

Monatová, Lili

Paraplegie z hlediska defektologie

Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. B, Řada filozofická.
1961, vol. 10, iss. B8, pp. [62]-71

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/106175>

Access Date: 01. 12. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

LILI MONATOVÁ

PARAPLEGIE Z HLEDISKA DEFEKTOLOGIE

V Československé socialistické republice je jedním z prvořadých úkolů péče o člověka, a to nejen o člověka, který pracuje ve výrobě, v dopravě, v zemědělství atd., nýbrž i o takové občany, kteří jsou nuceni změnit své povolání po těžkém úrazu nebo po nemoci, která zanechala jisté následky, nebo která způsobila částečnou nebo úplnou invaliditu. Prvořadým úkolem je snížit u těchto lidí — můžeme je charakterizovat jako defektní jedince — jejich defektivitu na co nejmenší míru.

Za nejuplnější vymezení pojmu defektivita považuji definici M. Sováka,¹ který charakterizuje defektivitu jako dlouhodobou poruchu vztahů ke kolektivu normálních lidí, zvláště poruchu vztahů k výchovně vzdělávacímu procesu a k práci.

Defektní jedinec je v těchto vztazích omezen nebo jsou u něho zcela porušeny. Proto je společným znakem všech defektních narušení normálních sociálních vztahů. Defektivita jako porucha vztahů ke společnosti souvisí s jejich dynamičností a měnlivostí. Je to sice dlouhodobá porucha, ale není neměnná. V defektivitu se tedy mění pouze takové orgánové a funkční poruchy, které zasahují společenské vztahy. O defektivitě nehovoříme tehdy, zůstanou-li poruchy pouze vnitřní záležitostí individua a nezasahují do sociální oblasti.

U paraplegie jde vždy o defektivitu, která může být různého stupně. Úkolem lékařů, psychologů, pedagogů atd. je, tuto defektivitu snížit vhodnými zásahy a opatřeními a snažit se o to, aby se u nových případů nerozvinula v plně šíří.

Paraplegii řadíme k chorobám, které postihují část centrálního nervového systému (páteřní míchu) a tím také reflexy, které mícha zprostředkovává.

Paraplegie² je úplná obrna obou končetin, kdy nemocný nemůže vůbec končetinami pohybovat. Týká se končetin dolních (paraplegia cruralis s. inferior) nebo horních (paraplegia brachialis s. superior). Zpravidla bývá paraplegie horních končetin spojena s paraplegií dolních končetin, takže se jedná o kvadruplegii.

Rozlišujeme paraplegii

- a) chabou (periferní),
- b) spastickou (centrální, pyramidová),
- c) smíšenou (periferně centrální),
- d) funkční (hysterická).³

U obrn se mohou vyskytovat různé stupně poruch:⁴

1. podle toho, zda byla mícha úrazem nebo chorobou přerušena nebo porušena *náhle nebo postupně* (při zlomení obratle, při střelném poranění, při nádoru, při stlačení míchy, při jiném onemocnění míchy a míšních plen);

2. zda byla poškozena mícha *částečně nebo úplně*;

- a) při postižení jednoho předního kořene míchy obrna nevznikne; teprve při postižení několika předních kořenů vzniknou chabé obrny bez poruch citlivosti;
- b) při přerušení poloviny páteřní míchy dojde ke stejnostrannému ochrnutí kosterního svalstva a k druhostranné ztrátě citlivosti pro teplo, chlad a bolest;
- c) při úplném přerušení míchy nastane trvalé ochrnutí toho kosterního svalstva a těch orgánů, které jsou inervovány míšními kořeny uloženými pod místem léze;

3. podle toho, *ve kterém místě* došlo k přerušení míchy:

- a) při poškození míchy bederní a sakrální vzniká chabá paraparéza až paraplegie dolních končetin a porucha citlivosti na dolních končetinách;
- b) při poškození hrudní míchy vzniká spastická paraparéza až paraplegie dolních končetin, porucha citlivosti při postižení segmentu Th 10 do jedné třetiny trupu, Th 4 do dvou třetin trupu a také vyhasnutí břišních reflexů;
- c) při poškození dolní krční míchy (segmenty C 5—C 8) dochází ke spastické paraparéze nebo paraplegii dolních končetin a k chabé paraparéze nebo paraplegii horních končetin, k poruše citlivosti na trupu, na všech končetinách a k areflexii břišních reflexů;
- d) při poškození horní části krční míchy (segmenty C 1—C 4) vznikne spastická kvadruparéza až kvadruplegie s poruchou citlivosti, která sahá až ke krku.

Paraplegii považujeme vždy za těžké a vážné onemocnění s těžkými somatickými i s typickými psychickými poruchami. Poškozením míchy vznikají vážné poruchy proto, že se znemožnil přívod vzruchů z mozku k míšním nervovým buňkám a tím také nemůže přívod vzruchů z receptorů, které jsou anatomicky a funkčně spojeny s páteřní míchou, pokračovat pro přerušení vzestupných míšních drah do mozku. Ihned po úrazu míchy vzniká spinální (míšní) šok, který způsobí dočasný zánik reflexů zprostředkovaných kaudálními částmi páteřní míchy pod místem zranění. Šok odezní po třech až čtyřech týdnech, vzácně až po několika měsících. Těsně po úraze, je-li mícha přerušena úplně, vznikají těžké poruchy somatických (pohybových, animálních) i vegetativních funkcí. Dochází k poruchám hybnosti a citlivosti pod místem léze. Postižené svalové partie jsou trvale ochrnuty, končetiny bezvládně visí, reflexy extenzorů se neobnoví buď vůbec, nebo jen do jisté míry po odeznění šoku, reflexy flexorů se obnovují, takže dochází k ohnutí končetin.

Psychické poruchy jsou měnlivé, závislé na mnoha okolnostech. Jsou vždy vážné, neboť onemocnění způsobuje těžký duševní otřes a nesmí se v průběhu choroby přehlížet.

Dlouhou dobu převládal u neurologů, neurochirurgů, ortopédů, fyzioterapeutů, urologů, u ošetřovatelek, sociálních pracovníků atd. k paraplegikům rezignovaný postoj.

V kapitalistické společnosti těmto lidem nebyla věnována po stránce sociální potřebná péče.

Naše společnost věnuje maximální bezplatnou péči všem, kteří to potřebují. Terapie paraplegiků je dlouhodobá, často trvá i několik let. V našem státě jsou pověřovány celé štáby vědeckých pracovníků, aby vědeckými metodami zkoumali průběh onemocnění, aby bylo možno aplikovat nejlepší způsob léčby. Zavedením komplexní terapie se stále značně zlepšuje péče o tyto nemocné.

Péče o paraplegiky má nejen aspekt lékařský, sociální, psychologický, ale také pedagogický, který je velmi významný a uplatňuje se hlavně při zapojování paraplegiků do praktického života. Při začleňování dospělých do praktického života je třeba vycházet z těchto pedagogických kritérií:

1. z jejich dosavadního všeobecného a odborného vzdělání,
2. ze stupně jejich odborných znalostí,
3. z dřívějších a nově vytvořených pracovních dovedností a návyků,
4. z možností pracovních příležitostí, vhodných pro paraplegiky.

Soustavná terapie paraplegiků se v našem státě začala realizovat hlavně po druhé světové válce v posledních 10—12 letech. Terapeutické výsledky, dosažené za tuto dobu ve speciálních střediscích a ústavech svědčí o tom, že jsou u nás pokroky v technické oblasti těsně spojeny se stále se zlepšující péčí o člověka.

Konala jsem dlouhodobé systematické pozorování u 37 paraplegiků, u kterých vznikla paraplegie po úrazu, v jednotlivých vývojových stádiích této choroby, a to ve Státním ústavu rehabilitačním v Kladrubech, ve Výzkumném ústavu traumatologickém v Brně a v rodinném prostředí. Typické případy jsem podrobila podrobnějšímu výzkumu. Zahrnoval dlouhodobé pozorování a metodu explo-race (řízený rozhovor).

Problematika psychických změn,⁵ které vznikají u paraplegiků v průběhu terapie od okamžiku, kdy došlo k úrazu až po období, v němž nastává fixace choroby, je velmi významná. Je závislá nejen na tělesném stavu pacienta, ale z velké části na duševním stavu, který záleží na postoji pacienta.

1. k vlastní chorobě;
2. k prostředí v léčebných zařízeních;
3. k rodinnému prostředí.

Tento postoj se v průběhu paraplegie pozměňuje, ale také stabilizuje. Velmi často záleží na prvních zkušenostech, které pacient získá při hospitalizaci (od ošetřujících, od pacientů se stejným postižením) a na tom, jak se k němu chovají lidé z blízkého i vzdálenějšího okolí. Jsou-li např. tyto první zkušenosti negativní (nevlidné zacházení, malý zájem rodiny apod.) je potom také veškerá návratná péče obtížnější, což se odráží ve výsledcích rehabilitace.⁶

Postoj paraplegika k chorobě je rovněž závislý na typu vyšší nervové činnosti, na úrovni jeho psychického života, na věku, na rozsahu postižení a na dalších činitelích.

Poněvadž jde o dlouhodobou nemoc — což si část pacientů zpočátku plně neuvědomuje — dochází také ke změnám typu vyšší nervové činnosti a celé osobnosti.

Velmi významné jsou i citové změny, kterých si blíže povšimneme.

Téměř každý paraplegik prožívá období beznaděje, vědomí nemožnosti být soběstačný, uplatnit se ve společnosti. Tehdy si všímá toho, že je více nebo méně zastřeně litován on i jeho rodina. V těchto údobích se potřebuje více než kdy jindy s důvěrou svěřit se svými strastmi, obavami i starostmi. Již to má kladný vliv na jeho psychický stav, postoj k okolí, i k sobě samému.

Paraplegie patří k chorobám, které trvají řadu let. Během tohoto dlouhotrvajícího období, které lze u operovaných jedinců rozdělit na pět vývojových stádií, jsou nejtýpickejší prudké citové změny, jež přetrvávají po celou dobu nemoci. První vývojovou fází nazýváme pouřazovou, druhou předoperační, třetí pooperační, čtvrtou rehabilitační a poslední porehabilitační.

Úraz páteře s poraněním míchy je nejen traumatem somatickým, které zasahuje centrální nervovou soustavu s těžkými následky pro celou řadu orgánů, nýbrž je současně i traumatem psychickým. Jakmile odezní duševní šok, kdy si většina zraněných uvědomí ztrátu hybnosti dolních končetin, následují depresivní stavy,

kteřé mohou být v ojedinělých případech tak závažné, že mohou končit i letálně. Někteří se domnívají, že-pro ně skončily všechny životní radosti, ztrácejí zájem o okolí i o vyšší cíle. Straní se ostatních pacientů, leží bez hnutí celé hodiny, jsou málomluvní, do sebe zabraní. U všech nejsou deprese zpočátku příliš vyhraněné, poněvadž část postižených si neuvědomuje důsledky a dosah svého zranění.

Některé ukázky z protokolů:

MJ: Jsem teď nějak citlivější. Všechno mě dojmě. Někdy jako když to na mě hodí, tak bych brečela. Je nejlepší vyspat se a pak je to zas lepší.

JF: Když jsem viděla, že se nemůžu hýbat, já jsem nevěděla, co mám, ale říkala jsem, že mě to mělo hned zabít než aby mně amputovali nohy.

DP: Zranění na mne působilo hrozně. Nikomu jsem o tom ještě nevyprávěl...

MVá: Ze začátku mně to bylo úplně jedno. Byla jsem jak omámená. Nebylo mně to vůbec líto.

JŠo: Zranění na mne nějak zvlášť nezapůsobilo. Stalo se — stalo. Teď jenom se zas z toho dostat.

Péče o paraplegiky po úrazu by se měla řídit těmito základními zásadami: věnovat maximální pozornost všem steskům a bolestem paraplegiků, jednat s nemocnými vždy přívětivě, ochotně vyslechnout jejich přání a stížnosti. Léčení je ztěžováno špatnou náladou a nedůvěrou k léčebným úkonům. Tato nedůvěra pramení většinou z pesimismu a depresivních stavů pacientů, snižuje ochotu ke spolupráci při terapii, k dodržování lékařských předpisů, nemocničního řádu a kázně. Pesimismus je nutno snížit vhodně voleným způsobem na minimum. Je třeba zabránit poklesnutí mysli, stísněnosti, depresivní náladě, která trápí nemocného často více než samo poranění. Deprese je první stupeň demoralizace, který se může i postupně prohlubovat; může časem při nevhodné péči a v nesprávném prostředí převládnout. Z těchto počátečních občasných stavů by se mohl vyvinout celý komplex, který se již dá nesnadno odstranit.

Před operací nastává u části pacientů zhoršení citového stavu, u části zlepšení.

Některé ukázky z protokolů:

JS: Jestli zůstanu mrzák, tak nechci žít. Budu na obtíž.

CM: Mám přešponované nervy, jsem moc rozrušená.

JF: Z operace nemám strach. Jen ať už to mám za sebou a mohu zase chodit.

Toto období bývá poměrně krátké, někdy trvá pouze několik hodin, jindy několik dnů. Před operací je vhodné zařadit psychoterapeutickou předoperační přípravu. aby bylo možno usměrnit přílišné naděje a utlumit neopodstatněné obavy.

Pooperační období je charakterizováno vzrůstajícím zájmem o rehabilitaci, pochybnostmi a nadějemi na zlepšení zdravotního stavu.

Některé ukázky z protokolů:

MVá: Chtěla bych být sama, ale jen na krátkou dobu. Protože, když má člověk moc času na přemýšlení o životních problémech, tak se z toho dělá zle. Mám starost, jak to všechno se mnou dopadne, aby mně nezůstala uějaká zjevná vada nebo abych vůbec chodila.

VŠ: Nejhorší bylo, když jsem se dozvěděla, že nebudu chodit (pláče). To jsem poznala sama částečně, brzy po operaci.

JŠp: Nejhorších je prvních 14 dnů po operaci. Snad mi pomůže léčebný tělocvik a budu zase chodit.

JN: Už bych chtěl začít se cvičením, abych zase co nejdříve běhal a mohl jít do hor zase.

Vlastní rehabilitace zahrnuje delší časový úsek, kdy pacienti konají léčebný tělocvik, učí se chodit, věnují se činnosti terapii, společenskému životu apod. Je to intenzivní komplexní léčba, kdy realizujeme somatickou rehabilitaci v těsné součinnosti s rehabilitací psychickou.

V tomto údobí však opět nastávají deprese. Dochází přímo k deformaci citového života. Časté jsou pocity méněcennosti, malomyslnost, snížené sebevědomí, ztráta zájmů, skrytý odpor nebo nechuť k návratu do dřívějšího prostředí.

HR: (Při propuštění z léčení nastala těžká deprese. Pacientce je 19 let.) Nechci se vrátit do Prahy. Nechci mezi zdravé lidi — nechci je vidět. Nenávídím je.



Obr. 1. Ukázka návčiku chůze o berlech se sádrovými dlahami pacientky CM



Obr. 2. Ukázka návčiku chůze o jedné francouzské holi s pomocí zábradlí s koženými dlahami u pacienta JKO

To vše způsobuje zvýšená vnímavost vyvolaná slabostí z dlouhé choroby nebo komplikací a pomalé pokroky v léčbě. Často je třeba hledat příčiny těchto stavů v nevhodných a škodlivých citových podnětech od spolupacientů, z návštěv a z korespondence. Poklesy myslí někdy pacienti zastírají ledabylostí, podrážděností k okolí, nevhodně projevovanou nespokojeností, nápadnou uzavřeností, vyhýbají se vyšetřovacím a léčebným úkonům, dokonce i rozhovorům s odbornými pracovníky. Taková změna v chování nemusí však být vždycky nápadná. Není také vždycky snadné zjistit její objektivní příčiny. Jsou však velmi závažné pro další průběh terapie. Znamenají ztrátu důvěry v léčení. Přitom patří důvěra a kladný vztah k terapeutickým úkonům k psychologicky nejlepším prostředkům.

Některé ukázky z protokolů:

JF: Bojím se, že se nerozchodím. Na beton ne, někdy si myslím, že už to mám dlouho. Chtěla bych se uzdravit. Nemám ještě žádný pohyb. Někdy si už myslím, že nebudu nikdy chodit. Ale přece jen pevně věřím tomu, že nějak přece chodit budu.

MVá: Když mne postavili na nohy, přišlo první rozčarování. Viděla jsem, že se vůbec neudržím. Potom se moje nálada zlepšovala. Viděla jsem, že dělám pokroky.

VŠ: Chtěla bych chodit a vím, že to nebude možné. Ale musím být trpělivá. Jistě se to zlepší. Zlobí mne, že mám každou chvíli jinou náladu. Když odejde návštěva, tak si popláčču.

MJ: Celej tejdén jsem nebrečela. Až když přijeli naši, tak mně to přišlo líto. Oni jsou na mě přítom tak hodní a pozorní.

MR: Tak večer začne člověk myslet na domov a na všechno a řekne si — takový to už nebude, jak to bývalo.

AS: Přijdou někdy dni, to by byl člověk raději sám. Někdy zase raději ve společnosti — člověk trochu zapomene. Sám — to by ani nešlo, to by měl člověk příliš černé myšlenky.

MB: Těžko se vyrovnávám se svým stavem. Počítal jsem původně s navrácením pohybu a s návratem do zaměstnání. Stále žiju v naději, že se jedenkrát postavím na nohy.

KV: Považuji nynější stav za přechodné období. Nelituji se, ale mám špatnou náladu, když si vzpomenu na své děti. Bývám nevrlý a mám rád klid.

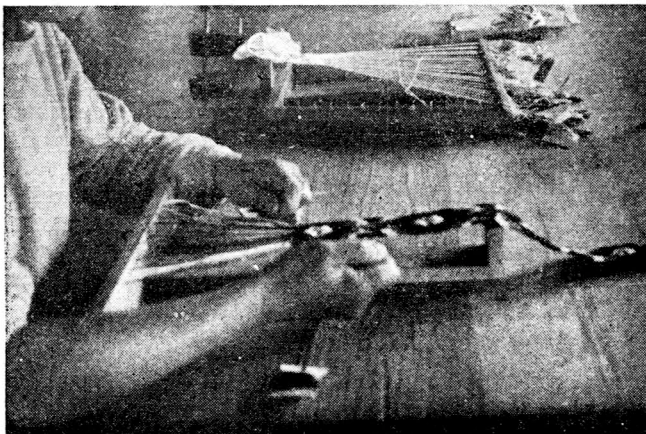
JŠo: S nynějším způsobem života jsem celkem spokojen, ale nejsem tady tak jistý jako doma. Když mám špatnou náladu, tak si jdu lehnout.

U těch paraplegiků, které zaměstnáváme činnostní terapií, zjišťujeme zlepšení duševního stavu. Činnost zatlačuje do pozadí negativní reakce na nemoc, udržuje pracovní návyky, zvedá celkovou morálku a zvyšuje také sebevědomí pacientů. Pracovní terapii však musíme volit podle zájmu nemocného, aby zvolenou činnost dokončil, protože právě výsledek působí kladně na psychický stav. Léčba prací má zpočátku odvést pozornost paraplegika od vlastních citových stavů.

LP: Když je mně hrozně smutno, dám se do síťování nebo si čtu a pustím si rádio. Smutná nálada mě pak přejde, nedrží mě dlouho.

NL: Od té doby, co pletu a síťuji, mám lepší náladu. Vidím, že i teď něco dovedu, a čas mi lépe uběhne. Já jsem dřív nikdy nic takového nedělala.

MŠ: Mně se líbí všechny činnosti, které se dělají na LP. Všechny se postupně učím.

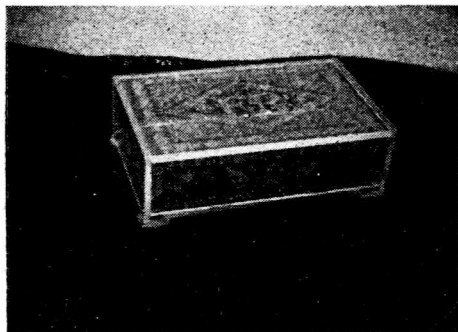


Obr. 3. Pacient DP při činnostní terapii

U některých pacientů můžeme pozorovat zpoždění, kdy nejenže se nechťejí věnovat činnostní terapii, ale nechťejí ani přistoupit k individuálnímu léčebnému tělocviku. Tato tendence k nečinnosti působí negativně na celkově tělesný i duševní stav, proto je třeba zaměřit se ve zvýšené míře na tyto případy.

JŠo: Mě tady žádná práce nezajímá. Vsedě nič neumím. Nejraději kouřím a dívám se s balkónu.

Péče o duševní stránku paraplegika v tomto období záleží především v poznání a pochopení jeho myšlení a ve sledování výkyvů jeho nálady.



Obr. 4. Výrobek z léčby prací (vyrobena ve Státním ústavu rehabilitačním v Kladruzech).

Po fixaci paraplegie — v posledním vývojovém období — je převládající nálada pacienta závislá na dosavadních změnách psychiky, avšak také na prostředí, do něhož se vrací. První citová krize nastává ihned po propuštění z nemocničního ošetření, neboť na nemocného začne působit depresivně prostředí zdravých lidí. Nyní si uvědomuje ještě jasněji, že je v mnohém odkázán na péči své rodiny. U některých se začínou objevovat pesimistické nálady, afekty, zvýšená podrážděnost, sklon k uzavřenosti apod. Takový jedinec ovlivňuje svým chováním své okolí tak, že je neurotizuje. Šíří kolem sebe atmosféru napětí. Tyto povahové rysy přetrvávají a stávají se časem součástí jeho osobnosti. To se samozřejmě odráží na rodinném prostředí, ve kterém paraplegik žije. U jiných případů však dochází k depresím jen ojediněle.

Hlavním úkolem péče v tomto období, kdy je již stav fixován, je zachování harmonického rodinného prostředí a zajištění pracovních možností. Jsou-li dodrženy tyto tak důležité okolnosti, nedochází většinou k významnému narušení osobnosti, protože nenastává deformace citového a společenského života. Vyžaduje to však trpělivé a dlouhodobé působení na pacienta i na jeho rodinu již v té době, kdy je ještě hospitalizován.

Ukázky z protokolů:

JK: Když si dnes vzpomenu, jak jsem běhávala, no nevím, jak bych to řekla — nejsem spokojená — chtěla bych žít jinak, ale nejde to. Ta moje hloupá nemoc tomu zabraňuje. Je mi z toho často smutno.

DP: Říká se, že se člověk časem s takovou nemocí smíří. Ale já jsem se nesmířil. Trpím nervozitou, lehce se rozčílím a stále o své nemoci přemýšlím. Zdravotní stav mi nedovoluje to, co bych rád a co jsem měl dříve v úmyslu. Nejsem spokojen s nynějším způsobem života. Dříve jsem býval veselý. Teď jsem často bručoun. Manželka to říká. Někdy nemám ani trpělivost číst. Chybí mi soustředěnost, jsem velmi citlivý, sebemenší událost mne rozruší. Často sám sebe lituji. Nechci být sám, vyhledávám společnost, abych se rozptýlil.

JP: Často se mi stane, že vybuchnu. Žádná práce mne nezajímá.

JŠp: To víte, někdy mně to přijde líto. Ale co můžu dělat, když to mám. Co nadělám, nic.

KV: Do ústavu se nijak netěším. Ale musím se smířit s tím, jak to je.

AS: Stále ještě věřím, že se zase úplně uzdravím, že medicína udělá nějaký objev. Ihned bych podstoupil nějaký pokus v Sovětském svazu. Četl jsem o něčem takovém.

Rozčleníme-li všechny případy zkoumaných paraplegiků podle příčin úrazu, podle věku, kdy k němu došlo, a podle délky trvání choroby, můžeme uzavřít:

1. Nejčastější příčinou poranění míchy je pád se stromu, s okna, se skály a pracovní úrazy.

Tabulka 1

Příčiny úrazu	%
při pádu	27,03
při zaměstnání	24,32
při sportu	18,92
při havarii	13,51
postřelení	8,11
ve válce	5,41
jiné	2,70

2. Podle věku se blíží rozložení počtu případů normálnímu Gaussovu rozložení, je jeň mírně asymetrické. Největší úrazovost je mezi 17—28 rokem pacientů. (Viz graf č. 1.)

3. Délka trvání paraplegie vykazuje prudce sestupnou tendenci. (Viz graf 2.)

Z hlediska defektologie lze shrnout, že jsou pro péči o tyto pacienty nezbytná tato opatření:

1. *Ovlivňování duševního stavu* paraplegiků od úrazu po celou dobu rehabilitace v ústavním léčení. Toto působení záleží ve volbě vhodného prostředí spolupacientů, správného přístupu všech pracovníků, ve vyplnění volného času nemocných vhodnou formou, ve vysvětlení významu léčebného tělocviku apod.

2. *Zajištění pracovních podmínek.* Zaměstnání — zpočátku alespoň myšlenkové, zaměřené vhodným směrem; později každá činnost, která pacienta zajímá — je pro jeho psychický i somatický stav velmi významná, poněvadž má kladný vliv na postoj k chorobě a zlepšuje celkovou kondici.

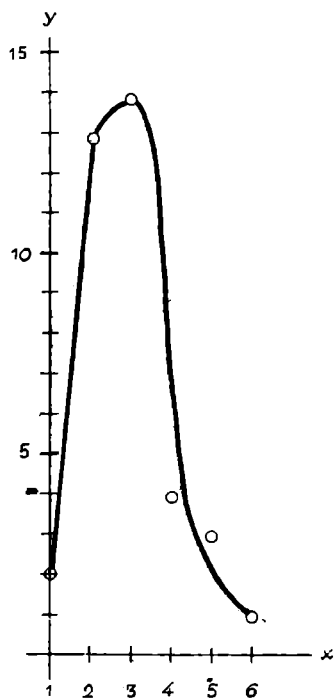
Pozorováním paraplegiků, kteří jsou zařazeni do pracovního procesu nebo studují, ve srovnání s těmi, kteří zaměstnání nejsou, zjišťujeme kladný vliv činnosti na celou jejich osobnost. Je jim třeba ukázat, že mohou být platnými členy naší společnosti.

3. *Zajištění kladných rodinných vztahů.* Je třeba seznámit rodinu pacienta s jeho duševním i tělesným stavem, s jeho potížemi, obavami, starostmi. V těch případech, kdy má rodina k paraplegikovi kladný vztah, nevyskytují se tak časté a silné citové výkyvy.

Také paraplegika musíme poučit o správném postoji k rodině, k dětem, musíme mu ukázat perspektivu, vysvětlit mu v čem může být užitečný a potřebný. Velmi významná je soustavná příprava nemocného na jeho domácí prostředí, do kterého se vrátí po ukončení ústavního léčení. Pro dosažení kladných výsledků je nutná vzájemná součinnost paraplegika i jeho rodiny.

4. *Zajištění kulturního vyžití.* Každý paraplegik by měl mít možnost sledovat rozhlas, televizní pořady, měl by však mít i své motorové vozítko.

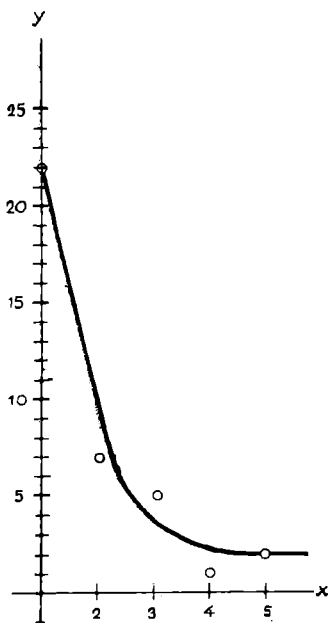
Přehlédneme-li pozorované paraplegiky jako celek, můžeme uzavřít, že na základě tělesné vady dochází ke změnám vztahů k pracovnímu procesu. To se odráží v jejich osobnosti a citových projevech, takže je pozměněn vztah ke společnosti a nastává defektivita.



Graf 1.

Věk v době úrazu

legenda: osa x = věk: 1 = 11—16; 2 = 17—22; 3 = 23—28; 4 = 29—34; 5 = 35—40; 6 = 41—46 let.
osa y = frekvence = počet případů



Graf 2.

Doba trvání paraplegie

legenda: osa x = doba trvání nemoci: 1 = 0—3; 2 = 4—6; 3 = 7—9; 4 = 10—12; 5 = 13 až 15roků.
osa y = frekvence = počet případů

Rozdělení průběhu paraplegie na pět vývojových fází se ukázalo opodstatněné i z hlediska změn citového stavu těch pacientů, kteří byli operováni.

Můžeme-li zajistit postiženým uplatnění a rozvíjení jejich zájmů, pracovní podmínky, soulad v rodině, kulturní život, odráží se to kladně v celé jejich osobnosti, takže lze i při této chorobě jejich defektivitu značně snížit.

POZNÁMKY

- ¹ *Defektologie obecná*, Praha 1956, díl III, str. 8. *Nárys defektologie*, Praha 1958, str. 8.
- ² J. Vítek, *Encyklopedie praktického lékaře*, sv. 2, 1940, str. 555—556, sv. 6, 1950, str. 934, sv. 13, 1958, str. 382. — Adolf Svoboda, *Neurologie*, Praha 1960, str. 46. — K. Henner, K. Lewit, K. Obrda. M. Šercl, *Neurologie pro zdravotní sestry*, Praha 1955, str. 47 až 49, 126.
- ³ Frant. Karásek a kolektiv, *Učebnice fyziologie*, část III, Praha 1957, str. 971. — Emil Viliger, Eugen Ludwig, *Die periphere Inervation*, Basel 1946, str. 137.
- ⁴ Frant. Karásek a kolektiv, *Učebnice fyziologie*, část III, str. 983. — Karel Obrda, Josef Choděra, *Rehabilitace nervově nemocných*, Praha 1960, str. 383—405. — Adolf Svoboda, *Neurologie*, str. 49—50. — Emil Viliger, Eugen Ludwig, *Die periphere Inervation*, str. 139—141. — Vlad. Janda, *Svalový test*, Praha 1957, str. 136—201. — Kamil Henner, *Speciální neurologie*, Praha 1950, str. 61, 62, 250.
- ⁵ L. Monátová, *Psychické změny u paraplegiků*, *Zdravotnická pracoviště*, roč. 10, 1960, č. 7, 397—398, č. 8, 467—471, č. 11, 660—662. — M. Krakešová-Došková, *Psychogenese sociálních případů*, Praha 1946.
- ⁶ Úkolem rehabilitace je zbavit člověka jeho defektivitu; umožnit mu, aby nabyl ztracené sebedůvěry a sociálně se adaptoval. Rehabilitace se úzce prolíná s reedukací — každou reedukační činností (např. nápravou chůze) konáme současně činnost rehabilitační (tzn. upravujeme výchovně vzdělávací i pracovní návyky a společenské vztahy).

ПАРАПЛЕГИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДЕФЕКТОЛОГИИ

Автор вышеприведенной статьи исследовал 37 параплегиков с момента увечья до фиксации болезни. Этот отрезок времени она разбила на пять эволюционных фазисов:

1. Фазис после увечья, 2. передоперационный, 3. послеоперационный, 4. реабилитационный и 5. постреабилитационный фазисы.

Автора интересовал вопрос, каковы изменения прежде всего чувствительных отношений в этих эволюционных фазисах и какие факторы на них чаще всего влияют. Под влиянием болезни, среды, нарушения отношений к воспитательно-образовательному процессу, к работе и т. д. чувствительные изменения достигают такой ступени, что они существенным образом влияют на всю личность параплегика. Эти расстройства оказывают влияние на общественные отношения больного, что приводит к выразительной дефективности.

Но при правильной медицинской, психологической и педагогической заботе можно в значительной степени понизить дефективность, если мы обеспечим больного правильной заботой в стационарном лечении, хорошими семейными отношениями, условиями труда, участием в культурной жизни и применением и развитием их интересов.

(Перевод: Иржи Бронец)

PARAPLEGIA FROM THE POINT OF VIEW OF DEFECTOLOGY

The author has examined 37 cases of post-accidental paraplegia from the injury up to the fixation of the disease, dividing this period into the post-accidental, preoperative, postoperative, rehabilitation and post-rehabilitation stages. She has studied the problem of changes occurring especially in emotional life in the above mentioned phases of the disease, and tried to ascertain the various factors by which emotion are usually influenced. Emotional disturbances, caused by the disease, environment, impaired attitude towards the educational process, work, etc. are so pronounced that the whole personality of the patient is affected. They also interfere with the patient's relations to other people, and thus result in conspicuous psychical defects. These defects, however, can be markedly reduced, if the patient is given the right medical, psychological and pedagogical rehabilitation treatment. This involves not only the proper approach to the patient during hospitalization, but also harmonious family life and working conditions, full cultural life, and opportunity for the patients to pursue their interests.