



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Kvalita života osob s tělesným postižením**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA**

**Autor:** Nela Bařhová

**Vedoucí práce:** Mgr. Šárka Brůhová

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Kvalita života osob s tělesným postižením jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2018

.....

Nela Baťhová

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Šárce Brůhové za pomoc, cenné rady, připomínky a veškerý čas, který mi věnovala. Velké díky patří i Rehabilitačnímu ústavu Kladruby, kde jsem mohla realizovat výzkum. Poděkování patří samozřejmě i informantům. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat rodině a blízkým, kteří mne podporovali po celou dobu mého studia.

# **Kvalita života osob s tělesným postižením**

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zaměřuje na téma Kvality života osob s tělesným postižením. Cílem práce je zmapovat problematiku faktorů majících vliv na kvalitu života osob s tělesným postižením. Výzkum byl realizován na základě kvalitativního šetření. Podle stanovených cílů byla definována hlavní výzkumná otázka: Jaké faktory ovlivňují kvalitu života osob s tělesným postižením?

Práce je rozdělena do dvou částí, a to na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je členěna na tři hlavní kapitoly, tzv. klíčové celky. První z kapitol objasňuje problematiku tělesného postižení, na které se dále práce zaměřuje. V druhé kapitole práce pojednává o kvalitě života, vysvětluje pojem a principy kvality života. Třetí kapitola představuje péči o osoby s tělesným postižením, zaměřuje se především na koordinovanou rehabilitaci.

V praktické části jsou blíže popsány cíle práce, dílčí výzkumné otázky, metodika šetření a techniky sběru dat. Pro dosažení cíle praktické části bylo zvoleno otevřené kódování. Zvolenou technikou sběru dat se staly hloubkové rozhovory a analýza případových studií.

Po prozkoumání dané problematiky byly zjištěny faktory mající vliv na kvalitu života osob s tělesným postižením. Mezi zásadní faktory se řadila podpora rodiny, přístup společnosti, sport, doprava, využití rehabilitace, finance, kontakt s lidmi s tělesným postižením, nebo různé pomůcky. Práce může přispět k eliminaci negativních faktorů na život osob s tělesným postižením a na základě toho může tato práce vést k zamyšlení, jak zlepšit život těchto jedinců.

## **Klíčová slova**

Tělesné postižení; kvalita života; pohyb; rehabilitace; zdraví; omezení

# **The Quality of Life of People with Physical Disabilities**

## **Abstract**

The bachelor thesis focuses on the topic Quality of Life of People with Physical Disabilities. The aim of the thesis is to map the issue of factors influencing the quality of life of people with physical disabilities. The research was actualized on the basis of a qualitative survey. On the basis of the set goals, the main research question has been defined: Which factors affect the quality of life of people with disabilities?

The thesis is divided into two parts, the theoretical and practical part. The theoretical part is divided into three main chapters, so-called key units. The first of the chapters clarifies the issue of physical disability, which the work focuses on. The second chapter deals with the life's quality, explains the concept and principles of quality of life. The third chapter introduces the care of people with disabilities, focuses primarily on coordinated rehabilitation.

The practical part describes the aims of the thesis, the specific questions, the methodology of the survey and the techniques of collecting data. To achieve the goal of the practical part, open coding was chosen. The selected technique of collecting data has been the in-depth interview and analysis of case studies.

After examining the issue, factors influencing the quality of life of people with physical disabilities were identified. Key factors include family support, access to society, sport, transport, rehabilitation, finance, contact with people with physical disabilities, or various aids. The thesis can help eliminate negative factors influencing the lives of people with physical disabilities and, as a result, this thesis can lead to reflection on how to improve the lives of these individuals.

## **Key words**

Physical disability; quality of life; movement; rehabilitation; health; limitations

## Obsah

Úvod .....	7
<b>Teoretická část .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Tělesné postižení .....</b>	<b>8</b>
1.1 Pojem tělesné postižení .....	8
1.2 Historie péče o osoby s tělesným postižením.....	10
1.3 Klasifikace tělesného postižení .....	12
<b>2. Kvalita života .....</b>	<b>18</b>
2.1 Pojem kvalita života.....	18
2.2 Měření kvality života .....	20
2.3 Dimenze kvality života .....	21
2.4 Kvalita života s tělesným postižením.....	22
<b>3. Péče o jedince s tělesným postižením .....</b>	<b>24</b>
3.1 Pojem koordinovaná rehabilitace .....	24
3.2 Struktura koordinované rehabilitace .....	26
3.3 Kompenzační pomůcky.....	29
<b>Praktická část .....</b>	<b>30</b>
<b>4. Cíl práce a výzkumné otázky.....</b>	<b>30</b>
4.1 Cíl práce .....	30
4.2 Výzkumné otázky .....	30
4.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4.4 Charakteristika místa šetření .....	31
<b>5. Metodika.....</b>	<b>32</b>
5.1 Harmonogram výzkumu.....	32
5.2 Popis metodiky.....	32
<b>6. Interpretace dat .....</b>	<b>35</b>
<b>7. Diskuse.....</b>	<b>54</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>60</b>
<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>62</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>66</b>
<b>Seznam tabulek a obrázků .....</b>	<b>70</b>
<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>71</b>

## Úvod

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života osob s tělesným postižením. Práce byla zvolena pro zájem o vytvoření přehledného povědomí o faktorech působících na kvalitu života těchto jedinců.

O kvalitě života jedince s tělesným postižením je třeba smýšlet s ohledem na jeho omezení. Za tělesné postižení se v literatuře považuje takové postižení, které postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Toto postižení se projevuje v pohybových schopnostech, a to buď dočasnými či trvalými problémy. Takovéto problémy posléze ovlivňují kvalitu života daného jedince, mají vliv na kognitivní, sociální a emocionální výkony.

Současný pohled na problematiku kvality života je různý, mnoho autorů se stále neshoduje na definici kvality života. Autoři se ale stále snaží zkoumat kvalitu života různých cílových skupin. Tato práce se zaměřuje na cílovou skupinu osob se získaným tělesným postižením. Kvalita života je ovlivněna mnoha faktory, tyto faktory mají vliv na duševní pohodu člověka. I přesto, že společnost v současné době vyžaduje stále vyšší výkon, je kvalita života osob s tělesným postižením na mnohem vyšší úrovni, než byla v minulosti. Možnosti těchto osob jsou z důvodu omezeného pohybu jiné, než jsou možnosti běžné společnosti. Ovšem vlivem podpůrných prostředků dokáže i člověk s postižením žít plnohodnotný život s ohledem na jeho postižení.

Tato bakalářská práce si klade za cíl zmapovat faktory, které mají vliv na člověka s tělesným postižením. Cílovou skupinou této práce jsou osoby, které mají získané tělesné postižení nejméně po dobu jednoho roku.

V teoretické části se bakalářská práce věnuje současnému stavu problematiky. Praktická část výzkumu se blíže zaměřuje na problematiku pěti oblastí života. Oblastmi zkoumání je rodina, volný čas, zaměstnání, sociální začlenění a sebeobsluha.

Výsledky bakalářské práce by mohly přispět k eliminaci negativních faktorů na život osob s tělesným postižením. Zjištěné údaje této práce mohou přimět k zamyšlení, jak zlepšit život těchto jedinců.

## **Teoretická část**

### **1. Tělesné postižení**

#### ***1.1 Pojem tělesné postižení***

V literatuře najdeme mnoho definic, které nám vysvětlují termín tělesné postižení. Jako tělesné postižení můžeme označit pouze stav, jenž trvá dlouhodobě. Tělesně postiženou osobou je taková osoba, která má dočasné či trvalé problémy v pohybových předpokladech. Tyto předpoklady jsou poškozeny v důsledku poruchy nervového systému či narušení nosného a pohybového ústrojí.

Podle autorky Pipekové et al. tělesné postižení vzniká důsledkem poškození pohybového nebo podpůrného aparátu či jiného organického poškození, a to způsobuje omezení pohybových schopností jedince (Pipeková et al., 2010).

Dle autorů Fischera a Škody je hlavním příznakem tělesného postižení narušení motoriky jak v rovině kvalitativní, tak i kvantitativní. Fischer a Škoda uvádí, že jedinec s tělesným postižením má viditelně postižené horní nebo dolní končetiny, což vnímá společnost jako patrnou odlišnost (Fischer, Škoda, 2008).

Vítková uvádí, že tělesné postižení je takové *postižení, jehož průvodním znakem je prvotní nebo druhotné omezení hybnosti, tudíž sem lze zařadit nejen jedince s přímým postižením pohybového aparátu nebo centrální a periferní nervové soustavy, ale i jedince, jejichž pohyb je omezený v důsledku jejich nemoci nebo zdravotního oslabení nepřímo* (Vítková, 2006, s. 13).

Pod pojmem tělesné postižení si tedy každý může představit ve své podstatě jiné omezení, jenž ale jedince ovlivňuje a projevuje se v celé jeho osobnosti. Jedince s tělesným postižením spojuje omezení v pohybu, ať už mírného, či těžšího stupně (Fischer, Škoda, 2008).

Dále je třeba vymezit si několik dalších pojmů, jenž se váží k tělesnému postižení.

**Pohyb** můžeme definovat jako řízenou změnu polohy tělesa (tedy člověka). Jinými slovy se jedná o pohnutí či lokomoci. Dle autora Novosada má člověk uzpůsobeny orgány a tělesnou stavbu k tomu, aby mohl měnit svou polohu vzhledem k jinému objektu, tedy pohybovat se (Novosad, 2011).



Bendová et al. v literatuře označuje pohyb také jako faktor, který ovlivňuje vývoj tvaru i funkce organismu, ale také je nedílnou součástí v utváření osobnosti jedince (Bendová et al., 2006).

Z toho plyne, že omezení pohybových předpokladů má vliv na míru sebeobsluhy, soběstačnosti a často také na postavení takto znevýhodněného jedince ve společnosti.

Vzhledem k pojmu tělesné postižení jsou zásadní tyto termíny, které vykládá Vítková (2006):

**Vada** (poškození) – jedná se o poruchy podpůrného a pohybového systému či poškození jiné orgánové soustavy, příčinou mohou být také tělesné změny či deformace.

**Omezení** – kvantitativní nebo kvalitativní změny pohybových dovedností (s ohledem na optimální výkon, zřetel je brán také na věk a životní prostředí).

**Postižení** – poškození, které trvá a má vliv na kognitivní, sociální a emocionální stránku jedince a jeho společenské vystupování (Vítková, 2006).

Pfeiffer a Švestková uvedli, že dle Světové zdravotnické organizace (WHO) označujeme jako **postižení** poškození či omezení výkonu, která znemožňuje či brání konkrétnímu jedinci splnit roli, jenž mu náleží s ohledem na jeho věk, pohlaví a socio-kulturní faktory (Pfeiffer, Švestková, 2008).

Dle autorky Fialové et al. v současné době výchovu a vzdělávání tělesně postižených osob zabezpečuje speciálně pedagogický obor zvaný somatopedie (Fialová et al., 2012). Dle Fischera a Škody název vznikl spojením latinského slova soma (tělo) a paidea (výchova). Podle těchto autorů se ke vzniku oboru váže rok 1946, kdy na Pedagogické fakultě UK roku vznikla tzv. defektologie, později označována jako somatopedie (Fischer, Škoda, 2008).

Milichovský uvádí, že samostatný obor, jenž se zabývá výchovou a vzděláváním osob s tělesným postižením, vznikl déle, než vědní obory pro osoby s mentálním či smyslovým postižením. A to z toho důvodu, že jedinci se somatickým postižením byli pokládáni za skupinu, která je méně rozumově a smyslově opožděna, na rozdíl od jiných smyslově oslabených jedinců (Milichovský, 2010). Dle autora Milichovského se v některých zemích dokonce nezačleňuje do speciálně pedagogických oborů. I přesto,

že vzdělávání tělesně postižených jedinců probíhá v běžných školách podle jednotného vzdělávacího plánu, je třeba věnovat této skupině zvýšenou péči. Tento autor dodal, že diagnóza jedince s tělesným postižením spadá do pole působnosti neurologie, kineziologie, traumatologie či ortopedické protetiky (Milichovský, 2010).

## ***1.2 Historie péče o osoby s tělesným postižením***

V průběhu historie se k jedincům s postižením přistupovalo různým způsobem. Autor Kábele zmínil, že po většinu času byly osoby s tělesným postižením vnímány jako „něco odlišného“, okolím odvrhovaného a takové osoby zaujímaly tedy nepříznivé místo ve společnosti (Kábele, 1992). Lidé, kteří byli nějakým způsobem znevýhodněni, byli automaticky odsunuti na pokraj společnosti. Postoj společnosti k takovým lidem se ovšem v průběhu času měnil. Dle historických období si nyní jednotlivé postoje přiblížíme.

### ***1.2.1 Stádium represivní***

Vágnerová popisuje, že ve **starověku** společnost odstraňovala jedince se zdravotním postižením různými způsoby. Takto „zbyteční“ jedinci zatěžovali společnost a nepřinášeli jí žádný užitek. Autorka Vágnerová dodala, že naopak péče o ně zaměstnávala další členy skupiny, což snižovalo možnost na přežití všem členům skupiny (Vágnerová, 2012).

V **době Antiky** se už při narození rozhodovalo o životě či smrti. Dle Renotiérové (2002) byli nezdraví jedinci usmrcováni. Zdravé neboli perspektivní děti, byly osvobozeny od práce a směřovány k výkonu vojenské služby. Renotiérová také uvádí, že Římané pokládali novorozence k nohám otce, ten buď dítě zvedl a poskytl mu tak život, či ho odvrhl k smrti. Tímto způsobem byli zlikvidovány postižené i zdravé děti, o které se rodiče z důvodu chudoby nemohli postarat (Renotiérová, 2002).

Dle názoru Vágnerové et al. byli především v Řecku a Římě v době Antiky novorozenci vybíráni podle jejich tělesné krásy a krásy ducha. V takové volbě neměli lidé s tělesným postižením šanci. Autorka pokračovala, že ti, kteří přežili, byli odsouzeni k životu ve skrytí, aby nepohoršovali společnost (Vágnerová et al., 2004).

Ve **středověku** se lidé začínali zajímat o příčiny postižení. Dle autora Vojtka etiologii připisovali zvláštním negativním silám, které kladli za vinu matce či různým magickým silám. Autor popisuje, že postižené osoby byly považovány za uhranuté, mocné a pro

společnost tak představovaly hrozbu. Tento pohled na postižené se v některých kulturách zachoval dodnes (Vojtko, 2007).

### ***1.2.2 Stádium charitativní péče***

Vágnerová podotýká, že přístup k lidem s postižením se začal měnit až **s příchodem křesťanství**. Zdravotní postižení je podle křesťanství či židovství chápáno jako dar, který Bůh seslal pouze vyvoleným osobám. Podle autorky se pro zbylou společnost postižený jedinec stával objektem soucitu a pomoci (Vágnerová et al., 2004).

Kábele se zmiňuje, že podle některých náboženství se narození postiženého dítěte považuje za trest rodině a o takto znevýhodněné není třeba pečovat. V důsledku nedostatečné výživy, válek a nemocí, byl počet tělesně a zdravotně postižených hojný. Kábele ale také poznamenává, že v této době se začínají zakládat první útulky a hospitaly (nemocnice) pro zdravotně postižené. Velkou pomoc poskytovaly také kláštery. Péči o postižené se v té době zabývají křesťanští poslové. Kábele dodal, že některé útulky dokonce začínaly i s výchovou a vzděláváním zdravotně postižených a tím směřovaly k humanitní péči (Kábele, 1992).

### ***1.2.3 Stádium humanitní péče***

Kábele popsal, jak se v období humanismu a renesance kladl důraz na vzdělávání postižených jedinců. Autor považuje za zásadní osobu J. A. Komenského, který prosazoval všeobecné a všestranné vzdělání pro všechny lidi. Dle autora k prvnímu vzdělávání tělesně a smyslově postižených docházelo v rodině feudálů, kteří si mohli dovolit soukromého vychovatele či učitele. Kábele navázal, že následovně vznikaly soukromé ústavy pro jedince s těžkým smyslovým postižením, poté i pro jedince s tělesným postižením. Postupem času byly při těchto ústavách zakládány školy (Kábele, 1992).

### ***1.2.4 Stadium rehabilitační a preventivní péče***

Podle Kábeleho se snahy o všeobecné vzdělávání postupně rozšířily o požadavky odbornějšího a komplexnějšího vzdělávání jako příprava pro výkon povolání. Počátkem 20. století se objevila myšlenka rehabilitační péče ve světě, ale i u nás (Kábele, 1992). Vojtko poukázal, že u nás tuto koncepci moderní ucelené rehabilitace začal uplatňovat MUDr. Rudolf Jedlička s pomocí svých spolupracovníků. Přesto, že termín komplexní rehabilitace byl zaveden až ve 2. světové válce, Jedlička pokryl veškerou potřebnou

péči k rehabilitaci a resocializaci tělesně a zdravotně postižených (Vojtko, 2007). Kábele popsal, jak pomocí léčebných, výchovně vzdělávacích, pracovních, sociálních, psychologických, právních a ekonomických prostředků napomohl začleňování jedinců s postižením. Dle autora se jednalo o dlouhodobou a cílevědomou činnost, která měla jedince připravit na povolání a pomoci mu začlenit se do společnosti (Kábele, 1992).

Renotíerová (2002) uvádí, že Jedlička se zasloužil také o založení ústavu pro tělesně postiženou mládež, který se nacházel v Praze na Vyšehradě. Autorka dodává, že zejména během 2. světové války a těsně po ní vznikala pro pohybově postižené jedince řada rehabilitačních ústavů. Dle Renotíerové měla komplexní rehabilitace zabezpečit jejich návrat do pracovního procesu. Autorka pokračuje, že snaha o rozvoj těchto ústavů trvá i v současné době. Odborníci se snaží zabránit vzniku postižení či nemoci pomocí preventivní péče. Pomocí léčebně-výchovných a poradenských služeb se soustředí pozornost především na rodiče, kteří mají dispozice k přenosu některých vad a onemocnění (Renotíerová, 2002).

### ***1.2.5 Ekonomická péče***

Autorka Renotíerová poznamenává, že jak už víme, i osoby s postižením jsou schopny být součástí produktivní společnosti. Zřizují se tzv. chráněná pracoviště a rehabilitační komplexy pro tyto osoby (Renotíerová, 2002).

Vítková ve svém díle popisuje, že v první polovině 20. století vznikaly speciální školy při ústavech, jako Jedličkův ústav v Praze, posléze v Liberci a Kociánka v Brně. Druhá polovina 20. století byla pak dle autorky významným posunem v podobě integrace, tedy začleňování dětí s postižením do běžných škol (Vítková, 2006).

### ***1.3 Klasifikace tělesného postižení***

Připomeňme si, že dle Vítkové tělesné postižení vzniká na základě dědičnosti, nemoci či je způsobené úrazem. Autorka objasňuje, že o tělesném postižení hovoříme, dojde-li k poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu či k jinému organickému poškození (Vítková, 2006).

Dle doby vzniku postižení můžeme tělesné postižení rozdělit na vrozené (včetně dědičných) a získané. Milichovský vysvětlil, že vrozené postižení oslabuje jedince již od jeho narození, kdy jsou jeho poznávací schopnosti omezené. Dle autora postižení

získané představuje zásah do jinak běžně se vyvíjejícího organismu a přináší změnu omezením života jedince (Milichovský, 2010).

Nejčastěji předkládanou klasifikaci tělesného postižení dle doby vzniku a příčiny uvedla Renotierová et al. (Renotierová et al., 2006):

- vrozené (nebo získané v raném věku) – vznikají v důsledku poruchy vývoje v období prenatalním, perinatálním či postnatálním (např. vrozené vady, dětská mozková obrna či růstové odchylky)
- získané:
  - deformace – v důsledku špatného držení těla
  - po úraze – např. porušení mozku a míchy, poškození periferních nervů
  - po nemoci – např. revmatická onemocnění, dětská infekční obrna, myopatie (Renotierová et al., 2006)

V literatuře od Vítkové najdeme i dělení z hlediska části těla, podle toho, která byla zasažena. Dle autorky se jedná o periferní obrny, centrální obrny, deformace, malformace a amputace. Vítková podotkla, že obrny vznikají na podkladě poškození centrální a periferní soustavy (Vítková, 2006).

Jankovský popisuje, že jako centrální nervovou soustavu označujeme mozek a míchu. Periferní část je tvořena nervy. Autor dle rozsahu ochrnutí dělí obrny na plégie (= úplné ochrnutí) a parézy (= částečné ochrnutí) (Jankovský, 2006).

Milichovský uvádí, že tělesné postižení lze také dělit na primární a sekundární. O primárním hovoříme tehdy, je-li narušeno přímo pohybové ústrojí. V případě, kdy dojde k poruše mobility v důsledku poruchy jiného orgánu, jedná se o sekundární postižení (Milichovský, 2010).

Tělesné postižení lze dělit dle různých měřítek, posléze může postižení dosahovat odlišného stupně závažnosti v závislosti na typu postižení. Míra závažnosti postižení má pak vliv na soběstačnost člověka a tím i na rozsah potřebné podpory v jeho životě. Autor Sienko klade důraz na podporu rodiny, která je pro zlepšení stavu a spokojenosti jedince určující (Sienko, 2018).

### ***1.3.1 Vrozená tělesná postižení***

Pokusím se nastínit nejčastější vrozená tělesná postižení, s jakými se můžeme setkat.

#### **Dětská mozková obrna**

Dle Jankovského se ze všech tělesných postižení nejčastěji setkáváme právě s dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO). V literatuře autor uvádí DMO i jako tzv. encefalopatii, což je podrobně nespecifikované poškození mozku (Jankovský, 2006).

Jankovský (2006) také sděluje, že DMO vzniká již během těhotenství, při porodu či bezprostředně po něm. Podle autora se mezi příčiny DMO řadí virová onemocnění plodu, infekce, zarděnky, komplikace při porodu, nedonošenost a další poškození související s centrální nervovou soustavou především v raném vývoji dítěte. Ke klasifikaci DMO se využívá klinický obraz. Rozlišujeme dvě základní formy DMO, spastické a nespastické. Autor dále jako formu spastickou označuje zvýšení svalového tonu neboli hypertonii, ke které dochází při lézi centrálního motoneuronu. V případě hypotonie mluví o sníženém svalovém tonu, ke kterému dojde, jestliže je postižen mozeček či periferní motoneuron. Spastickou formu DMO dále autor Jankovský dělí na diparetickou, hemiparetickou a kvadraparetickou. Jako nespastické pak autor označuje formu hypotonickou a extrapyramidovou (Jankovský, 2006).

Dle Jankovského v případě, kdy dojde k postižení dolních končetin, hovoříme o **diparéze** (neboli paraparéze či paraplegii). K ochrnutí může dojít v různém stupni závažnosti, což se odvíjí od nezralosti nervového systému. Podle Jankovského se spastická diparéza u jedince objevuje již v jeho dětství v době, než začíná chodit. Pro tuto formu je typická tzv. nůžkovitá chůze (Jankovský, 2006). Intelekt těchto dětí bývá často neporušen, tudíž jsou vzdělavatelni a vychovatelní bez větších problémů.

**Hemiparéza** je podle Milichovského spastickou formou, která se prokazuje postižením hybnosti levé či pravé poloviny těla. Milichovský popisuje, že vzniká v důsledku odumírání mozkové tkáně, kdy slábne horní končetina a hemiparéza se projevuje spasticitou. Tito jedinci se dle autora často jeví jako duševně opoždění. S využitím rehabilitace a včasné péče je prognóza tohoto onemocnění velmi dobrá (Milichovský, 2010).

Dle Fischera a Škody se jedinec s **kvadruparetickou** formou projevuje buď úplným ochrnutím všech čtyř končetin (kvadruplegie) či částečným ochrnutím (kvadruparéza). Autoři vysvětlují, že kvadruplegie vzniká přerušением míchy nebo rozsáhlým krvácením do mozku, ke kterému dochází při různých úrazech (např. při dopravních nehodách či nebezpečných sportech) (Fischer, Škoda, 2008).

Milichovský uvedl, že nespastické formy se projevují sníženým svalovým tonusem. **Hypotonie** se pak dle autora typicky projevívá v perinatálním období, okolo 3 let se mění na formu spastickou či dyskinetickou. Prognóza není často dobrá z důvodu projevujících se poruch duševního vývoje. Tito lidé bývají často odkázáni na pomoc druhých (Milichovský, 2010). **Dyskinetická (extrapyramidová)** forma se dle autora Milichovského projevuje nadměrnými mimovolnými pohyby (atetózou, které jedinec nemůže ovládat vůlí. Intelekt bývá často neporušen (Milichovský, 2010).

Pipeková et al. říká, že následkem DMO je omezení hybnosti, ale k DMO se často přidružuje další smyslové či mentální postižení. Pipeková et al. podotkla, že charakteristickým znakem DMO je kromě motorického postižení porucha v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, neklid, poruchy duševního vývoje, poruchy chování, snížený intelekt či epileptické záchvaty (Pipeková, et al., 2010).

Vítková podotkla, že DMO se pojí se sníženým intelektem, poruchami duševního vývoje či poruchami chování. V různé míře se také kombinuje s epileptickými záchvaty (Vítková, 2006).

Fischer a Škoda (2008) také poukazují na obrny míchy, které jsou poměrně časté. **Míšní obrny** vznikají pak následkem poranění míchy, ke kterému dochází nejčastěji při sportovních úrazech, autonehodách či skocích do vody. Podle Fischera a Škody může vzniknout také vlivem různých onemocnění. Autoři dále popisují závažnost těchto obrn, která záleží na místě, kde byla mícha poraněna a jakým způsobem. Čím blíže k hlavě je mícha poškozena, tím závažnější jsou dopady pro daného jedince (Fischer, Škoda, 2008).

### **Myopatie**

Při tomto onemocnění dochází k úbytku svalových vláken příčně pruhovaného svalstva. Dle Fischera a Škody (2008) tento úbytek způsobí různé záněty, úrazy či intoxikace, či jsou na genetickém podkladě. Tato vlákna jsou posléze nahrazována vazivem či

tukovou tkání. Tito autoři uvedli, že více než polovina takto postižených trpí zároveň jedním z typů progresivní svalové dystrofie (Fischer, Škoda, 2008).

Mezi vrozené vývojové vady patří i malforace. Jak uvádí Pipeková et al., k **malforacím** dochází v případech, že se nesprávně vyvine část těla. Podle Pipekové et al. se nejčastěji jedná o končetinu (Pipeková et al., 2010).

### ***1.3.2 Získaná tělesná postižení***

#### **Traumatické obrny, deformace a amputace**

Velké množství tělesných postižení jsou způsobeny takovým úrazem, jenž poškodí mozek, míchu či periferní nervy. V případě porušení páteře označuje autor Maujean et al. za důležité, aby pacienti po úrazu krční páteře byly dostatečně informováni o svých možnostech ohledně léčby a rehabilitace. Tyto informace mají dle autora vliv na další vývoj jejich zdravotního stavu (Maujean et al., 2018). Seidl uvedl, že stupeň motorického postižení závisí na míře poškození lebky a mozku. Autor dále popisuje, jak v případě poškození mozku mluvíme v nejllehčím stupni o otřesu mozku (komoce). Ke kompresi dochází při stlačení mozku. Nejtěžším stupněm je pak kontuze, kdy je mozek zhmožděn (Seidl, 2008). V případě poškození mozku je podstatná rychlá zdravotnická pomoc. Autor Bartolo et al. přikládá význam včasné mobilizaci pacienta po poranění mozku, která napomáhá rozvoji kognitivních funkcí a celkovému uzdravení (Bartolo et al., 2017).

**Amputaci** definuje Kantor jako umělý proces, při němž dochází k odnětí části orgánu či dokonce celé končetiny (Kantor, 2013). Dle Renotírové (2002) představuje amputace krajní řešení, jelikož je pro jedince velkým zásahem do jeho života. K tomuto zákroku dochází, zhoršuje-li postižená končetina kvalitu života jedince či ho dokonce ohrožuje na životě. Příčinou amputace mohou být úrazy, zhoubné nádory na končetinách či cévní onemocnění (Renotírová, 2002).

**Deformace** představují dle Pipekové et al. širokou skupinu postižení, které vznikají v důsledku nežádoucí změny tvaru některé části organismu. Pipeková et al. charakterizuje typické deformace páteře, ke kterým dochází v důsledku nesprávného držení těla. Vážné případy deformit páteře často trápí jedince dlouhodobě. Jednou z nejčastějších deformací je skolióza, která je buď vrozená nebo získaná jako následek



špatného růstu páteře. Dalším chybným zakřivením páteře je kyfóza či lordóza (Pipeková et al., 2010).

### **Roztroušená skleróza**

K roztroušené skleróze dochází dle Milichovského (2010) v případě, kdy se lidský organismus brání tak, že napadá vlastní tkáň centrální nervové soustavy. Milichovský z tohoto důvodu onemocnění označuje jako autoimunitní. Milichovský uvedl, že imunitní systém ničí obal, jenž kryje nervovou dráhu, která vede impulzy do svalů a některých orgánů. Důsledkem tohoto onemocnění nedojde ke správnému přesunu nervových vzruchů. Projevy této nemoci se dle Milichovského odvíjí podle části mozku nebo míchy, kde došlo k poškození (Milichovský, 2010). Dle autora Kantora mají osoby s roztroušenou sklerózou problémy se stabilitou při chůzi, mají obtíže se vyjadřovat, jsou svalově ochablé a často unavené. Autor popisuje, že nemoc se projevuje záchvaty, při kterých dochází k dalšímu poškození nervových tkání a schopnost jejich obnovy klesá (Kantor, 2013).

### **Postižení po centrální mozkové příhodě**

Cévní mozková příhoda, někdy označována jako iktus či mozková mrtvice, je jednou z nejčastějších příčin smrti. Dle autora Kantora se jedná o náhlé postižení tkáň mozku vznikající při nedostatku prokrvení (Kantor, 2013). Autor Seidl dělí cévní mozkovou příhodu podle vzniku na ischemickou a hemoragickou. Seidl upozorňuje, že v obou případech je zásadní včasná záchranná pomoc. Autor pokračuje, následná péče probíhá formou rehabilitace, logopedie či lázeňských pobyků. Podle Seidla prognóza tohoto postižení závisí na skutečnosti, v jaké míře je poškozena mozková tkáň (Seidl, 2008).

## **2. Kvalita života**

### ***2.1 Pojem kvalita života***

Kvalita života je stále aktuální téma, kterým se zabývá mnoho odborníků. Ovšem definice, kterou by podporoval každý z nich, nám stále není jasná. Na kvalitu života lze totiž nahlížet z mnoha úhlů pohledů. Tuto oblast zkoumá mnoho odborníků z medicíny, filosofie, sociologie, psychologie a dalších.

Dle Ludíkové et al. sahají počátky zájmu o kvalitu života až do období starého Řecka a Říma. Samotný pojem kvalita života začínali lidé zmiňovat ve 30. letech 20. století (Ludíková et al., 2015).

Ovšem Payne et al. uvádí, že první užití slovního spojení „kvalita života“ se datuje do 70. let 20. století, kdy ho uvedl politik Willy Brandt. Payne et al. pokračoval, že posléze se začal užívat v sociologii ve spojitosti s výzkumem, který měl zmapovat dopady společenských změn na život člověka (Payne et al., 2005).

Dle Payneho et al. ve 20. století tento termín užívali lidé především ve spojení s materiální a ekonomickou stránkou. Payne et al. uvedl, že později byl tento termín spojován s politickým rozměrem. V USA se společenská prosperita měřila na základě toho, jak dobře společnost žila v daných podmínkách. Payne et al. současně zmínil, že společenské blaho se posléze ukazovalo jako nevhodné měřítko, a to z důvodu, že společnost prosazovala stále vyšší požadavky (Payne et al., 2005).

Tento názor se objevil i v publikaci Mareše et al. Autor uvádí, jak prezident Johnson zdůraznil, že nelze posuzovat finanční stav občanů jako ukazatel kvality života. Tím může být pouze skutečnost, jakou kvalitu sama společnost pociťuje (Mareš et al., 2008).

Důležitý poznatek uvádí Ludíková et al., která poukazuje na koncept „společnosti hojnosti“, jenž začínal být nahrazován termínem „kvalita života“ (Ludíková et al., 2015).

Evropské země se s tímto opětovným termínem obeznámila zásluhou švýcarské organizace, která dbala na to, aby se zvyšovala životní úroveň lidstva a tím vedla k humanizaci světa (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Jak uvedl Payne et al., v současné době je třeba kvalitu života vnímat v multidimenzionálním rozměru. Závisí na působení mnoha různých okolností. Autor

uvedl, že závisí na faktorech ekonomických, psychických, sociálních, zdravotních a environmentálních (Payne et al., 2005). Ovšem odborníci se stále neshodují na definici, kterou by mohli všichni akceptovat. Mnoho odborníků se odvolává na slova svých kolegů, tudíž nám ohnisko problému zůstává poměrně určené. Můžeme říci, že kvalita života se vyznačuje interakcí několika rozmanitých faktorů, které ovlivňují jedince, ale i celou společnost.

Heřmanová v současné době definuje kvalitu života jako odraz vnějších a vnitřních podmínek, které působí na jedince ve spojení s jeho osobitým přístupem k životu, schopností vnímání a hodnocení kvality (Heřmanová, 2012).

O faktorech, jenž ovlivňují životní kvalitu se zmiňuje Pipeková et al. (2010) Autorka formuluje první vymezení od W. Forrester, do něhož spadá dostatek potravy, množství přírůstku obyvatel, míra znečištění environmentálního prostředí a v neposlední řadě finanční situace. Pipeková et al. také uvádí, že tomuto rozdělení dodalo širší rozměr usnesení, kdy OSN vytvořila koncept faktorů tzv. „podmínek života“ (Pipeková et al., 2010). OSN do tohoto konceptu zahrнула i vzdělání a posléze možnost pracovního uplatnění, což lze považovat za důležitou myšlenku.

Pipeková et al. ve své publikaci tvrdí, že WHO formuluje hodnotu života jako odraz toho, jak jedinec vnímá svou pozici ve společnosti a životě s ohledem na jeho kulturu, očekávání a také pocity (Pipeková et al., 2010).

Současná doba si žádá především hledání aspektů, které by vedly ke spokojenému a šťastnému životu a tím zlepšovaly kvalitu života společnosti. K tomu je třeba se zamyslet, ve kterých oblastech lze kvalitu života zkoumat.

Křivohlavý (2002) uvedl, že dle Engela a Bergsmána rozlišujeme oblasti kvality života na:

- makro-úroveň – jedná se o kvalitu života v rovině společnosti (země, komunity)
- mezo-úroveň – tato rovina vystihuje malé sociální skupiny (např. ve škole, v rodině)
- personální úroveň – zdůrazňuje postavení samotného jedince (posuzujeme zdravotní stav i osobní pocity)
- fyzická existence – tělesnost (Křivohlavý, 2002)

## 2.2 Měření kvality života

V současné době existuje mnoho způsobů, jak změřit kvalitu života, ale tyto možnosti nelze považovat za stoprocentní. Metody, jimiž měříme kvalitu života nám nedokáží přesně zhodnotit kvalitu života. I přesto, že je těžké hodnotit, jakou kvalitu má život někoho jiného, existují určitá kritéria, dle kterých to můžeme určit. Na některá z těchto kritérií se teď podíváme.

Vaďurová a Mühlpachr (2005) uvádí, že pro potřebu měření kvality života určila Světová zdravotnická organizace (WHO) několik oblastí vystihující rozměr lidského života. Jednotlivé oblasti nepohlíží na odlišnosti jako je věk, pohlaví či postižení. Těmito oblastmi dle Vaďurové a Mühlpachra jsou:

- *Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atd.*
- *Psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.*
- *Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.*
- *Prostředí – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) atp.* (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 39)

Podle Pipekové et al. faktory neboli indikátory a prostředky měření nejsou stále jednoznačně určeny, ale odborníci se shodují, že jejich významnost závisí na účelu, pro který měření provádíme. Měření se tak může provádět formou nejrůznějších dotazníků či rozhovorů (Pipeková et al., 2010).

Heřmanová ve své publikaci přichází s myšlenkou, která zdůrazňuje pohled na kvalitu života jako na prvek, jenž je ovlivněn nejen jedincem, ale i celou společností. Přichází tak na řadu otázka, na kolik se jedná o vlastní přístup jednotlivce, či jak je ovlivněn jeho pohled na tuto problematiku společností (Heřmanová, 2012).

S tímto názorem se shoduje Mareš et al., který popisuje, že v měření hraje zásadní roli subjektivní přístup k významu termínu kvalita života. Dle autora do role vstupuje

především rozdílné vnímání jednotlivých respondentů ve vztahu k významu života, kdy je důležité zmínit, že názor jednotlivce se neustále vyvíjí (Mareš et al., 2008).

Autorka Heřmanová dále zohledňuje, že závisí na konkrétním jedinci a jeho hodnotách, které si stanoví i s ohledem na očekávání společnosti (Heřmanová, 2012).

Mareš et al. v publikaci vylíčil nástroj Quality of Life Appraisal Profile (QOLAP), formou tohoto nástroje můžeme měřit kvalitu života v několika časových intervalech a zmapovat tak veškeré převraty. Autor Mareš et al. ale také zmiňuje, že pomocí tohoto nástroje odhalíme i současný postoj respondenta k životní spokojenosti (Mareš et al., 2008). Můžeme tedy tento nástroj označit za velmi všestranný nástroj měření kvality života.

Nástroj QOLAP se dle Mareše et al. (2008) provádí v sedmi fázích, kdy je v každém úseku předmětem zkoumání jiný faktor prozrazující kvalitu života a dle toho je zvolena úloha, kterou respondent plní. Tento systém je založen především na vlastních pocitech, porozumění a zkušenostech respondenta (Mareš et al., 2008).

### ***2.3 Dimenze kvality života***

Při hodnocení kvality života, jak uvedla Ludíková et al., můžeme nahlížet ze dvou rozměrů, kterými posuzujeme celkovou kvalitu. Tyto dimenze definuje autorka jako objektivní a subjektivní (Ludíková et al., 2015). Dle Gurkové je kvalita života posuzována především spokojeností jedince se stavem různým životních oblastí (Gurková, 2011).

Dle Mareše et al. lze na pojetí kvality života nahlížet ze tří směrů. Jedná se o ukazatel objektivní, který zahrnuje životní podmínky celé společnosti. Druhý ukazatel je subjektivní, což zdůrazňuje samotného jedince a posledním směrem lze označit kombinaci obou již určených (Mareš et al., 2008).

Autorka Pipeková et al. ve své publikaci zohledňuje i činitele, které mají dle některých odborníků vliv na kvalitu života. Tyto činitele definovala autorka jako vnitřní činitele, tedy okolnosti vycházející z jedince samotného. Druhými činiteli jsou dle Pipekové et al. činitele vnější, za které se dají považovat faktory ovlivňující jeho existenci (Pipeková et al., 2010).

Ludíková et al. popisuje 90. léta 20. století jako období, kdy se společnost začala zaměřovat spíše na subjektivní rovinu kvality života a tím tedy na psychologické aspekty ovlivňující život jedince (Ludíková et al., 2015).

Vaďurová a Mühlpachr považují spolu s nynějšími odborníky za zásadní, a tedy i určující ukazatel hodnoty života spíše rovinu subjektivní, která má značný vliv na vnímání kvality života (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Dle autorky Heřmanové (2012) se odborníci stále pokouší odhalit příznačná měřítka, která by nám změřila subjektivní pocity štěstí a spokojenosti. Tato autorka popisuje výzkum, který se zabývá celkovou spokojeností jedince, posléze se zaměřuje na jednotlivé životní oblasti, jakými je postavení jedince v rodině, ve společnosti, jeho pracovní naplnění atd. Jako poslední oblast výzkumu zohledňuje autorka faktory mající zásadní vliv na vytváření subjektivních pocitů spokojeného života jedince (Heřmanová, 2012).

Heřmanová podotýká skutečnost, že lidé si v rámci svých sociálních interakcí vyměňují samozřejmě i názory a stanoviska k životu, ať už se jedná o pozitivní či negativní, což má průkazně i vliv na jejich přístup ke vnímání životní spokojenosti (Heřmanová, 2012). Člověk také z psychického hlediska dozrává a získává zkušenosti, které poté ovlivňují jeho další vývoj a postoj k životu.

#### ***2.4 Kvalita života s tělesným postižením***

Pojem kvalita života je všeobecně známým termínem, mnohdy se užívá jako běžná fráze, ovšem není vůbec jednoduché určit, jakou kvalitu života člověk má. O to větší problém je posuzovat kvalitu jedince s postižením.

Mnoho odborníků poukazuje na důležitost zdraví, které zaujímá dle společnosti jedno z nejdůležitějších míst v žebříčku faktorů ovlivňujících kvalitu života.

Dle Heřmanové WHO definuje zdraví jako *stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody* (Heřmanová, 2012, s. 63).

Mnohdy odborníci považují za obtížné definovat pojem zdraví uspokojujícím způsobem, a tak se raději odvolávají na definici nemoci. Pokud netrpí jedinec žádnou nemocí, je zdravý.

Populace považuje zdraví za jeden z nejpodstatnějších faktorů spokojeného života. Zdraví je dle Heřmanové vnímáno jako životní priorita umožňující jedinci prožít plnohodnotný život (Heřmanová, 2012).

Ludíková et al. (2014) považuje za hlavní předměty posuzování kvality života jedinců s tělesným postižením sociální, psychické a tělesné potřeby. Dále autorka poukazuje na pyramidu potřeb, kterou jako první sestavil Abraham Maslow. Pyramida se skládá z fyziologických potřeb, potřeb bezpečí, sounáležitosti, ocenění a v neposlední řadě se uvádí seberealizace. Odborníci z oboru psychologie Atkinson a Atkinsonová obohatili tyto potřeby o kognitivní a estetické (Ludíková et al., 2014).

Heřmanová (2012) vedle Ludíkové et al. tvrdí, že kvalita života závisí i na hodnotách, které jedinec vyznává. Autorka poukazuje v tématice kvality života na výstižnou strukturu lidských hodnot dle Shaloma Schwartze. Tato struktura dle autorky není hierarchicky řazena, ale tvoří celek deseti určujících hodnot a pod ně spadá několik dalších položek. Deset základních hodnot motivující jedince autorka spojuje do čtyř typů, které považuje za možnost jedinci vyznávat určitý hodnotový typ. Dále je autorka spojuje do čtyř typů v závislosti na jejich přesvědčení a postavení k hodnotám, což ovlivňuje jejich vlastní prožívání života (Heřmanová, 2012).

### **3. Péče o jedince s tělesným postižením**

#### ***3.1 Pojem koordinovaná rehabilitace***

Speciálně pedagogické metody, jimiž se snaží odborníci zmírnit či odstranit následky zdravotního postižení uvádí Fischer a Škoda, kteří mezi tyto metody řadí kompenzaci, reedukaci, prevenci, speciální výchovu a vzdělávání a v neposlední řadě rehabilitaci (Fischer, Škoda, 2008).

Mezi prostředky patří dle Jakobové pedagogické péče pedagogická diagnostika, edukace, reedukace, kompenzace, stimulace (Jakobová, 2011).

Rehabilitaci pak Fischer a Škoda vysvětlují jako soubor všech procesů, jenž napomohou jedinci s postižením nalézt akceptovatelné místo ve společnosti a dospět k uplatnění sama sebe. Autoři Fischer a Škoda poukazují na pojem komprehenzivní rehabilitace, který nesmíme opomenout, neboť rehabilitaci považujeme za proces, jenž si žádá propojení veškerých oborů. Dále pak autoři zohledňují okruh prostředků, které v rámci rehabilitace kooperují (Fischer, Škoda, 2008).

V případě péče o tělesné postižené je třeba se zaměřit především na ucelenou neboli koordinovanou rehabilitaci. Tento termín se využívá pro označení veškerých služeb, kterých by se jedinci mělo dostávat. Dle Jankovského se pomocí tohoto tzv. „systému v kruhu“ odborníci snaží naplnit potřeby jedince s postižením, a tím tedy dospět ke zlepšení jeho kvality života (Jankovský, 2006).

Komplexní péči lze zahájit až se stanovenou diagnózou, dle které se pak odborníci soustředí na rozvoj daného jedince. Autor Zikl považuje za podstatnou spolupráci veškerých odborníků (Zikl, 2011).

Pfeiffer et al. tuto myšlenku nezpochybňuje, ovšem tvrdí, že v případě, kdy se na jedince s postižením díváme především skrz jeho diagnózu, opomíjíme další okolnosti, které z postižení vychází. Dle tohoto autora je důležité vnímat nejen diagnózu, ale i realitu, kde se vyskytuje více důležitých pohledů, které nemůžeme zanedbat (Pfeiffer et al., 2014).

K myšlence komplexní rehabilitace dle Neubauerové et al. přistupujeme ve chvíli, kdy je jasné, že oslabení či postižení nelze řešit běžnými lékařskými metodami, či je patrné,



že se jedná o stav dlouhodobý a samotná zdravotnická léčba by dále nebyla účelná (Neubauerová et al., 2012).

Pfeiffer et al. (2014) popisuje důležitost inkluze, kterou vnímá jako vyšší formu integrace. Autor také podotýká, že v procesu inkluze se jeví jako podstatný postoj společnost, jakožto určující pro úspěšnost inkluze. Inkluzi autor vnímá jako úkol, jenž by každý člověk měl považovat za patřičný způsob, jak pomoci začleňování jedincům s postižením do společnosti (Pfeiffer et al., 2014).

Původní termín pro označení ucelené rehabilitace pochází z anglického jazyka a klade důraz na jednotnost a globální pohled na člověka, nejen z fyzické stránky (Bendová, 2015).

Dle autora Zikla byl termín rehabilitace přejat z USA, kde se nejprve rehabilitace objevila jako náprava a pomoc zraněným během válčení (Zikl, 2011).

Zikl také uvádí, že nejen pojmem, ale i smyslem a realizací celkové rehabilitace se zabývali už odborníci v době před rokem 1989 jako například profesor Sovák či Kábele (Zikl, 2011).

Neubauerová et al. popisuje, že se pro tento pojem nejprve užívalo označení „návrtná péče“, která měla pomocí léčebných metod přispět ke zlepšení či úplnému napravení postižené funkce. Zároveň autorka vysvětluje pojem rehabilitace jako stav, kdy dojde k eliminaci všech dopadů postižení, které uváděly daného jedince do nepříznivé životní situace (Neubauerová et al., 2012).

Rehabilitace probíhá krátkodobě či dlouhodobě a týká se jak jedinců se získaným postižením, tak i s vrozeným (Pfeiffer et al., 2014).

Jakobová sděluje, že rehabilitace si klade za úkol předejít původu postižení. V případě, že postižení vznikne, je hlavní zmírnit jeho následky především pomocí pracovní rehabilitace, která jedince lépe začlení do společnosti (Jakobová, 2011).

Neubauerová et al. současně podotýká, že po určitých úrazech porušené činnosti nelze obnovit, tudíž je zapotřebí zasáhnout formou náhrady a podstatné také je, zabránit dalšímu zhoršování stavu jedince s tělesným postižením (Neubauerová et al., 2012).

### **3.2 Struktura koordinované rehabilitace**

Pfeiffer et al. klade důraz na důležitost funkce rodičů tvořící neopomenutelnou součást při koordinované rehabilitaci především u dětí a dospívajících se zdravotním znevýhodněním (Pfeiffer et al., 2014).

Podpora, jenž by mohla harmonicky fungovat Pfeiffer et al. představuje jako tzv. „kruhovou podporu“ a klade si za cíl všestrannou komunikaci a spolupráci zúčastněných (Pfeiffer et al., 2014).

Bendová zdůrazňuje důležitost spolupráce všech odborníků, kteří se podílí na péči, kterou by měl klient dostávat po celý svůj život (Bendová, 2015).

Pfeiffer et al. (2014) také zdůrazňuje psychologické hledisko, kdy je třeba se zamyslet nad osobností a jejími rysy, abychom pochopili význam ucelené rehabilitace. Pouze z hlediska tělesnosti bychom nemohli dosáhnout efektivních výsledků komplexní péče. Do koordinované rehabilitace spadá dle autora sociální sféra, odborníci ze zdravotnictví a léčebné terapie, psycholog a v neposlední řadě speciální pedagog. Autor poukazuje, že podstatným a nejdůležitějším členem týmu a zároveň předmětem je klient (Pfeiffer et al., 2014).

Jak uvádí Pfeiffer et al., v rámci rehabilitace hovoříme o prostředcích sociálních, pedagogických, léčebných a pracovních (Pfeiffer et al., 2014).

Zikl zohledňuje v komplexní rehabilitaci i další hlediska, která souvisí se čtyřmi základními, ale v tomto dělení zahrnuté nejsou. Podle Zikla je třeba také zohlednit, jak jedinec tráví svůj volný čas, jeho ekonomickou a psychologickou stránku či legislativu (Zikl, 2011).

**Léčebné prostředky rehabilitace** spadají do oboru zdravotnictví, jsou realizována rehabilitačními centry (Neubauerová et al. 2012). Autoři Kantor a Jurkovičová popisují, že léčebná rehabilitace probíhá především v prostředí nemocnic a rehabilitačních ústavů (Kantor, Jurkovičová, 2013). Dle autorky Neubauerové et al. se zaměřuje na zlepšování hybnosti orgánu či postižené funkce formou různých cvičení odehrávajících se v nemocnicích či zařízeních zaměřujících se na výkon nápravných cvičení (Neubauerová et al., 2012).

Zikl (2011) podotýká, že léčebná rehabilitace je důležitým vodítkem pro práci učitele, asistenta pracovníka v sociální sféře. Jak Zikl píše, tyto pracovníci o daného jedince pečují a pomáhají mu. V případě nevědomosti by se pomáhající setkávali s úskalími, jež by mohly vhodné péči o klienta zabraňovat nebo ji znemožňovat (Zikl, 2011).

Zde se opět projevuje potřeba spolupráce a komunikace mezi všemi členy týmu podílejícími se na komplexní rehabilitaci.

Zikl také zmiňuje termín „handling“, prostřednictvím něhož se snaží pracovníci usnadnit klientovi pohyblivost, stimulovat ho, vést ke vhodnému držení těla, přijetí a převzetí žádoucích pohybů. Nejlepšího efektu lze dosáhnout pouze pokud s klientem takto pracujeme v průběhu celého dne (Zikl, 2011).

Zikl k léčebné rehabilitaci připisuje i podporu technickou, především z důvodu prolínání některých zdravotnických pomůcek ze sféry lékařské do technické a naopak. Technickou podporou se dle autora myslí bezbariérový přístup, technické pomůcky, pomůcky pro běžné hygienické či stravovací návyky a podobně (Zikl, 2011).

Do prostředků léčebné rehabilitace spadá mnoho terapií, jejichž zásluhou se jedinec s postižením dostává do úzkého styku s aktivitou či stimulem, který ho zajímá.

Pfeiffer et al. řadí do prostředků léčebné rehabilitace canisterapii využívající psa jako prostředníka při terapii, hippoterapii, ergoterapii, balneoterapii, léčebnou tělesnou výchovu a podobně (Pfeiffer et al., 2014).

Jakobová upozorňuje na balneoterapii, což je způsob léčení pomocí přírodních metod a vlivu zdravého prostředí. Tento způsob je dle autorky, v kombinaci s pobytem v lázeňském prostředí, pro klienta nejúčinnější a zaručuje pozitivní vliv na psychiku i předcházení možným onemocněním (Jakobová, 2011).

**Sociální sféra rehabilitace** je vnímána jako souhrn veškerých činností sociální péče ve vztahu k danému jedinci s postižením.

Neubauerová et al. považuje sociální podporu jako určující v souvislosti jedince s postižením a jeho mírou sebeobsluhy. Podle této autorky je cílem sociální podpory nabídka služeb, jež umožní jedinci s tělesným postižením schopnost být soběstačný a samostatný v co největším rozsahu. Dosažení těchto cílů je určující podmínkou pro další péči (Neubauerová et al., 2012).

Zikl prosazuje názor, dle kterého se sociální rehabilitací souvisí i ekonomický a legislativní pohled. Tento autor vysvětluje, jaké požadavky může jedinec či rodina mít, tedy jaké nároky může uplatnit v souladu se zákonem. Příkladem mohou být různé úlevy, příspěvky na péči, na kompenzační pomůcku (Zikl, 2011).

V případě, kdy osoba přijme své postižení a dokáže se začleňovat do běžného společenského života, předpokládá se jeho zapojení i v rámci pracovní rehabilitace (Neubauerová et al., 2012).

**Prostředky pracovní rehabilitace** jsou velmi důležitou součástí především lidí nacházejícími se ve zralém věku, kdy se zapojují do společného trhu práce.

Základním cílem pracovní rehabilitace je dle Neubauerové et al. (2012) nalezení vhodného pracovního místa pro osobu s postižením, jíž dosažení tohoto cíle komplikuje skutečnost jejího omezení v pohybových schopnostech. Určující je posléze podpora zabezpečující udržitelnost této pracovní pozice pro daného jedince (Neubauerová et al., 2012). Formou pomoci při hledání pracovního využití se pracovní rehabilitace snaží dospět ke zlepšení kvality života jedince s tělesným postižením. Autor Rivers et al. považuje zaměstnanost osob po úrazu jako jeden z podstatných činitelů pro zlepšení jejich stavu a duševní pohody (Rivers et al., 2018).

Zikl (2011) poměruje možnosti pracovní rehabilitace v zahraničí a u nás. Autor uvádí skutečnost potřeby rozvoje pracovního systému zapojením jedinců se zdravotním postižením z důvodu malého zastoupení škol připravujících osoby s postižením na pracovní pozice. Autor klade důraz na potřebu přípravy osob s postižením již od jejich vzdělávání na základní škole, což by mohlo přispět k lepším pracovním a profesním výsledkům těchto osob. Tento autor uvádí myšlenku zaměřit pozornost těchto osob na zlepšování dovedností ve sféře moderních technologií jakožto práce s počítačovými programy a podobně (Zikl, 2011).

**Pedagogická rehabilitace** je určujícím faktorem pro postavení dítěte s postižením ve vzdělávacím proudu. Dle autorky Neubauerové et al. se za hlavní cíle pedagogické rehabilitace považuje dosažení co nejvyššího vzdělání jedinců se zdravotním postižením. Pedagogická rehabilitace představuje jakousi přípravu pro profesní uplatnění jedince a hraje tedy podstatnou roli při získávání poznatků a dovedností pro budoucí povolání (Neubauerová et al., 2012).

### **3.3 Kompenzační pomůcky**

Podstatnou pomoc pro jedince s tělesným postižením představují kompenzační pomůcky. Bez kompenzační pomůcky by mnohdy život, pro některé, byl mnohem těžší a komplikovanější. V dnešní době již technologie velmi pokročila, a tak se i pomůcky pro osoby se zdravotním postižením vyrábí v mnoha provedeních.

Jak uvádí Zikl, tematikou kompenzačních pomůcek se zabývá mnoho odborníků, ať už z lékařství či školství. Pro člověka, který pracuje s osobou s tělesným postižením je důležité, aby dokázal kompenzační pomůcku ovládat natolik, aby pomůcka dopomáhala plnit veškeré potřeby daného jedince s postižením (Zikl, 2011). Proto je důležité dostatečné zdokonalování vědomostí, ale i dovedností k obsluze kompenzační pomůcky všech pečujících osob. Autor Vasudevan et al. říká, že porozumění překážkám, které mají osoby s tělesným postižením, může přispět i ke zvýšení kvality fyzických aktivit jedinců s pohybovým omezením (Vasudevan et al., 2015).

Jak uvádí Bendová, lidé s omezením v oblasti hybnosti mohou využít širokou škálu pomůcek. Autorka jmenuje různé pomůcky, ale zdůrazňuje i potřebu uzpůsobení bydlení jedince s tělesným postižením jeho požadavkům a pohodlí (Bendová, 2015).

Jak vysvětluje Zikl, existuje nepřehledné množství různých technických pomůcek. Autor považuje za důležité zmínit například vozík, polohovací a ortopedické pomůcky, dále pomůcky ulehčující všední činnosti, lokomoci ale i dorozumívání nebo volný čas (Zikl, 2011).

Bendová dělí pomůcky pro tělesně postižené dle záměru využití na pomůcky pro usnadnění pohybu, pomůcky pro běžné denní aktivity a poté na takové, které slouží ke zlepšení komunikace (Bendová, 2015).

Nejen v případě postižení jedince v oblasti dolních končetin je základní pomůckou invalidní vozík, který mu dopomáhá k pohybu. V současné době existuje mnoho typů invalidních vozíků, které můžeme rozdělit dle různých měřítek.

## **Praktická část**

### **4. Cíl práce a výzkumné otázky**

#### ***4.1 Cíl práce***

Bakalářská práce si klade za cíl zjistit a zmapovat faktory, jenž ovlivňují kvalitu života osob s tělesným postižením (dále osob s TP). Zjišťování faktorů probíhalo v pěti oblastech. Jednalo se o oblasti rodinného zázemí jedinců s TP, o jejich uplatnění na trhu práce a také o náplni jejich volného času. Oblastí zájmu byl také vnímaný postoj společnosti vůči jedincům s TP a vliv soběstačnosti na život jedinců s tělesným postižením. Bakalářská práce především prověřuje faktory, které mají vliv na kvalitu života s tělesným postižením.

#### ***4.2 Výzkumné otázky***

Hlavní výzkumná otázka: Jaké faktory ovlivňují kvalitu života osob s tělesným postižením?

Za účelem získání odpovědí na výzkumnou otázku bylo sestaveno pět dílčích výzkumných otázek zaměřujících se na důležité oblasti života:

- 1) Jaký vliv má tělesné postižení na osobní (rodinný) život jedince?
- 2) Jakým způsobem tráví jedinci s TP svůj volný čas?
- 3) Jaký vliv má tělesné postižení na uplatnění jedinců na trhu práce?
- 4) Jak ovlivňuje postoj společnosti jedince s TP?
- 5) Jak ovlivňuje kvalitu života míra soběstačnosti daného jedince?

#### ***4.3 Charakteristika výzkumného souboru***

Cílovou skupinou této bakalářské práce jsou osoby s tělesným postižením. Výzkumný soubor byl tvořen na základě kvótního výběru.

Výzkumný vzorek byl zúžen na jedince se získaným postižením trvajícím po dobu minimálně jednoho roku. Vyhledávala jsem informanty ve věku od 25 do 50 let. Navázala jsem kontakt s rehabilitačními centry, která mi doporučila, jaké klienty bych mohla pro svůj výzkum oslovit.

V bakalářské práci jsou pacienti neboli jedinci s tělesným postižením, záměrně nazýváni jako informanti. Pro účely zachování anonymity a ochrany dat byl

informantům předložen informovaný souhlas. Před podepsáním souhlasu byl každému informantovi vysvětlen způsob jeho účasti ve výzkumu a zaručen respekt k němu samotnému.

#### ***4.4 Charakteristika místa šetření***

Převážná část výzkumu byla realizována v Rehabilitačním ústavu Kladruby (dále jen RÚ). Tento ústav se specializuje na poskytování souhrnné péče lidem po úrazech a operačních zákrocích nervové a pohybové soustavy. RÚ Kladruby se nachází ve Středočeském kraji v okrese Benešov a je určen pacientům ve věku 18 až 65 let. Součástí zařízení je i prodejna protetických pomůcek. Pacienti sem mohou docházet ambulantně nebo jsou zde na léčebném pobytu. Cílem tohoto léčebného ústavu je snaha pomáhat svým klientům v boji o zlepšení jejich zdravotního stavu. Rehabilitační ústav poskytuje služby pacientům ve snaze pomoci jim v cestě k navrácení do jejich běžného stylu života (REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY, © 2018).

Součástí rehabilitačního programu jsou procedury zahrnující různé terapie, fitness cvičení či cvičení v bazénu. Ústav disponuje nejmodernějším vybavením nejen v oblasti zdravotnictví, ale také nabízí pacientům velký výběr terapií s přístroji. Jedním z nejdůležitějších nácviků, kterým prochází každý pacient pobývajícím v RÚ Kladruby je léčebná výchova k soběstačnosti, ergoterapie a nácviky úchopů. Pacienti mají možnost skupinových cvičení, která jsou přizpůsobena dle zdravotního problému tak, aby poskytovala cílenou péči. Rehabilitační ústav je odborným pracovištěm, které také pořádá mnoho kulturních akcí, na kterých se bývalý i současní pacienti RÚ mohou setkávat. Heslo, kterým se RÚ Kladruby řídí je: „My pomáháme, vy bojujete!“ (REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY, © 2018).

Jeden z rozhovorů probíhal v regeneračním a rehabilitačním centru. Toto centrum napomáhá lidem s problémy pohybového ústrojí. Zařízení navštěvuje i řada klientů, kteří si chtějí dopřát odpočinek. Pro tyto účely nabízí centrum relaxační a regenerační programy, jako jsou různé masáže či vodoléčba. Centrum poskytuje jak masáže a terapie, tak i speciální individuální terapie.

Další z rozhovorů probíhal s osobním rodinným přítelem. Tento rozhovor byl samozřejmě také realizován v poklidném prostředí a opatřen informovaným souhlasem.

## 5. Metodika

### 5.1 Harmonogram výzkumu

V první části výzkumu se uskutečnila rešerše literatury a příprava ke zpracování teoretické části práce. V průběhu první fáze proběhla i přímá práce s literaturou a následné vypracování teoretické části. Současně bylo třeba vypracovat a podat žádost o výzkum v RÚ Kladruby. Ve druhé fázi, která započala měsícem lednem, bylo zapotřebí vypracovat metodickou část a připravit se na samotnou realizaci výzkumu. Vlastní výzkum byl zahájen v měsíci únoru. Rozhovory probíhaly v průběhu měsíce února, dle možností pracoviště a informantů. Zpracování výsledků šetření a úprava celkové struktury práce probíhalo posléze v poslední fázi, která se uskutečnila v měsících březnu a dubnu. Harmonogram zpracování bakalářské práce je krátce shrnut do následující tabulky číslo 1.

Tabulka 1: Časový harmonogram

Fáze	Období realizace	Pracovní činnost
1. fáze	září – říjen	rešerše literatury, sběr dat k teoretické části, vyhledávání informantů
	listopad - prosinec	práce s literaturou, vypracování teoretické části, žádost o výzkum
2. fáze	leden	zpracování metodiky
	únor	realizace výzkumu
3. fáze	březen – duben	interpretace dat, zpracování praktické části, závěrečná úprava práce

Zdroj: Vlastní výzkum

### 5.2 Popis metodiky

Pro získání co největšího množství informací o životě jedinců s tělesným postižením byl zvolen kvalitativní výzkum. Hendl označuje kvalitativní přístup jako jednu z nejčastějších metod výzkumu v sociálních vědách. Autor vysvětluje, že ve výzkumu si výzkumník kvalitativním způsobem stanoví výzkumné a specifické otázky, které si může během studie přizpůsobovat (Hendl, 2016). Dle Švaříčka et al. je pro kvalitativní přístup charakteristický velký přínos výzkumníka, který je důležitým faktorem v průběhu celého výzkumu (Švaříček et al., 2014).



Dle autora Hendla se kvalitativní výzkum opírá o podrobný rozbor veškerých informací, které by mohly obohatit zkoumanou problematiku (Hendl, 2016). Miovský připomíná, že kvalitativní výzkum je dlouhodobou prací, při níž se výzkumník stává součástí výzkumu a má vliv na jeho průběh a vývoj (Miovský, 2006).

Osoby s tělesným postižením byly vybírány záměrně za předem určených podmínek. Byl zde využit kvótní výběr, který definuje autor Miovský jako metodu stanovení a dodržení kritéria pro výběr výzkumného vzorku (Miovský, 2006). Pro začátek je třeba si určit počet a měřítko pro výběr informantů. Miovský hovoří dále o faktoru, zda se oslovený jedinec chce do výzkumu zapojit a splňuje zvolená kritéria. Kritéria podle autora obsahují vlastnosti, které by jedinec, vhodný pro výzkum, měl splňovat (Miovský, 2006).

Sběr dat probíhal na základě polostrukturovaných rozhovorů (interview) a studií případových studií. Tyto metody byly vybrány, jelikož se zdály být nejvhodnějším způsobem, jak se přiblížit životu jedinců s tělesným postižením. Autor Švaříček et al. pokládá případovou studii za jeden z nejužívanějších zdrojů dat v kvalitativním výzkumu (Švaříček et al., 2014). Dle Hendla se jedná o podrobné zkoumání daného vzorku z pohledu odborníků. Na základě myšlenky Hendla případová studie napomůže k tvorbě celostního obrazu o situaci určitého jedince (Hendl, 2016). Pro výzkum daného tématu bylo za potřebí nahlédnout především do lékařských, rodinných a osobních anamnéz.

Miovský považuje polostrukturovaný rozhovor za jeden z nejpoužívanějších rozhovorů v kvalitativním výzkumu. Dle tohoto autora si výzkumník dopředu připraví oblasti otázek, které bude klást. Autor vyzdvihuje výhodu, a to, že se výzkumník v průběhu rozhovoru může doptávat a prohlubovat tak zkoumanou problematiku (Miovský, 2006). Autor Hendl poukazuje na skutečnost, že pořadí otázek určuje výzkumník sám s ohledem na průběh rozhovoru. Autor říká, že záleží na výzkumníkovi, jak si rozhovor uzpůsobí, zároveň však musí obsáhnout zkoumané okruhy a držet se tak podstaty rozhovoru (Hendl, 2016). Miovský dále zmiňuje, že součástí takto vedeného rozhovoru je i možnost objasnění či zdůvodnění odpovědi informanta (Miovský, 2006). V průběhu rozhovoru si klademe za cíl nalézt odpovědi na stanovený cíl a výzkumné otázky. Pro sběr dat byl v této práci využit polostrukturovaný rozhovor z důvodu hlubšího poznání oblasti zkoumání, nežli by bylo v rozhovoru strukturovaném. Rozhovor s informanty

byl vždy zahájen podepsáním informovaného souhlasu a objasněním způsobu průběhu rozhovoru. Informovaný souhlas je k nahlédnutí v příloze číslo 2. Informant prováděl rozhovor zcela dobrovolně a mohl kdykoli odstoupit. Důraz byl kladen na individuální přístup k jednotlivcům s ohledem na jejich pohybové omezení.

Rozhovor byl pro účely důkladnějšího zaznamenávání a lepšího zpracování, se souhlasem informanta, nahráván na diktafon. Rozhovory trvaly zhruba 30-45 minut. Konstrukce rozhovoru vznikala na základě pěti dílčích výzkumných otázek. Pro účely této práce byl rozhovor rozdělen do pěti okruhů, které zkoumaly kvalitu života. Tímto odkazují na přílohu číslo 1, kde příkládám okruhy otázek, dle kterých jsem se řídila při rozhovorech s informanty.

Analýza dat byla realizována na principu otevřeného kódování. Získaná data bylo třeba zaznamenat do psané podoby a posléze rozdělit odpovědi informantů do stanovených oblastí. Hendl tento proces nazývá transkripcí (Hendl, 2016). Miovský dělí proces kódování na několik kroků, kterými je možné tvořit novou soustavu poznatků na danou věc (Miovský, 2006). Po utřídění obsahu dle okruhů a potřeby je možné začít otevřené kódování, které je postupem vyhledávání a porovnávání významných útvarů v textu. Autor Hendl vysvětluje, že výzkumník jedná tak, aby z kódů tvořil kategorie, tedy sjednotil koncepty do nadřazených skupin (Hendl, 2016). Miovský definuje jako další fázi kódování axiální, při němž dochází znovu k utřídění informací v souvislosti s kategoriemi. Mezi poslední fáze pak autor Miovský zařazuje selektivní kódování a posléze tvorbu matic, které zobrazují výsledky. K selektivnímu kódování dochází proto, aby výzkumník porovnával a spojoval vzniklé kategorie (Miovský, 2006). Pro zobrazení výsledků a lepší orientaci v nich byla data zpracována do přehledových tabulek. Každá z oblastí (zohledněná v tabulce) byla posléze podrobně rozebrána.

## 6. Interpretace dat

Cílová skupina byla vybírána na základě kvótního výběru. Pro uchování přehlednosti práce jsou osoby s tělesným postižením dále označovány jako informanti. Stanoveným výběrem byli zaručeni informanti, kteří mají nejméně jeden rok získané postižení a jejich věk je 25 až 50 let. Pro účely výzkumu jsem nakonec z oslovených informantů získala osm, kteří mi byli ochotni pomoci s realizací mé praktické části bakalářské práce. Tímto odkazuji na tabulku číslo 2, kde jsou souhrnně uvedena důležitá fakta o informantech.

Tabulka 2: Charakteristika informantů

Informanti	Pohlaví	Věk	Typ tělesného postižení (dále TP)	Doba trvání (TP)
I 1	žena	50 let	Po luxaci ramenního kloubu	rok a půl
I 2	žena	38 let	Amputace dolní končetiny	10 let
I 3	muž	39 let	Paraplegie (dolních končetin)	5 let
I 4	muž	32 let	Kvadruparéza přecházející v hemiparézu	4 roky
I 5	muž	27 let	Hemiparéza, Scheuerman hrudní páteře	2 roky
I 6	muž	32 let	Triparéza (dolních končetin a pravé horní končetiny)	24 let
I 7	muž	31 let	Kvadruplegie	8 let
I 8	žena	45 let	Triparéza (dolních končetin a levé horní končetiny)	9 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Zpracování výsledků probíhalo na základě otevřeného kódování. Pro zobrazení výsledků byly využity textové tabulky. Každá z oblastí (zohledněných v tabulce) byla posléze podrobně rozebrána. Roztřídění dat proběhlo dle dílčích výzkumných otázek do pěti oblastí. Dle rozhovorů s informanty obsahuje každá tabulka kategorie a kódy vytvořené dle odpovědí informantů. Výsledky každé oblasti byly podrobně rozebrány pod přehlednou textovou tabulkou. Souhrnnými tabulkami jsou tabulky 3 až 8.

## Oblast RODINA

Dílčí výzkumná otázka: Jaký vliv má tělesné postižení na osobní (rodinný) život jedince?

Tabulka 3: Oblast RODINA

Informanti	Rodinný stav	Rodinné zázemí	Změna vztahů	Zapojují se	Největší pomoc
I 1	vdaná, 2 děti	podpora rodiny	nastala-strach	denně	psychická
I 2	svobodná, 1 dítě	opora hlavně po úrazu	nenastala, těžce to nesli	moc ne	psychická, dcera
I 3	svobodný	opora hlavně po úrazu	těžce to nesli	moc ne	doprava
I 4	svobodný	pochopení, pomoc, Kladruby	věřili, že to zvládne	moc ne	domácí práce, psychická
I 5	svobodný	podpora otce	nastala-strach	denně	psychická
I 6	ženatý	podpora matky na úkor sourozenců	nastala-strach	moc ne	psychická
I 7	svobodný	podpora matky	nastala-strach	denně	doprava
I 8	vdaná, 1 dítě	podpora manžela	těžce to nesli	denně	„s čímkoliv“

Zdroj: Vlastní výzkum

### RODINA: Otázka č. 1 Pověste mi o Vašich příbuzných. Jaké je Vaše rodinné zázemí?

Výzkumu byli ochotni se účastnit tři ženy a pět mužů. Všechny ženy měly alespoň jedno dítě a dvě z nich byly vdané, zatímco ze všech pěti mužů byl pouze jeden ženatý. Všichni informanti uvedli, že jim rodina byla velkou oporou. Někteří informanti tuto oporu vnímali hlavně těsně po úrazu, protože se nemohli spoustu věcí zařídit sami a museli se spolehnout na někoho blízkého. V případě informantů se často jednalo především o pomoc rodičů. Čtyři informanti jmenovali určitého člena rodiny, který jim, dle jejich pocitů, pomohl nejvíce. U informantky 8 se jednalo o manžela, u ostatních tří o jednoho z rodičů. Informant 6, který získal postižení v osmi letech, se svěřil, že jeho otec rodinu opustil, když byl informant v pubertálním věku. Od té doby byla veškerá péče na matce a další dva sourozenci museli tento fakt respektovat. Informant 6 se

v rané dospělosti od matky odstěhoval a má nyní vlastní rodinu. Informant 4: „*Já bych řekl, že Kladruby jsou pro mne druhý domov.*“ Tento informant se projevuje jako pozitivní člověk, který má rehabilitační ústav Kladruby opravdu ve svém srdci. Poznal zde nové přátele (i z personálu) a je s nimi stále v kontaktu.

### **RODINA: Otázka č. 2 Změnily se vztahy v rodině po úrazu?**

Dle výzkumu na tuto otázku odpověděli čtyři informanti kladně, s tím, že vysvětlili změnu. Změna dle jejich mínění nastala v přístupu rodiny k nim samotným. Označují jako důležitý faktor stupňující se strach, který začala rodina o jejich blízké mít. Informant 6 se kvůli strachu rodičů a rozdílným názorům odstěhoval daleko od rodičů. Tento informant vysvětlil: „*Začali o mě mít čím dál větší strach. Strach rodiny Vás v určitém věku brzdí, protože si chcete třeba udělat řidičák a žít větším adrenalinem.*“ S tímto názorem se neztotožnil informant 4, ten viděl v rodičích oporu, ale zároveň měl prostor, aby situaci zkusil zvládnout sám. Informantka 2 neviděla žádnou změnu ve vztazích, rodiče to nesli těžce, ale jejich vztahy to nijak neovlivnilo. Zatímco informantka 1 a informantka 8 se shodly na slabosti manžela, který to nesl velmi zle, ovšem nepřiznal to.

### **RODINA: Otázka č. 3 Zapojuje se rodina do Vašeho života?**

Výzkum ukázal, že téměř polovina informantů se s rodinnými příslušníky stýká denně. Do jejich života se zapojují ať už kvůli dopomoci k nějakým úkonům, či spolu sdílejí bydlení. Druhá polovina informantů se s rodinou příliš nestýká. Informant 4 řekl: „*Ano, ale chci být co nejvíce samostatný.*“ Sice bydlí s rodiči, ale preferuje samostatný způsob života, kdy se snaží být soběstačný. U tohoto informanta se projevuje snaha a životní energie. Snahu osamostatnit se projevili i čtyři informanti, kteří odpověděli, že se do jejich života rodina příliš nezapojuje.

### **RODINA: Otázka č. 4 V čem Vám nejvíce rodina pomáhá?**

Jak už bylo zjištěno v rámci výzkumu v první otázce, pro každého informanta je podstatnou podporou rodina. Pět informantů označilo jako největší podporu, kterou pociťují od rodiny, podporu psychickou. Informantka 2 při otázce ohledně rodiny označila jako psychickou oporu dceru. Jako největší podporu vnímal informant 7 dopomoc při přesunu, řekl: „*Nejvíce asi když se potřebuju dostat někam z bytu.*“ Pro informanta 5 byla rodina určující v době, kdy byl neustále hospitalizován v nemocnici

a jeho stav byl velmi vážný. Otec za ním v té době docházel denně, a to mu hodně pomáhalo. Informantka 8 shrnuje pomoc od rodinných příslušníků do fráze: „*S čímkoliv.*“

## Oblast VOLNÝ ČAS

Dílčí výzkumná otázka: Jakým způsobem tráví jedinci s TP svůj volný čas?

Tabulka 4: Oblast VOLNÝ ČAS

Informanti	Náplň volného času	Změna po úrazu	Kontakt s lidmi s TP	Spokojenost
I 1	sport, cestování	je opatrnější	Kladruby, akce	chce zvládnout více
I 2	přátelé, rodina, cestování	je opatrnější, pomoc druhého	nevyhledává, dopisování	pouze někdy chce zvládnout více
I 3	sport, přátelé	<i>„je dobrý se vrátit k tomu, co člověk dělal, když byl zdravý“</i> , ztráta zájmů	akce, přes organizace, motivací	<i>„ale já jsem celkem spokojen, dělám to, co můžu“</i>
I 4	sport	ztráta zájmů	Kladruby, akce	chce zvládnout více
I 5	PC, mazlíček, přátelé	<i>„ani mi nepřijde“</i>	akce, dopisování	chce zvládnout více
I 6	sport, PC, cestování	nevzpomíná si	akce, přes organizace a sport	má málo času
I 7	PC, hudba, filmy, cestování	pomoc druhého	Kladruby	někdy chce zvládnout více
I 8	rodina, cestování, mazlíček	ztráta zájmů	Kladruby, nevyhledává	nespokojena

Zdroj: Vlastní výzkum

### **VOLNÝ ČAS: Otázka č. 1 Jaké aktivity upřednostňujete ve svém volném čase a jak často je praktikujete?**

Při výzkumu byla kladena tato otázka pro objasnění, jakým způsobem jedinci s tělesným postižením v současné době tráví svůj volný čas. Důležitým poznatkem bylo také zjištění, jak jsou jedinci s náplní svého volného času spokojeni. Pro informantku 1 byla vždy představa volného času vyplněna sportem. Od úrazu zkusila i plavat, ovšem při této aktivitě využívala levou ruku, což dost dobře nešlo. Sport byl vášní i pro informanty 3,4 a 6. Tito muži sportovali pravidelně a na jejich postavách to bylo znatelné. Informant 4 poznamenal: *„Čerpám energii sportem, i tady v Kladrubech je to nabíjející, jak je tu hodně činností.“* Tento informant se celý život věnuje hokeji, který běžně praktikuje alespoň dvakrát týdně. Informant 3 posiloval hlavně horní část těla

a třikrát týdně plaval. Informanti 5,6 a 7 svůj volný čas vyplňovali činnostmi na osobním počítači, kdy se věnovali i různým hrám. Informant 7 nepovažoval sport za svou prioritu, a tudíž do něj nechtěl investovat ani finance ani energii. Namísto toho se rád věnoval PC nebo filmům. Častou součástí volného času informantů byl i čas trávený s mazlíčky. Důležitým zájmem je i cestování, které je samozřejmě díky pohybovým schopnostem poměrně omezené a informanti ho tudíž nemohou provozovat tak často. Informantky 2 a 8 uvedly, že hodně času trávily se svými dětmi.

### **VOLNÝ ČAS: Otázka č. 2 Změnily se po úrazu? Z jakého důvodu?**

Většina informantů zaznamenala změny v náplni volného času před a po úrazu. Informantka 1 odpověděla: „*Určitě změnily, hlavně jsem teď opatrnější.*“ Informantka 2 poukázala pouze na jednu změnu, jelikož před úrazem ráda bruslila, což zatím s pomůckou nezvládne. Informantka 2 také projevila mnohem větší opatrnost po úrazu v souvislosti s volným časem. Oproti tomu informant 4, velký sportovec, po úrazu vyzkoušel mnoho sportů, ale spoustu z nich nevydržel praktikovat dlouho. Tento muž mluví především o nesoučinnosti částí jeho těla při náročných aktivitách. Informant 3 zmínil, že ho vždy bavila četba knih, proto se vrátil k motivační literatuře, protože sport už nemohl tolik praktikovat. Informant 6 si z důvodu úrazu v raném věku nevybavil, jaká změna nastala. Jeho život se pak radikálně změnil a jeho celkový vývoj i rozvoj zájmů se ubíral jinou cestou, nežli by si jako mladý chlapec přál. Informant 7 promluvil: „*Ano, musím se řídit podle matky, abych se měl jak dostat ven z bytu.*“ Informantka 8 přišla o svou velkou vášeň, práci na zahradě.

### **VOLNÝ ČAS: Otázka č. 3 Stýkáte se s lidmi s TP? Máte společné aktivity?**

Výzkum ukázal, že čtyři z osmi informantů se setkali nebo i stále stýká s lidmi s TP přes rehabilitační ústav Kladruby. Jelikož tento ústav pořádá mnoho akcí, není problém navazovat různá přátelství právě skrz ně. Informantky 2 a 8 uváděly, že kontakt s lidmi s tělesným postižením vyloženě nevyhledávají, maximálně si dopisují. Informant 3 sdělil: „*s takovými lidmi se scházím rád, motivuje mě to, ale jen ti, kteří jsou pozitivní.*“ Informant v Kladrubech také narazil na myšlenku, že jsou i pacienti, kteří dokáží být vůči ostatním negativní, a dokonce jim závidí. Informant 4 již v prvním okruhu otázek uvedl, že se v rehabilitačním ústavu cítil jako doma, a tudíž se s pacienty i personálem často scházel. Takto se vyjádřili i informanti 1, 5 i 7, ti se s lidmi z rehabilitačního ústavu také stále potkávali. Informant 6, který se účastnil i paralympijských her, uvedl:



*„Potkávám více postižené než zdravé lidi, a to díky sportu či přes nějaké organizace. Je to pro mě snazší než v běžné společnosti.“ Zároveň dodává: „Ale nikdy jsem nerozlišoval, jestli je to postižený či zdravý člověk.“*

**VOLNÝ ČAS: Otázka č. 4 Jak jste spokojen se svou současnou náplní volného času? Chtěl byste realizovat jiné zájmy?**

Dle výzkumu se informanti shodli na nespokojenosti v náplni volného času. Pouze jeden z nich spokojen je, a to informant 3. Informantka 2 si do budoucna žádné nové zájmy neplánuje. Informant 6 si stěžoval pouze na nedostatek času, který mu chyběl k tomu, aby mohl více cestovat s rodinou. Informantka 1 doufala v lepší zítřky a upozornila, že současná situace je otravná. Nespokojenost s využitím volného času projevil i informant 4, ten by rád sportoval více. Zároveň byl ale tento muž vděčný, protože mohl stále hrát hokej. Závažný problém v náplni volného času viděl informant 5, nastínil problém při přesunu do bazénu. Problém v dopravě sledával i informant 7. Informantka 8 projevila velkou nespokojenost v tomto ohledu, jelikož jí úraz znemožnil její velkou radost, práci na zahradě. Po úrazu zvládla pouze některé činnosti v oblasti jejího zájmu. Do budoucna si přála, aby mohla nadále občas tvořit sezónní výzdobu pro své příbuzné.

## Oblast ZAMĚSTNÁNÍ

Dílčí výzkumná otázka: Jaký vliv má tělesné postižení na uplatnění jedinců na trhu práce?

Tabulka 5: Oblast ZAMĚSTNÁNÍ

Informanti	Zaměstnání/invalidní důchod	Vliv TP na zaměstnání	Jaký vliv	Pohled do budoucna
I 1	pracuje jako účetní	ovlivňuje, ji ne	změna pracovních schopností	spokojena v zaměstnání
I 2	přivýdělek, II. stupeň	„po fyzické stránce problém“	žádoucí manuální práce	nespokojená, snaha hledat
I 3	III. stupeň	ovlivňuje, ztráta iluzí	nepřipravenost prostředí, zneužívání	„koupím si auto a chci se vydat někam za prací“
I 4	přivýdělek, III. stupeň	ovlivňuje jak koho	ne/ochota pomoci	spokojen s přivýdělkem, snaha hledat
I 5	V. stupeň	záleží na oboru	změna pracovních schopností, manuální práce	snaha hledat
I 6	přivýdělek, III. stupeň	částečně ovlivňuje	vzdělání	spokojen v zaměstnání
I 7	V. stupeň	velký vliv	manuální práce, doprava	otevřen novým možnostem
I 8	přivýdělek, III. stupeň	velký vliv	doprava, změna pracovních schopností, vzdělání	nespokojena, snaha hledat

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumu se zúčastnili informanti, kteří pobírají invalidní důchod různého stupně. Ve čtyřech případech se jednalo o stupeň III. Ve dvou případech se jednalo o invalidní důchod V. stupeň a v jednom případě informantka uvedla, že pobírá invalidní důchod II. stupně. Informantka 1 nesdělila, že by invalidní důchod pobírala. V otázce zaměstnání mluvila o své dlouholeté pracovní pozici účetní. Informantka 2 vyhledávala pozice, kde je i drobná manuální práce, tudíž se nezdráhala ani pracovních míst, jako je pokladní. Bývalé povolání informanta 3 je zcela manuálně zaměřené, jedná se totiž o pozici

obráběče kovů. Tento informant, stejně jako informant 5 a 7, v době výzkumu, nikde zaměstnán nebyl. Informant 5 před úrazem pracoval u dopravního značení. Informant 7 vystřídal mnoho pozic, kde byla hlavní pracovní náplní manuální práce. Jednalo se o pozice svářeče, montážního dělníka či automechanika. Informant 4 docházel v době výzkumu do dvou zaměstnání, kde byl v obou případech zaměstnán na částečný úvazek. V původním zaměstnání si díky přátelskému vztahu s nadřízeným udržel pozici, i když jeho potřebám byla přizpůsobena náplň práce a prostředí. Informant 6 má jako jediný z výzkumného vzorku vysokoškolské vzdělání, a to v oboru ekonomie. Pracoval tedy v tomto oboru jako odborný poradce na částečný úvazek. Tento muž získával finance i prací na počítači, kterou ovládá. Informantka 8 získávala výdělek z občasných dekorací, které vytvořila a její přítelkyně je prodávala ve svém obchodě. V době před úrazem pracovala v květinářství, kde jí práce naplňovala a bavila.

### **ZAMĚSTNÁNÍ: Otázka č. 1 Myslíte si, že má TP vliv na Vaše uplatnění na trhu práce?**

Informantka 1 prohlásila: „*Myslím si, že hraje roli, jaké postižení dotyčný má. A také jaké má štěstí něco najít.*“ Ona sama se necítí na trhu práce omezena, v oboru účetnictví jí její postižení dovoluje najít pracovní pozici celkem bez problému. Informant 4 považoval manuální práci za ztíženou a uvedl, že nechce pracovat v kanceláři. S tímto se ztotožnila informantka 2, i ona potřebuje určitou manuální práci. Dle informantky je změněná fyzická stránka problémem, který se projeví v každém zaměstnání. S informanty 4 a 2 se shodl i informant 3 a 5. Informant 5 shledával rozdíl v typu hledané práce a míře omezení daného jedince. Podobný názor má i informant 6, který si myslel, že kdyby chtěl hledat nové zaměstnání, neměl by problém. Dokonce zmínil, že doba se v posledních letech změnila a zapojení osob se zdravotním postižením je již mnohem větší. Informanti 7 a 8 označili vliv veliký a nebyli s tím spokojeni.

### **ZAMĚSTNÁNÍ: Otázka č. 2 Popř. V čem spočívá tento vliv?**

Pro rozšíření první otázky byla informantům položena tato otázka, která by měla přimět informanta k zamyšlení se nad příčinou tohoto vlivu. Informantka 1 viděla tento vliv v manuální práci, která je na mnoha pozicích ze strany zaměstnavatelů požadována. Informantka 2 se s tímto názorem shodla. Informant 4 zmínil i vliv přátel a známých, pokud jsou schopni pomoci jedinci s tělesným postižením nalézt například pracovní pozici v jejich firmě. Informant 5 prohlásil: „*No ta změna pracovních schopností.*“

Informant 6 vyřkl jednu z nejzajímavějších myšlenek: „*Myslím, že vzdělaných postižených je hrozně málo.*“ Informant 7 viděl problém v manuální činnosti, která je požadována a také v dopravě. Informantka 8 se také přiklonila k dopravě, jelikož žije na vesnici.

### **ZAMĚSTNÁNÍ: Otázka č. 3 Jak si představujete Vaše uplatnění na trhu práce do budoucna?**

Tato otázka byla položena na základě spokojenosti a nespokojenosti informantů s jejich současným povoláním a pracovní pozicí. Šest z osmi informantů projevuje snahu hledat přivýdělký i v budoucnu. Informantka 1 je spokojena v současném zaměstnání a rozhodně neplánuje změnu pozice či oboru. S touto ženou se shoduje i informant 6. Velké přání o změnu k lepšímu v tomto směru projevili informant 5, je odhodlán se co nejdříve začlenit do pracovního trhu. Informant 7 otevřel téma dopravy, kdy hledá z důvodu financí zaměstnání co nejbližší. Téma dopravy zmínil i informant 3, ten ovšem přímo řekl: „*Koupím si auto a chci se vydat někam za prací.*“ Informant 4 byl spokojen se svými částečnými úvazky a zároveň stále hledá příležitosti. Informantka 2 se ve své podstatě shodla s informantkou 8, obě projevili snahu hledat zaměstnání ve společnosti lidí. Informantka 8 podotkla, že by ráda pracovala ve městě, například v květinářství, kde se již dříve uplatnila. Informantka 2 se již smířila s výdělkem formou práce z domova.

## Oblast SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ

Dílčí výzkumná otázka: Jak ovlivňuje společnost jedince s TP a jak on ji?

Tabulka 6: Oblast SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ

Informanti	Jak vidím chování společnosti	Okolí má vliv	Zapojení do společenského života	Podpora od okolí	Co mi pomáhá
I 1	jak kdo	chce se cítit plnohodnotně	úplně běžně	spíš žádnou	rodina, rehabilitace, odpočinek, medikace
I 2	lidé neví o TP, litují	zvykla si, nevnímá to	kam chce, tam jde	většina lidí pomůže	děti, rehabilitace
I 3	nevhodné chování	„prostředí vás formuje“	celkem běžně	přehnaná péče	sport, příroda
I 4	neví, jak se chovat	„je třeba si z toho umět udělat srandu“	celkem běžně	většina lidí pomůže	přátelé, sport, hudba
I 5	neví, jak se chovat	je mu to jedno	kam chce, tam jde	spíše žádnou	odpočinek
I 6	pozitivně, litují	zvykl si, nevnímá to	kam chce, tam jde	„upřímně, já jsem nikdy zdravý být nechtěl, snažil jsem se abych nebyl závislej“	lidé s TP, rodina
I 7	„lidé jsou různí, ale dá se to vyčíst z toho pohledu, jak se na vás dívá“	nepřipouští si to	spíše žádné	většina lidí pomůže	lidé s TP, rodina, rehabilitace
I 8	nevhodné chování	„připadám si neustále pod dohledem“	příliš ne	spíš žádnou	zájem, přátelé

Zdroj: Vlastní výzkum

### SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ: Otázka č. 1 Jak vnímáte postoj společnosti vůči Vám?

Informantka 1 na tuto otázku odpověděla: „Někdo bere své postižení jako přednost, ale já si myslím, že není potřeba, aby to ten svět viděl.“ Informantka doplnila, že tím

nemyslela, aby se za své postižení dotyčný styděl. Prosazovala názor, že člověk, který má možnost se ve společnosti cítit zdravě, by toho měl využít. Informantka o sobě prohlásila, že jí vyhovuje, že ostatní lidé neví o jejím omezení. Vyprávěla také, že už potkala lidi s postižením, kteří byli zlí či dokonce záviděli jinému člověku s postižením. Informantka zastávala názor, že žádný postižený nemá zájem o lítost a mnohdy ji dokonce nesnese. S tímto názorem se střetla i informantka 8 a 2. Informantka 2 považovala za největší změnu v oblasti vnímání sebe samotné a okolních pohledů, právě setkání s lidmi s TP v rehabilitačním ústavu. Lidé, kteří zde rehabilitují, mají velmi často větší zdravotní problémy než ona. Informantka si tedy uvědomila, že na tom není vůbec tak zle, to ji podpořilo. Informant 3 dělil společnost na několik skupin. První jsou ti, kteří se cítí méněcenní a mají potřebu ubližovat zranitelnějším jedincům. Do druhé skupiny by jedinec zařadil osoby, které se snaží lidem s postižením pomáhat. A do třetí skupiny patřili lidé, kteří se o druhé nezajímají a těch byla dle informanta většina. Informant 4 si už mnohokrát všiml postoje lidí, jako by nevěděli, jak se mají chovat či jak pomoci. S tímto názorem se shodl informant 5. I informant 6 se často setkal s přístupem, kdy ho někdo litoval, a to on nikdy neměl rád. Sám navrhl: „*Raději se tomu zasmát, než z toho člověka dělat chudáka.*“ Tento informant problém viděl tehdy, když se seznamoval se svou nynější ženou a její okolí ho nemohlo přijmout do rodiny. Informant 6 uvedl: „*Já je na jednu stranu chápu, rodiče mají vždycky velké nároky na partnera svých dětí a nikdo neočekával, že to bude mrzák.*“ Informant 7 uvedl odpověď: „*Lidé jsou různí, ale dá se to vyčíst z toho pohledu, jak se na Vás dívají.*“ Dále popsal, jak se někteří lidé dívali, jako by viděli něco zvláštního, či dokonce neexistujícího. Pro tohoto informanta bylo dle všeho snazší se setkávat s lidmi, kteří se pohybují v tomto oboru a chovají se k lidem s TP úplně normálně. Pro informantku 8 byl největší problém, když si připadala neustále pod dohledem, a to se bohužel nezměnilo. Lépe se cítila mezi lidmi kdekoli jinde než právě tam, kde žije.

**SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ: Otázka č. 2 Má to na Vás nějaký vliv? Je pro Vás důležité, jak na Vás společnost nahlíží či jak se k Vám chová?**

Informantka 1 je ráda, že se ve společnosti může cítit plnohodnotně, ale jsou lidé, kteří se se svým omezením nikdy nesmíří. Řekla: „*Nepotřebujete potkat takového negativního člověka, který Vám vlastně vyčítá, že vy jste dopadl lépe.*“ Informantka zmínila, že negativní lidé jsou samozřejmě i mezi lidmi bez postižení. Také shrnula, že i takoví lidé Vás ovlivňují ve velké míře. S tím souhlasil i informant 3, ten zastával

názor, že lidé s vrozeným postižením mají lepší podmínky pro začlenění do běžného života. Dle informanta je člověk s vrozeným postižením smířený se svým omezením již od narození. Zatímco člověk, který postižení získá, změní svou roli ve společnosti a mnohdy ztratí přátele. Informantka 2 si všímala lidí kolem sebe, jejich zkoumavých pohledů. Informantka dokonce zdůraznila: „*Dříve mi vadilo, když se přede mnou například přítel svlékl a já viděla, že má obě nohy.*“ Z této fáze se ale informantka již dostala a v době výzkumu se cítila mnohem sebevědoměji. Pohledy, které si ji prohlížely, se naučila nevnímat. Informant 4 na tuto otázku se smíchem podal všeríkající odpověď: „*Je třeba si z toho udělat srandu.*“ Také informant 6 nepřestal vnímat, jak se k němu společnost chová, avšak snažil se to zlehčovat. Ani informant 5 si už pohledů lidí kolem něj nevšímá. Informant 7 uvedl, že je mu jedno, co si o něm lidé myslí. Lidé si dle jeho názoru prohlíží vše, co neznají, nebo co je méně časté. Informantka 8 vysvětlila, že vliv na ni určitě měla skutečnost, že po úrazu přišla o několik přátel. Dlouho se s tím smířovala, a ještě stále si nepřipadá vyrovnaná. Sama prohlásila: „*Je to o tom, že člověk přepne mozek a na ty blbce se vykašle.*“

### **SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ: Otázka č. 3 Jak se zapojujete do společenského života?**

Do společenského života spadají kulturní akce, návštěva restaurací, různých besed či kina. Informanti 5, 1 i 2 navštěvovaly různé akce dle libosti a neměly problém vyrazit, kam chtěli. Stejně tak informant 6. Informant 6 připomněl, jak chodí často na různé akce, kde se setkávají lidé s tělesným postižením. Informant 3 se přiznal, že se přizpůsobuje podle bezbariérových přístupů. Informant 4 se účastní dle prostorových možností. Informant 7 se příliš o společenské akce nezajímal ani před úrazem. Informantka 8 vyjmenovala několik společenských akcí, kterých se zúčastní každý rok, ovšem například do kina nechodí z důvodu nedostatku prostoru. Tato informantka raději chodila do cizí společnosti než mezi ty, kteří ji znají.

### **SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ: Otázka č. 4 Jak velkou podporu (podle Vás) vnímáte od širšího okolí?**

Informantka 1 uvedla, že lidé nevidí její postižení na první pohled, a tak se o ni ani nezajímají a nenabízí pomoc. Dokonce si všimla, že její reakci někdo považuje za přehnanou. Dle mínění informantky 2 jí většina lidí pomohla. S tímto názorem souhlasil i informant 4. Informant 7 se připojil a doplnil skutečnost, že mu největší podporu poskytovali přátele. Informant 3 vyžadoval přístup úplně stejný, jako kdyby

neměl žádné postižení. Doslova řekl: „*Někdy mě štve, že se mi lidé snaží pomoci, i když to zvládnou sám. Vadí mi, že ze mě dělají neschopného nebo mě nepřijímají do kolektivu běžných lidí.*“ Informant dal za příklad paralympijské hry a dodal: „*Každý ať se na to podívá a uvědomí si, jak jsou někteří lidé na vozíku stateční.*“ Informant 5 se nesetkal s pomocí od okolí. K tomuto názoru byla nakloněna i informantka 8, která si rovněž nevěšila pomoci ze strany širší společnosti. Podle informantky lidé nevědí, jak se chovat k lidem s postižením, a tak raději dělají, že jsou slepí. Informant 6 se, jak sám uvedl, vyvíjel s postižením a pomoc okolí neshledával důležitou.

**SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ: Otázka č. 5 Je něco, co Vám pomáhá, když máte nějaký problém (špatnou náladu)?**

Na tuto otázku odpovědělo mnoho informantů s nadšením. Rádi přemýšleli nad tím, co jim zlepšuje náladu a bez čeho by nedokázali existovat. Pro informantku 1 byl zásadní motivací obraz lidí v rehabilitačním ústavu, kteří na tom zdravotně byli hůře a pracovali na sobě. S tímto názorem se zcela shodl informant 6. Pro informantku 1 neodmyslitelnou podporu představovala rodina a přátelé, také cvičení a fyzická i psychická pomoc fyzioterapeuta. Informantka 2 se přiklonila k názoru informantky 1 ohledně motivace v podobě úspěchů osob s tělesným postižením, kteří jsou na tom zdravotně hůře. S tímto názorem souhlasí i informant 7. V podporujících faktorech se často informanti střetávali. Informantovi 4 nejvíce pomohl sport, stejně jako informantovi 3 a 6. Informanta 5 motivovala hlavně vize nalezení dobrého zaměstnání, které by mu vyhovovalo. Podotkl i, že by si přál vlastní rodinu.



## Oblast SEBEOBSLUHA

Dílčí výzkumná otázka: Jak ovlivňuje kvalitu života míra soběstačnosti daného jedince?

Tabulka 7: Oblast SEBEOBSLUHA

Informanti	Pomoc při úkonech	Pomoc je důležitá?	Zvládá domácí práce	Péče o zevnějšek	Doprava	Potřebuje pro život
I 1	některé domácí práce, nákup	„moc, hlavně od rodiny“	téměř vše, zabere více času	bez problému	nevidí problém	pomůcky, medikace, rehabilitace, finance
I 2	některé domácí práce, nákup	někdy je třeba	téměř vše, zabere více času	bez problému	„auto jsou moje nohy“	pomůcky, bezbariérový přístup, auto, prostor
I 3	doprava, nákup	někdy je třeba	pouze některé	bez problému	pomoc od jiné osoby	pomůcky, finance, rehabilitace
I 4	nákup, cvičení	chce být samostatný	pouze některé	neřeší	problém, vyžaduje prostor či pomoc	humor, masáže, prostor
I 5	některé domácí práce, nákup	někdy je třeba	pouze některé, zabere více času	už zvládá	pomoc od jiné osoby	prostor, finance, pomůcky
I 6	nákup	chce být samostatný	jaké chce	neřeší	nevidí problém	pomůcky, přátelé, partnera, prostor
I 7	domácí práce, pohyb, stravování	někdy je třeba	pouze některé, zabere více času	neřeší	pomoc od jiné osoby	pomůcky, auto, finance
I 8	některé domácí práce, nákup	chce být samostatný	pouze některé, zabere více času	už zvládá	pomoc od jiné osoby	pomůcky, medikace, rehabilitace, partner

Zdroj: Vlastní výzkum

### SEBEOBSLUHA: Otázka č. 1 Při jakým úkonech potřebujete pomoci? (Je něco, co úplně sám nezvládáte?)

Pro informanty 1, 2, 5, 7 a 8 byla žádoucí výpomoc s některými domácími pracemi. Informantka 1 vyžadovala dopomoc při mytí oken a nákupu. Pro informanta 3 byla

zásadní pomoc při přesunu, tedy dopravě. Informant 4 odpověděl: „*Nezvládám to, k čemu jsou potřeba dvě ruce, nejde mi to. Levou rukou nechytím pořádně nic.*“ Tento informant poté dodal odpověď, která možná tolik nesouvisela s touto otázkou, ale pro něj byla významná. Někdy bylo třeba, aby mu někdo odblokoval záda. Zvládl by to i sám, ale je rád za rady a zkušenosti. Informant 6 prosazoval, že chtěl být samostatný a neví tedy o ničem, co by sám nedokázal. Informantovi 7 činil problém pohyb po bytě a některé domácí práce. I při stravování bylo třeba, aby mu někdo dopomohl nebo jídlo připravil.

### **SEBEOBSLUHA: Otázka č. 2 Jak důležitá je pro Vás pomoc okolí?**

V otázce důležitosti pomoci pro informanty byly odpovědi poměrně jednoznačné a často strohé. Informanti 1,2,3,5 a 7 se pomoci druhého člověka nebránili a věděli, že alespoň někdy je potřeba. Informantka 2 zdůraznila nutnost podpory při péči o dceru. „*Když byla dcera malá, byl problém, že jsem za ní nemohla běhat.*“ Informantka 8 potvrdila, že je pro ni nepostradatelným pomocníkem manžel, který je jí neustále k ruce. Informanti 4 a 6 se shodli na stanovisku vůči pomoci okolí. Oba informanti se snažili být soběstační. Informant 6 ovšem přiznal, jak mu pomáhá manželka.

### **SEBEOBSLUHA: Otázka č. 3 Jaké domácí práce děláte?**

Informantka 1 a 2 uvedly, že se věnují domácnosti, jak jen to jde. Obě informantky nezvládaly umýt okna, ale většinu domácích prací dělaly. Informantka 2 se vyjádřila: „*Domácí práce zvládám, akorát to mám rozložené na každý den, protože mi to trvá déle.*“ S čímž se shodovala i odpověď informantů 1, 5,7 a 8. Ovšem informant 7 přiznal, že zvládne maximálně utřít prach. Informant 5 domácí práce zvládal, trvalo mu to déle, ale neuklízal tak kvalitně. Pouze některé domácí práce dělali informanti 3 a 4. Informant 6 se vyjádřil takto: „*Já si občas řeknu, že jsem hodně postižený, abych to nemusel dělat.*“, načež se rozesmál. Většinu domácích prací v jejich domácnosti dělávala manželka.

### **SEBEOBSLUHA: Otázka č. 4 Jak vidíte zvládnání péče o sebe sama?**

V této otázce se viditelně lišily odpovědi informantů mužů a žen. Zatímco ženy jednoznačně zvládaly, informantky 1, 2 i 8 se nějakým způsobem snažily udržovat a pečovat o sebe. Informanti 4, 6 a 7 péči o svůj zevnějšek nepovažovali za důležitou. Informantka 8 se i přes své omezení dokázala strojit. Tato žena uvedla, že před úrazem

milovala vysoké boty na podpatku. Informant 5 přiznal, že mu pomohla rehabilitace ke zlepšení motoriky, a tak už od té doby péči o sebe zvládal.

**SEBEOBSLUHA: Otázka č. 5 Když máte potřebu se někam dopravit, jak to vnímáte?**

V této oblasti se při dotazování shodovali informanti 3,4,5,7 a 8. Informantka 1 vzhledem ke svému postižení odpověděla: „*To pro mě není zas takový problém.*“ Zatímco informantka 2 považovala za nejpodstatnější její automobil, bez něhož by se sama nikam nedostala. Informant 3 automobil v době výzkumu neměl, doslova řekl: „*S dopravou je to zlé, ale to zase člověka nutí k tomu, aby si udělal ten řidičský průkaz a koupil auto.*“ Tento informant ještě dodal, když se potřeboval někam dopravit, musel obvolat několik přátel, aby alespoň někdo z nich mohl a pomohl mu. Pro informanta 4 byl problém stísněný prostor a přeprava městskou hromadnou dopravou. Odpověď informanta 5: „*Při dopravě? Aby to bylo co nejbliž.*“ Tohoto informanta cestování unavovalo, většinou ho vozil automobilem otec. Informant 6 měl přizpůsobené podmínky, takže v dopravě neviděl problém. Měl vlastní automobil a řekl: „*Já si myslím, že to je podmínka každého postiženého, udělat si řidičský průkaz.*“ Pro informanta 7 byl problém i pohyb po domě, kde žije, jelikož v době výzkumu bydlel v patře a neměl výtah. Informant měl mechanický vozík a od jeho domu to bylo směrem do centra kopcovité. Ven se sám téměř nedostal, vyčkával na návrat matky. Informantka 8 žila v domě na vesnici, kde byl její pohyb lehce ztížen. V domě žila s rodinou již v době před úrazem, bylo tedy nereálné, aby se celá rodina přestěhovala.

**SEBEOBSLUHA: Otázka č. 6 Co potřebujete ke svému samostatnému životu?**

Na tuto otázku se informanti většinou rozpovídali. Informantka 1 mluvila o medikaci, polštáři s paměťovou pěnou, krčním límci, masážích a cvičení, což pro ni bylo již nějakou dobu nezbytné. Informantka také zmínila finanční stránku, kdy je rozhodující příspěvek od pojišťovny. Informantka 2 prozradila, že jí pomáhala barová stolička, kterou měla umístěnou v kuchyni. Další podstatnou věcí byl bezbariérový přístup. Bezbariérový přístup bohužel neměla informantka 8, která by za něj byla vděčná. Informant 3 jmenoval kromě pomůcek také finance a intenzivní rehabilitaci, která mu pomáhala jak fyzicky, tak psychicky. Informant 4: „*Snažím se pomůcky nepoužívat, abych to tělo více namáhal. Akorát chci mít většinou kolem sebe dostatek prostoru.*“ Z celkové rozhovoru s tímto informantem také vyplynulo, že jeho podstatnou součástí

života byl humor. Informant 5 jmenoval kromě pomůcek a financí také prostor. Informant 7 se shodoval na pomůckách i financích, ale ještě dodal automobil. Informant 6: „*Nejlepší je mít barák.*“ Pro něj byly podstatnými pomůckami zvedací plošina, vyšší matrace a pomůcka na cvičení. Informant si také uvědomil, že je závislý na pomoci druhého.

## Kvalita života informantů

Informanti byli dotázáni i na jejich názor ohledně kvality života. Dle jejich odpovědí záleží na okolnostech, současné situaci, na spánku či počasí. Informanti dostali otázku, kdy měli ohodnotit jejich současnou kvalitu života dle stupňů. Číslo jedna jako nejlepší stupeň kvality a číslo pět odpovídalo nejhoršímu stupni kvality života. Většina z informantů přirovnávala číslo jedna, tedy největší kvalitu, k člověku zdravému. Zdraví definuje WHO jako *stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody* (Heřmanová, 2012, s. 63). S touto představou se informanti neztotožňovali. Avšak tabulka číslo 8 uvádí i faktory, které pomohly informantům při překonávání jejich nejtěžšího období. Tabulka zahrnuje i shrnutí podstatného, co informanti v době výzkumu potřebovali k životu. Informanti se shodli, že jejich kvalita života se od doby těsně po úrazu změnila, a to k lepšímu. Informanti byli svoleni k předání těchto informací především s přáním podpořit osoby, které znenadání získají TP. Tato tabulka číslo 8 by mohla sloužit jako přehled důležitých informací.

Tabulka 8: Kvalita života

Informanti	Kvalita života	Co mi pomohlo v nejtěžší chvíli	Co potřebuji k životu
I 1	2	čas, rehabilitace	pomůcky, medikace, rehabilitace, finance
I 2	2	láska, rodina	pomůcky, bezbariérový přístup, auto, prostor
I 3	3	rodina, lidé s TP	pomůcky, finance, rehabilitace
I 4	2-3	<i>„Snažím se neřešit věci, které nemůžu změnit. S úsměvem jde všechno líp.“</i>	humor, masáže, prostor
I 5	3	přátelé, rodina, lidé s TP, čas	prostor, finance, pomůcky
I 6	3	<i>„Já mám výhodu, že co neuběhám, to ukecám.“</i> , lidé s TP	pomůcky, přátelé, partner, prostor, spánek
I 7	3	čas, rehabilitace, odpočinek	pomůcky, auto, finance
I 8	3	rodina, rehabilitace, sluníčko	pomůcky, medikace, rehabilitace, partner

Zdroj: Vlastní výzkum

## 7. Diskuse

Kvalita života člověka je často řešeným, ovšem těžko hodnotitelným tématem. Moderní společnost posuzuje kvalitu života z mnoha stránek. V dnešním světě je málokdo spokojen se svou kvalitou života, záleží na mnoha faktorech, které jedince ovlivňují. Podstatný vliv má také postoj jedince k životu. Zásadní změnu prodělá člověk, kterému se ze dne na den změní život. Takové změny ho donutí zamýšlet se nad životními prioritami a hodnotami.

Pro účely zodpovězení výzkumné otázky byl výzkum prováděn v pěti oblastech zkoumajících kvalitu života osob s tělesným postižením. Otázky byly rozděleny do oblastí rodina, volný čas, zaměstnání, sociální začlenění a sebeobsluha. Sebeobsluha zahrnovala i otázky týkající se dopravy.

Diskuze k první dílčí výzkumné otázce: **Jaký vliv má tělesné postižení na osobní (rodinný) život jedince?**

Výzkumu se účastnilo pět informantů, kteří byli svobodní a tři, kteří byli v manželství. Pečující rodinné zázemí měl každý informant. Rodinu označovali informanti za zdroj podpory, pochopení a pomoci hlavně v době těsně po úraze. Za změnu vztahů označili informanti stupňující se strach, který o ně příbuzní po úrazu začali mít. Pro rodiny informantů bylo těžké se se skutečností tělesného postižení smířit. Pouze dva informanti usoudili, že změna vztahů v rodině nenastala. Polovina informantů se v době výzkumu s rodinou denně stýkala a polovina příliš často ne. Největší podporu rodina poskytovala informantům v oblasti psychiky, dopravy a pomoci při domácích pracích.

Většina informantů byla v době těsně po úrazu závislá na péči rodinného příslušníka, často to byli rodiče. Jak uvedl Pfeiffer et al., rodiče mají důležitou funkci v životě jedince s postižením, především v dětském věku (Pfeiffer et al., 2014). Ovšem i jedinci tohoto výzkumu považovali rodinu za základní faktor, který jim napomáhá těžké období zvládnout. Dle autora Sienko je rodina mnohdy základním činitelem, mající vliv na zlepšení celkového stavu a spokojenosti jedince (Sienko, 2018). Výzkum ukázal, že se s tímto názorem informanti ztotožňují. Rodina je zkrátka podstatnou součástí každého člověka a je důležité, aby byla rodina soudržná za jakýchkoliv podmínek. Dle mého názoru se výzkumu zúčastnili informanti, kteří právě podporu rodiny mají, a to je na jejich kvalitě života znatelné.

Autorka Heřmanová přisuzuje velký vliv na kvalitu života i osobitému přístupu k životu a vlivu vnějších i vnitřních podmínek (Heřmanová, 2012). Právě humor byl pro informanty mnohdy hodnotnou cestou, jak přistupovat k životu. Myslím si, že v průběhu života každého jedince mají zkušenosti vliv na psychiku a osobnost jedince. Obdivuhodný je přístup k životu s humorem, který při výzkumu prokázalo několik informantů.

Diskuze ke druhé dílčí výzkumné otázce: **Jakým způsobem tráví jedinci s tělesným postižením svůj volný čas?**

Náplní volného času informantů byl sport, cestování, setkávání s přáteli, práce na PC či péče o domácího mazlíčka. Změna zájmů po úraze nastala u pěti z osmi informantů. Změnou byla většinou větší opatrnost v přístupu k trávení volného času. Někteří informanti uvedli, že jsou odkázáni na pomoc druhé osoby či úrazem ztratili zájmy. Pouze jeden informant uvedl, že byl spokojen se svou náplní volného času. V rámci této specifické otázky byla pokládána i otázka na styk informantů s dalšími lidmi s tělesným postižením. Kontakt s těmito lidmi považovali informanti za důležitý a podporující. Informanti se setkávají s takovými lidmi přes rehabilitační ústav, různé akce jím pořádané či jiné organizace. Informanti uváděli jako motivující i skutečnost, že viděli osoby s postižením, které jsou na tom zdravotně hůře a tato skutečnost je podpořila. Pouze dva z informantů uvedli, že kontakt s lidmi s tělesným postižením nevyhledávají. Heřmanová považuje styk s lidmi a výměnu životních postojů a názorů za jeden z ukazatelů, které formují přístup jedince k životu (Heřmanová, 2012). Tato výměna probíhá i při setkávání osob s podobným problémem. Jak je známé, lidé vyhledávají společnost, která je jim nějakým způsobem nejbližší a je příjemná. Jak výzkum ukázal, i jedinci s tělesným postižením se vzájemně setkávají a preferují společnost pozitivně naladěných osob.

Myslím si, že je důležitý kontakt s lidmi, kteří mají pozitivní pohled na svět a dokáží nás podpořit. Namísto toho se mezi lidmi s tělesným postižením nacházejí i lidé, kteří nemají tento pozitivní pohled na svět, což se na jednu stranu dá pochopit. Ovšem i takto negativní lidé mají často záměr své city projevit ostatním osobám s postižením. Překvapilo mne, že informanti podporuje, pokud vidí jiného člověka s postižením a mohou si říci, že jsou na tom lépe.

Jak výzkum prokázal, pro informanty je pohyb stále podstatnou součástí života, i když je nějakým způsobem omezený. Autorka Bendová et al. považuje také schopnost pohybovat se za jeden z faktorů mající vliv na formování osobnosti jedince (Bendová et al., 2006). Informanti se po úrazu se zájmem zaměřují na sport. Většina z informantů by chtěla zvládnout více i v rámci volného času, avšak musí znovu začínat poznávat své limity a možnosti, tentokrát už s ohledem na tělesné postižení a možná i s pomocí někoho dalšího. Autor Vasudevan et al. považoval porozumění překážkám, které jedinec s takovým postižením má, za ovlivňující faktor při výkonu fyzických aktivit tohoto jedince (Vasudevan et al., 2015). Pro výkon aktivit ve volném čase se jeví jako ovlivňující faktor také pomůcky a bezbariérový přístup. Například informant 6 naplňoval svůj volný čas hrou na PC, kdy tvrdil, že aby mohl opustit byt, musí vyčkat na pomoc matky.

Dle mého názoru má zásadní vliv na využití volného času zájem a chtíč daného jedince. V současné době jsou velké možnosti. Volný čas se dá využít i bez potřeby pohybového naplnění, ovšem sport je v ohledu osob s tělesným postižením velmi obohacující. Tito jedinci se věnují sportu s nadšením a v souvislosti s rehabilitací je podporují viditelné výsledky.

Diskuze ke třetí dílčí výzkumné otázce: **Jaký vliv má tělesné postižení na uplatnění jedinců na trhu práce?**

Dle informantů má tělesné postižení alespoň částečný vliv na uplatnění na trhu práce. Informanti uvedli, že tento vliv záleží na zaměstnání, které jedinec s tímto omezením vyhledává. Z výzkumu vyplynuly určující faktory, kterými jsou: ztráta pracovních schopností, ochota společnosti pomoci, vzdělání, nepřípravenost prostředí a doprava. Již Renotiérová uvedla, že i osoby s tělesným postižením jsou schopny se začlenit do pracovního proudu a být pro společnost produktivní (Renotiérová, 2002). Informanti se stále snaží aktivně vyhledávat pracovní uplatnění. Což by jistě bylo vhodné i v rámci zapojování těchto jedinců do společnosti. Jakobová uvedla, že právě pracovní rehabilitace by měla jedince s postižením lépe začlenit do společnosti a zmírnit tak dopady postižení (Jakobová, 2011). Informanti považovali pracovní uplatnění za podstatné a žádoucí. Bylo by vhodné zmírnit či eliminovat negativní faktory, mající vliv na nedostatečné zaměstnávání osob s tělesným postižením. Neubauerová et al. zastává názor, že jakmile tento jedinec přijme své postižení a dokáže se začlenit



do běžného společenského života, očekává se připravenost pro žádoucí zapojení na pracovním trhu (Neubauerová et al., 2012). Žádoucí by tedy mohlo být především vzájemné přijetí jedince a společnosti.

Jako podstatný pro informanty shledávám pocit uplatnění se na trhu práce, z důvodu jejich pocitu plnohodnotnosti v posuzování se s celou společností. Pracovně produktivní jedinec s tělesným postižením cítí, že společnosti něco přináší a lépe se do ní začleňuje. Již v historii bylo pro výkon práce podstatné fyzické zdraví, které jedinci s tímto postižením nesplňovali tak, jak by společnost chtěla. V současné době je ale mnoho pracovních oborů, kde se jedinci s tělesným postižením mohou uplatnit. Významným faktorem je ale vzdělání a zájem, jelikož informanti měli větší zájem o manuální práci. Je třeba se zamyslet nad vzděláváním či rekvalifikací této cílové skupiny například v rámci rehabilitačních pobytů.

Diskuze ke čtvrté dílčí výzkumné otázce: **Jak ovlivňuje postoj společnosti jedince s tělesným postižením?**

Informanti se v otázce společnosti poměrně lišili. Informanti se shodli, že společnost neví, jak se k lidem s tělesným postižením chovat, či se chová nevhodně. Samozřejmě záleží na každém přístupujícím člověku. Významné je pro informanty také soucitné chování a litování, které nikdo z informantů neshledával jako žádoucí, spíše však působilo negativně. Jako nevhodné chování označili informanti i přehnaný zájem a neustálé zíravé pohledy na jejich osobu. Vliv společnosti na tyto jedince závisel na vyrovnanosti jedince se svým tělesným postižením a skutečnosti, že se liší od běžné společnosti. Informantům vyhovoval pobyt v RÚ, v takové společnosti se cítili přijímáni a akceptováni. Názor prohloubil i informant 3, který zastával myšlenku, že prostředí člověka formuje. Informanti byli ovlivněni i v oblasti společenského života, kdy se někteří informanti z důvodu negativních zkušeností příliš nezapojovali do společenského života. V rámci podpory od běžné společnosti se polovina informantů shodla, že většina lidí jim pomůže, ovšem tři z osmi informantů si žádné podpory nepovšimli.

Společnost, ve které se vyskytujeme, nás, ať chceme či ne, ovlivňuje. Vágnerová et al. uvedla příklad z historie, kdy se v době Antiky rozhodovalo, zda bude novorozenec žít plnohodnotně s ostatními či na pokraji společnosti ve skrytu (Vágnerová et al, 2004). Přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením se do značné míry posunul.

Z výzkumu však vyplynulo, že informanti měli částečně problém vycházet z domu. Jak zmínili autoři Fischer a Škoda, tělesné postižení se mnohdy projevuje i ve vzhledu. Jedná se o tělesné projevy, které společnost často vnímá jako něco odlišného (Fischer, Škoda, 2008). Tuto skutečnost informanti potvrdili, jelikož se najdou tací, kteří si je prohlíží, jako by byli něco zvláštního. Informanti se shodovali, že společnost není stále obeznámena s tematikou tělesného postižení. Spousta lidí stále nemá mínění, jak takovému jedinci pomoci, nebo jak se vůbec chovat. Pfeiffer et al. podotkl úspěšnost inkluze, která je závislá na postoji společnosti. Společnost by dle autora měla být nápomocna při začleňování jedince s postižením do společnosti (Pfeiffer et al., 2014).

Skutečnost vyplývající z výzkumu mne nabádá k myšlence, že i lidé s tělesným postižením by se měli cítit ve společnosti plnohodnotně. Bylo by vhodné, aby společnost i prostředí bylo na tyto osoby připraveno. Mnohdy je náročné najít společností i jedincem akceptovatelnou a přijímanou cestu soužití, tento proces vyžaduje určité povědomí o postižení a také čas. Dle mého názoru má společnost na jedince s postižením vliv pokaždé, závisí však na něm, jak k zájmu společnosti přistupuje. Zajisté není lehké vyrovnat se se skutečností, že se jedinec znenadání nějakým způsobem liší od běžné společnosti. S touto skutečností se ale vyrovnává právě i ta společnost. Tělesná odlišnost, viditelná na první pohled, snižuje často jedinci sebedůvěru, což se odráží v jeho psychické stránce. Již s příchodem křesťanství se společnost vyvíjela s ohledem na pomoc osobám se zdravotním postižením. Ovšem společnost se stále nedokázala s takovými lidmi dostatečně sžít. Možná dobou inkluze se tomu tak stane.

Diskuze k páté dílčí výzkumné otázce: **Jak ovlivňuje kvalitu života míra soběstačnosti daného jedince?**

Míra soběstačnosti jedinců s tělesným postižením je patřičně ovlivněna typem postižení a omezeními, které postižení přináší. Informanti se shodli v potřebě pomoci s domácími pracemi, nákupem a potřebou větší časové dotace na různé úkony. Za zásadní faktory se v této oblasti považují problémy při přesunu a vlastnictví přizpůsobeného automobilu. Pokud informanti zvládají činnosti sami, snaží se být soběstační. Důležité byly pro informanty pomůcky, medikace a rehabilitace. Zásadní roli hrají finance. Jako rehabilitaci lze dle Fischera a Škody pojmenovat veškeré procesy, které pomohou jedinci ke znovunalezení svého uplatnění ve společnosti (Fischer, Škoda, 2008).

Neubauerová et al. považuje rehabilitaci za stav, který eliminuje všechny dopady postižení daného jedince (Neubauerová et al., 2012). Pro efektivitu rehabilitace je podstatný postoj jedince k rehabilitaci.

Výzkum ukázal, že pro život jedince s tělesným postižením je podstatný i pocit samostatnosti. Jak popisuje Pipeková et al., tělesné postižení má vliv na pohybové schopnosti jedince (Pipeková et al., 2010). Výzkum prohloubil myšlenku, že pohyb zásadně ovlivňuje i míru soběstačnosti daného jedince.

Vaďurová a Mühlpachr připomněli, jak WHO rozčleňuje oblasti lidského života. V oblastech najdeme i fyzické zdraví, tedy bolest či energii, odpočinek či závislost na druhé osobě. Autoři tyto faktory považují v otázce tělesného postižení za zásadní (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Autorka Ludíková et al. připomněla pyramidu potřeb, ve které je základem naplnění fyziologických potřeb (Ludíková et al., 2014). Potřeby informantů byly uspokojovány mnohdy za pomoci kompenzačních pomůcek. Bendová zmínila dělení pomůcek, z něhož osoby s tělesným postižením v tomto výzkumu využívají především pomůcky pro usnadnění pohybu a pro běžné denní aktivity (Bendová, 2015). Mezi pomůcky řadili informanti i různé polštáře či vyvýšenou postel, jelikož právě spánek byl pro informantky často obtížný a nekvalitní. Autorka Bendová podotkla potřebu těchto jedinců, přizpůsobit bydlení vlastním požadavkům, což je mnohdy nezbytné (Bendová, 2015).

Dle mého názoru jedinec s TP i jeho rodina prodělá těžké období, kdy musí změnit svůj životní styl a přizpůsobit ho novým potřebám jedince s tělesným postižením. Je zjevné, že podstatná je podpora druhého člověka, především v soběstačnosti. Ať už se jedná pouze o dopomoc při nákupu, dopravě či pomoc při hygieně. Potěšilo mne, že po úrazu se rodina o informanty postarala, ani jeden z nich nezůstal sám.

V závěru rozhovorů s informanty byla řešena otázka kvality jejich života. Informanti měli možnost předat vzkaz či doporučení pro čtenáře této bakalářské práce. V tabulce č. 8 je krátce shrnuto, jak informanti vnímali kvalitu svého života, jejich současný život a poznatek, co informantům pomohlo v nejtěžší chvíli. Myslím si, že tato část výsledků by mohla obohatit především osoby s tělesným postižením, které se znenadání ocitnou v nelehké situaci a součástí jejich života se stane tělesné postižení.

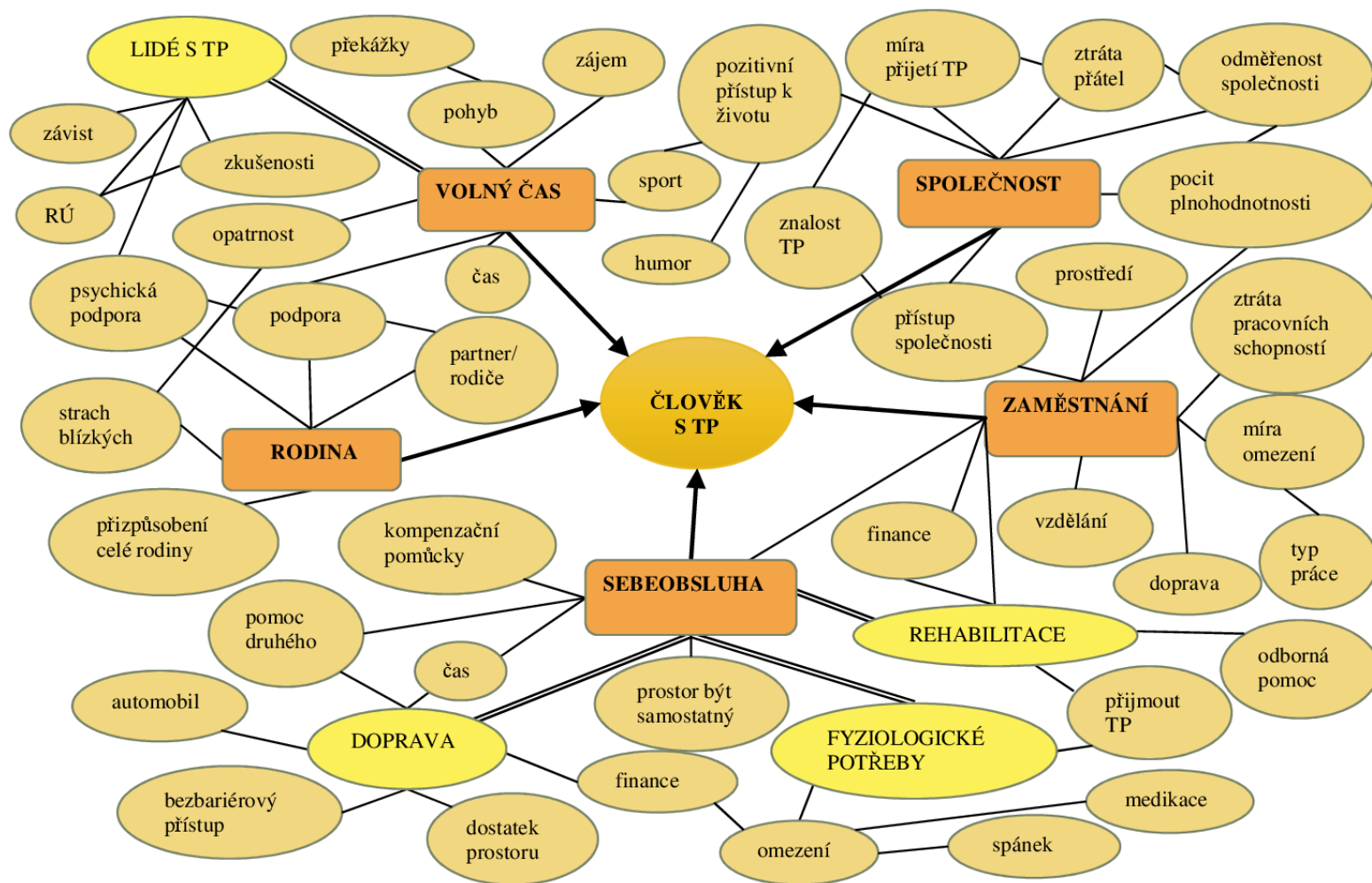
## **Závěr**

V bakalářské práci jsem se zaměřila na hledání a objasňování faktorů, které ovlivňují kvalitu života osob s tělesným postižením. Jednalo se o hloubkové poznávání života osob se získaným tělesným postižením. Během výzkumného šetření byla snaha proniknout do problematiky kvality života těchto osob. Pomocí výzkumu zaměřujícího se na pět hlavních oblastí členěných dle dílčích výzkumných otázek se podařilo objevit a zmapovat faktory mající vliv na kvalitu života cílové skupiny. Mezi zásadní činitele se řadil přístup společnosti, podpora blízkých, rehabilitace, prostor pro samostatnost, doprava, finance a kontakt s lidmi s tělesným postižením.

Je nutné zmínit, že výzkumu se zúčastnili informanti, kteří byli svolní k rozhovoru. Jak několik z informantů uvedlo, jsou mezi jedinci s tělesným postižením i tací, kteří nezastávají pozitivní přístup k životu. Nemohu tedy říci, zda kvalita života osob s negativnějšími pohledy na život, by nebyla ovlivněna i jinými faktory.

Tato práce může být přínosem jak pro osoby s tělesným postižením, tak pro jejich blízké či osoby, které s touto cílovou skupinou nějakým způsobem pracují. Informanti měli možnost formou této práce předat své zkušenosti a názory dalším lidem s tělesným postižením či poodkrýt společnosti život s tímto omezením. Běžnou společnost by tato práce měla přimět k zamyšlení se nad žádoucím přístupem společnosti k lidem s takovým postižením. Zjištěné negativní faktory ovlivňující život osob s tělesným postižením by v nejlepším případě mohly být eliminovány a pozitivní faktory na druhé straně podporovány.

Cílem práce bylo zjistit faktory ovlivňující kvalitu života osob s tělesným postižením. Domnívám se, že cíl práce byl naplněn. Odpovědí na hlavní výzkumnou otázku může být široká škála faktorů, které působí na život těchto jedinců. Znázornění faktorů je zobrazeno v následující myšlenkové mapě (obrázek č. 1), která shrnuje výsledky a závěr celé této bakalářské práce.



Obrázek 1: Faktory ovlivňující kvalitu života člověka s TP

Zdroj: Vlastní výzkum

## Seznam použitých zdrojů

1. BARTOLO, M. et al., 2017. Mobilization in Early Rehabilitation in Intensive Care unit Patients with Severe Acquired Brain Injury: An Observational Study. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 17 (9), 715-22. ISSN 1650-1977.
2. BENDOVIÁ, P. et al., 2006. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého. 104 s. ISBN 80-244-1436-8.
3. BENDOVIÁ, P. ed., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.
4. FIALOVÁ, I. et al., 2012. *Somatopedie*. Texty k distančnímu vzdělávání. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: MU. 222 s. ISBN 978-80-7315-233-8.
5. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika*. Praha 10: TRITON. 205 s. ISBN 978-80-7387-614-0.
6. GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
7. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Portál. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
8. HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: sociologické nakladatelství (Slon) studijní texty (sociologické nakladatelství). 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
9. JAKOBOVÁ, A., 2011. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. 102 s. ISBN 978-80-7368-945-2.
10. JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha 10: TRITON. 169 s. ISBN 80-7254-730-5.
11. KÁBELE, F., 1992. *Somatopedie*. Praha: Univerzita Karlova. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.

12. KANTOR, J., 2013. *Medicínské aspekty omezení hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 156 s. ISBN 978-80-244-3709-5.
13. KANTOR, J., JURKOVIČOVÁ, P., 2013. *Základy speciální pedagogiky osob s omezením hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 91 s. ISBN 978-80-244-3710-1.
14. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
15. LUDÍKOVÁ, L. et al., 2014. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 170 s. ISBN 978-80-244-4296-9.
16. LUDÍKOVÁ, L. et al., 2015. *Netradiční pohledy na kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 199 s. ISBN 978-80-244-4869-5.
17. MAREŠ, J. et al., 2008. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. Brno: MSD. 235 s. ISBN 978-80-7392-076-0.
18. MAUJEAN, A. et al., 2018. What Information Do Patients Need Following a Whiplash Injury? The Perspectives of Patients and Physiotherapists. *Disability and Rehabilitation*, 18 (3), 1135-114. ISSN 0963-8288.
19. MILICHOVSKÝ, L., 2010. *Kapitoly ze somatopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. 80 s. ISBN 978-80-7452-001-3.
20. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Psyché (Grada). 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
21. NEUBAUEROVÁ, L. et al., 2012. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. vyd. 2., upr. Hradec Králové: Gaudeamus. 135 s. ISBN 978-80-7435-174-7.
22. NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. 146 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
23. PAYNE, J. et al., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 629 s. ISBN 978-80-7254-657-2.
24. PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.

25. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ O., 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*: MKF. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
26. PIPEKOVÁ, J. et al., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
27. REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY, © 2018. rehabilitace.cz [online][cit. 2018.27.1. ] Dostupné z [<http://www.rehabilitace.cz>]
28. RENOTIÉROVÁ, M. et al., 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 209 s. ISBN 80-244-1475-9.
29. RENOTIÉROVÁ, M., 2002. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Pedagogická fakulta. Univerzita Palackého v Olomouci. 85 s. ISBN 80-244-0532-6.
30. RIVERS, C., S. et al., 2018. Health Conditions: Effect on Function, Health-Related Quality of Life, and Life Satisfaction After Traumatic Spinal Cord Injury. A Prospective Observational Registry Cohort Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 18 (3), 443-51. ISSN 0003-9993.
31. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
32. SIENKO, S., E., 2018. An Exploratory Study Investigating the Multidimensional Factors Impacting the Health and Well-being of Young Adults with Cerebral Palsy. *Disability and Rehabilitation*. 18 (3), 660-66. ISSN 0963-8288.
33. ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
34. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., 2005. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
35. VÁGNEROVÁ, M. et al., 2004. *Psychologie handicapu*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
36. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
37. VASUDEVAN, V. et al., 2015. Development of the Barriers to Physical Activity Questionnaire for People with Mobility Impairments. *Disability and Health Journal*. 15 (8), 547-56. ISSN 1936-6574.



38. VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. vydání. Brno: Paido. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
39. VOJTKO, T., 2007. *Postižený člověk v dějinách: vybrané příspěvky z konferencí Postižený člověk v proměnách času I a II*. Hradec Králové: Gaudeamus. Edice speciální pedagogiky. 106 s. ISBN 978-80-7041-081-3.
40. ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 112 s. ISBN 978-80-247-3856-7.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 2 Informovaný souhlas

## Příloha č. 1 Polostrukturovaný rozhovor

### Základní údaje

Pohlaví            Ž    M

Rodinný status

Věk

Místo bydliště - město/vesnice

Typ tělesného postižení

Jak dlouho má TP

Současné zaměstnání/pobírá invalidní důchod

#### 1) RODINA:

- a) Pověste mi o Vašich příbuzných. Jaké je Vaše rodinné zázemí?
- b) Změnily se vztahy v rodině po úrazu?
- c) Zapojuje se rodina do Vašeho života?
- d) V čem Vám nejvíce rodina pomáhá?

#### 2) VOLNÝ ČAS:

- a) Jaké aktivity upřednostňujete ve svém volném čase a jak často je praktikujete?
- b) Změnily se po úrazu? Z jakého důvodu?
- c) Stýkáte se s lidmi s TP? Máte společné aktivity/zájmy?
- d) Jak jste spokojen se svou současnou náplní volného času? Chtěl byste realizovat jiné zájmy?

#### 3) ZAMĚSTNÁNÍ:

- a) Myslíte si, že má TP vliv na Vaše uplatnění na trhu práce?
- b) Popř. V čem spočívá tento vliv?
- c) Jak si představujete Vaše uplatnění na trhu práce do budoucna?

#### 4) SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ:

- a) Jak vnímáte postoj společnosti vůči Vám?
- b) Má to na Vás nějaký vliv? Je pro Vás důležité, jak na Vás společnost nahlíží či jak se k Vám chová?
- c) Jak se zapojujete do společenského života?
- d) Jak velkou podporu (podle Vás) vnímáte od širšího okolí?
- e) Je něco, co Vám pomáhá, když máte nějaký problém (špatnou náladu)?

#### 5) SEBEOBSLUHA:

- a) Při jakým úkonech potřebujete pomoci?  
(Je něco, co úplně sám nezvládáte?)
- b) Jak důležitá je pro Vás pomoc okolí?
- c) Jaké domácí práce děláte?
- d) Jak vidíte péči o sebe sama?
- e) Když máte potřebu se někam dopravit, jak to vnímáte?
- f) Co potřebujete ke svému samostatnému životu?

**Doplňující otázky:**

Co pro Vás znamená pojem kvalita života? Změnila se kvalita Vašeho života po úrazu?

Jak jste spokojen se svým současným životem? Je něco, co by dle Vás mohlo být lepší?

Řekněte, jak ohodnotíte kvalitu svého života od 1 do 5?

Co pro vás bylo nejtěžší, když jste se ocitl v nové životní situaci (zjistil své postižení)?

Je něco, co byste chtěl dodat k našemu rozhovoru?

## **Příloha č. 2 Informovaný souhlas**

### **Informovaný souhlas**

Vážený pane / vážená paní,

byl/a jste osloven/a ke spolupráci za účelem získání výzkumných dat pro bakalářskou práci studentky oboru Speciální pedagogika – vychovatelství na Zdravotně – sociální fakultě JU v Českých Budějovicích. Výzkum probíhá pro účely bakalářské práce zabývající se kvalitou života osob s tělesným postižením. Tento výzkum nabízí možnost poskytnout svou zkušenost dalším lidem se zdravotním postižením a pomoci jim tak, i při zachování své anonymity.

Vaše účast v tomto výzkumu je zcela dobrovolná, můžete ji kdykoli bez jakýchkoli sankcí odvolat, a spočívá v tom, že umožníte studentce Nele Bařhové provedení rozhovoru, zaměřeného na zjišťování kvality života (jako jsou např. otázky týkající se volného času, společenského života apod.). Studentka výzkum provede tak, aby zcela minimálně narušila program rehabilitačního centra.

V případě Vašeho souhlasu by byl rozhovor, pro účely rychlejšího zaznamenávání a také pro lepší zpracování, nahráván. Veškerá získaná data budou zpracována anonymně a studentka je použije pouze ve své bakalářské práci.

---

Prohlašuji, že souhlasím s poskytnutím rozhovoru studentce Nele Bařhové pro účely výše popsaného výzkumného projektu.

Souhlasím s tím, aby níže uvedená studentka směla nahlédnout do části zdravotnické dokumentace, zabývající se následky úrazu či onemocnění, pro které se zde pacient rehabilituje a použila je v anonymní podobě v rámci své bakalářské práce.

Studentka informace získané z rozhovoru a dokumentace využije pouze ve své bakalářské práci při zachování anonymity pacienta. Souhlas s účastí ve výzkumu potvrďte prosím svým podpisem níže.

Před podepsáním informovaného souhlasu mi byl vysvětlen způsob mé účasti ve výzkumu a byly mi zodpovězeny případné dotazy.

V .....

Dne .....

Podpis pacienta/pacientky:

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci

Nela Bařhová, e-mail: bathon00@zsf.jcu.cz

## **Seznam tabulek a obrázků**

Tabulka 1: Časový harmonogram

Tabulka 2: Charakteristika informantů

Tabulka 3: Oblast RODINA

Tabulka 4: Oblast VOLNÝ ČAS

Tabulka 5: Oblast ZAMĚSTNÁNÍ

Tabulka 6: Oblast SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ

Tabulka 7: Oblast SEBEOBSLUHA

Tabulka 8: Kvalita života

Obrázek 1: Faktory ovlivňující kvalitu života člověka s TP

## **Seznam zkratk**

PC – osobní počítač

RÚ – rehabilitační ústav

TP – tělesné postižení

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZP – zdravotní postižení