiří HOCH. *Traumatologie dospělých*. Maxdorf, 2004. 157 s. ISBN 80-7345-034-8.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

VÍTKOVÁ, Marie. Edukace jedinců s tělesným postižením a chronickým onemocněním. In PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2006. 335 - 352 s. ISBN 80-7315-120-0.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

VOTAVA, Jiří, a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

WHO. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

Zákon Česká Republika. Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a o změně a doplnění dalších zákonů (školský zákon). In: Sběrka zákonů České republiky. 2004, částka 190, s. 10262-10324. Dostupný také z: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>.

Zákon Česká Republika. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o zaměstnanosti). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, 66 s. Dostupný také z: http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/zakon_c._435-2004_sb.pdf

Zákon Česká Republika. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o sociálních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, 47 s. Dostupný také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf .

ZEMAN, Marek. *Uživatelská příručka: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disabilit a zdraví ICF*. 1.vyd. České Budějovice: Grantová agentura ZSF JCU, 2009. 12 s.

ZEMAN, Marek. DEPENDENCE OF QUALITY OF LIFE INDEX ON SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS. *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health and Rehabilitation, Vol. 1, No. 1-2* [online]. 2010, roč. 1, 1,2, 98 - 101, 6.11. 2010 [cit. 2012-02-24]. ISSN 1804-7181. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/journals-en/journal-of-nursing-social-studies-and-public-health/volume-1/vol-1-no-1-2/dependence-of-quality-of-life-index-on-socio-demographic-variables-in-patients-with-ankylosing-spondylitis/>

ZEMAN, Marek. USING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF) FOR THE EVALUATION OF PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS. *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health and Rehabilitation* [online]. 2010, roč. 1, 3,4, 200 - 206, 27.12. 2010 [cit. 2012-02-24]. ISSN 1804-7181. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/journals-en/journal-of-nursing-social-studies-and-public-health/volume-1/vol-1-no-3-4/using-the-international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-for-the-evaluation-of-patients-with-ankylosing-spondylitis/>