

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Zuzana Zunová**

**2015**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Zuzana Zunová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KVALITA ŽIVOTA KLIENTA S TĚLESNÝM  
POSTIŽENÍM**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Bohuslava Hajšmanová

PLZEŇ 2015

vložit zadání BP s razítkem.

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Bohumile Hajšmanové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Za ochotu a vstřícnost při řešení problémů. Dále děkuji organizaci CK KID za poskytování odborných rad a pomoci při výzkumu.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Zunová Zuzana

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Kvalita života klienta s tělesným postižením

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Počet stran – číslované: 53

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 35

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: kvalita života – tělesné postižení – handicap.

### **Souhrn:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života tělesně postižených klientů. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je dělena na dvě části. První část je zaměřena na kvalitu života a definici tohoto pojmu. V druhé části se zabývám tělesným postižením, charakteristikou tohoto pojmu a jeho dopady na klienta. Praktická část mapuje problematiku klienta se získaným tělesným postižením a přizpůsobení se na tuto situaci. Pro získání informací, byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu pomocí anonymního dotazníkového šetření.

## **Annotation**

Surname and name: Zunová Zuzana

Department: Of Nursing and Midwifery

Title of thesis: The quality of life for clients with disabilities

Consultant: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Number of pages – numbered: 53

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 35

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 26

Keywords: quality of life - disabled people - handicap

### **Summary:**

Topic of this bachelor thesis is the quality of life of disabled people. The thesis is divided into two main sections theoretic and practical. The theoretic part is divided into two sub-categories. The first sub-category is focused on a description of what exactly physical handicap and quality of life are. In second part I try to describe the main types of handicaps and how they impact the lives of people who were affected by them. In the practical section, I map how these handicaps change the lives of these people. Information for my quantity research was obtained through questionnaires

# OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST .....	10
ÚVOD .....	10
1 KVALITA ŽIVOTA .....	11
1.1 Kvalita života je vymezována pomocí definic .....	11
1.1.1 Teoretické vymezení kvality života .....	11
1.1.2 Kvalita života vyjadřující vztah mezi charakteristikami .....	12
1.1.3 Kvalita života výčtem.....	12
1.1.4 Kvalita života jako měřitelné veličiny.....	13
1.1.5 Definice zdůrazňující určitou oblast .....	13
1.2 Kvalita života z pohledu sociologie .....	13
1.3 Kvalita života z pohledu filosofie .....	14
1.4 Historie pojmu Kvalita života.....	15
1.5 Přístupy k chápání kvality života .....	15
2 KVALITA ŽIVOTA TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH .....	16
2.1 Vymezení pojmů .....	16
2.2 Postoj společnosti k lidem s tělesným postižením v historii .....	18
2.3 Postoj společnosti k lidem s tělesným postižením v současné době.....	20
2.4 Rozdělení tělesného postižení.....	20
2.4.1 Pohybové postižení – poruchy mozku a míchy .....	21
2.4.2 Pohybové postižení – poruchy kostí, kloubů .....	21
2.4.3 Pohybové postižení- porucha svalstva .....	21
2.5 Psychika tělesně postižených.....	22
2.6 Komunikace s tělesně postiženými klienty .....	23
3 LÉČBA A PÉČE O TĚLESNĚ POSTIŽENÉ .....	25
3.1 Metody rehabilitace tělesně postižených klientů .....	26
4 SOCIÁLNÍ POMOC TĚLESNĚ POSTIŽENÝM .....	26
4.1 Zaměstnávání lidí s tělesným postižením .....	26
4.2 Průkazy pro tělesně postižené.....	27
4.3 Dávky pro osoby s tělesným postižením .....	27
5 PRÁVA TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH.....	28
PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
6 FORMULACE PROBLÉMU .....	30
7 CÍL VÝZKUMU .....	31
7.1 Hlavní cíl výzkumu .....	31
7.2 Dílčí cíle .....	31



7.3	Předpoklady .....	31
8	CHARAKTERISTIKA SOUBORU .....	32
9	METODA SBĚRU DAT .....	32
10	ORGANIZACE VÝZKUMU.....	33
11	ANALÝZA VÝSLEDKŮ .....	34
12	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	55
13	DISKUZE.....	58
	ZÁVĚR.....	63
	BIBLIOGRAFIE.....	65
	SEZNAM ZKRATEK.....	68
	SEZNAM GRAFŮ.....	69
	SEZNAM PŘÍLOH.....	70
	Příloha č. 1: Dotazník.....	70
	Příloha č. 2: Práva tělesně postižených .....	70
	Příloha č. 3: Brožura organizací pro tělesně postižené. ....	70
	Příloha č. 4: Souhlas s vykonáváním výzkumu .....	70

# TEORETICKÁ ČÁST

*„Není to délka básně, co činí báseň krásnou – a není to délka života, ale jeho kvalita, co dělá život krásným.“*  
*„Život je jako divadelní hra: nezáleží na tom, jak dlouhé představení bylo, ale jak dobře se zahrálo.“*

*(Seneca)*

## ÚVOD

Kvalita života je velmi komplikované téma. Tento pojem je v současnosti často řešen, neboť v dnešní hektické době většina lidí ani neví, co to kvalita života vlastně je. Pojem „kvalita života“ ve spojení s tělesným postižením, je velmi obtížné vysvětlit. Toto téma jsem si vybrala proto, že mě velmi zajímá, co kvalitu života představuje a jak je ovlivňována tělesným postižením a také proto, že jsem vykonávala praxi v organizaci pro tělesně postižené a zajímala mě, jak asi tito lidé zvládají běžný život. Hlavním důvodem ale je, že kdokoliv z nás se může během svého života tělesně postiženým stát, ať již z důvodu vážné nemoci, nebo následkem úrazu.

Tělesné postižení je vrozené nebo získané poškození pohybového aparátu jako jsou svaly, klouby, šlachy, kosti nebo centrální nervové soustavy. V roce 2007 bylo zaznamenáno 550 407 tělesně postižených. Z celkového počtu tělesně postižených lidí bylo 58 159 vrozeného postižení, 67 962 získaného postižení úrazem, 354 063 získaného postižení nemocí a 37 069 získaného stářím. (NRZP- online, 2008) Aktuálnější statistiku nebylo možné získat. Z tohoto výzkumu vyplývá, že víc jak polovina tělesného postižení představuje postižení získané. Člověk by si měl chránit své zdraví a přemýšlet nad svým chováním, aby tak nedošlo, vlastním přičiněním ke zbytečnému úrazu. Ne vždy lze ale situaci ovlivnit. Jako příklad uvedu zkušenost manželského páru, který jel na dovolenou. Po dlouhé cestě zastavili na odpočívadle, kde jejich automobil naboural jiný řidič, jedoucí plnou rychlostí. Muž přišel o nohu a jeho žena je od pasu dolů ochrnutá. Toto je příklad, kdy se člověk může stát tělesně postiženým, avšak nikoliv vlastním zaviněním. Proto bych se ve své práci chtěla zabývat tím, jak se změní život člověku, který „získá“ tělesné postižení.

# 1 KVALITA ŽIVOTA

Lidský život je bezprostředně ovlivňován mnoha aspekty, jeho součástí a mírou je kvalita, jako to, co je projevem života samého. Velmi často se objevuje nespécifická představa, že kvalita života se dá změnit přidáním nějakého režimu, tělesného, či duševního. Zkoumání kvality života prodělává svůj zlatý věk zejména v posledních deseti letech. Důvodem ke studiu kvality života a jeho podstatným cílem je umožnit lidem žít způsobem, ve kterém nalézají smysl tím, že budeme podporovat jeho životní podmínky. (Payne, 2005, s. 207)

Pojem, kvalita života, je problematicky definovatelný, neboť je běžně používán a dochází tak k široké neuchopitelnosti tohoto pojmu. Existuje však řada definic, ale žádná z nich není všeobecně akceptovatelná. „Kvalita života“ jako termín se protíná s mnoha soudobými zaměřenými a směry, což má za následek velkou pestrost úsilí ji definovat. Proto existuje více definic a způsobů jejího pojetí. Domény pojmu lze charakterizovat jako: otevřenost, aktivita, harmonie, propojenost, autonomie, autenticita. (Payne, 2005, s. 207)

## 1.1 Kvalita života je vymezována pomocí definic

### 1.1.1 Teoretické vymezení kvality života

Zdraví je významnou součástí kvalitního plnohodnotného života. Světová zdravotnická organizace vymezuje zdraví jako: „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby“. Z této definice vyplývá, že instrumenty pro měření zdraví musí zahrnovat nejen indikátory změn v četnosti a vážnosti nemocí, ale také posouzení celkové pohody jedince. Musíme tedy měřit změny v kvalitě života nejen v závislosti na zdravotní péči. Z definice zdraví dle WHO vychází indický lékař Jitender Nagpal, který definuje kvalitu života jako komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou. Ze stejného základu vychází i Cambellova a Corversova definice která kvalitu života vymezuje jako „subjektivně pocíťované zdraví“. Autor dotazníku SQUALA<sup>1</sup>, u nás v česku nejpoužívanějším dotazníkem na měření kvality života, vysvětluje kvalitu života jako veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost má rozdílnou prioritu. Dále sem můžeme zařadit i empiricky zaměřené pojetí

---

<sup>1</sup> Subjektive Quality of Live Analysis, sebeposuzovací dotazník Subjektivní kvalita života původně konstruovaný M. Zannottim a kol., českou verzi připravila Eva Drahomířková a kol.

kvality života T. Halečky. Autor říká, že kvalita života jako taková, neexistuje. Smysl nabývá jedině, je-li vymezeno odpovídající prostředí, ve kterém je zkoumána. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12)

Kvalita života musí být vždy ve spojitosti s řešením otázky „Jaká kvalita, pro koho?“ Jedině takovýmto logicko-konkrétním přístupem je možné zabezpečit orientační funkci tohoto pojmu a jeho využitelnost ve společenské praxi. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12)

Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL- health-related quality of life) je hodnota přiřazená délce života, změnám zdravotního stavu daných postižením, funkčnímu stavu, vnímání a sociálním možnostem, které jsou ovlivněny zraněním, nemocí nebo léčbou. (Healthy people, 2010)

Jako poslední z této části teoretických vymezení jsem si vybrala definici světové zdravotnické organizaci. Ta ji definuje jako: „jedincovo vnímání jeho pozice v životě v souvislosti se svou kulturou a hodnotového systému a ve spojitosti k jeho cílům, normám, očekáváním a obavám. Jedná se o velice široký plán, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým psychickým stavem, fyzickým zdravím, sociálními vztahy, osobním vyznáním a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“ (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12)

### **1.1.2 Kvalita života vyjadřující vztah mezi charakteristikami**

Jedná se o oblast úzce propojenou s vymezením subjektivní a objektivní dimenze kvality života. To znamená naplnění a očekávání přání, potřeb a spokojenosti osoby. Kvalita života je úroveň, v níž prožívání života uspokojuje individuální fyzická, psychologická přání, potřeby a je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrze něž se je jedinec snaží naplnit. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12)

Maslowova pyramida potřeb je základem Dickensovy definice: „Kvalita života jako měření velikosti nepoměru mezi nenaplněnými a naplněnými potřebami a přáními.“ Skantze vyjadřuje kvalitu života jako subjektivní hodnocení vlastní životní situace. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12)

### **1.1.3 Kvalita života výčtem**

Tento způsob pojetí se shoduje s rozlišováním dimenzí kvality života. Bluden vymezuje kvalitu života v rámci čtyř oblastí spokojenosti: materiální pohoda, fyzická

pohoda, kognitivní pohoda vysvětlovaná jako pocit spokojenosti, sociální pohoda jako pocit sounáležitosti ke společnosti. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 12)

#### **1.1.4 Kvalita života jako měřitelné veličiny**

Kvalita života je definována tím, za jakým záměrem je měřena. A. A. Pinkey vymezuje kvalitu života jako hodnotu subjektivně a objektivně změřenou. Do této skupiny můžeme zařadit také Naessův koncept „vnitřní kvality života“ charakterizovaný dobrými mezilidskými vztahy, vysokou úrovní aktivity a dobrou náladou jako tím, co je „objektivně“ měřitelné v psychologii. Ojedinělost tohoto určení spočívá ve snaze o popsání dokonalého stavu. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 13)

#### **1.1.5 Definice zdůrazňující určitou oblast**

V této souvislosti je kvalita života vymezována metodami, a to jak od velmi obecných definic, např. schopnost vést normální život, seberealizace apod., až po komplexnější definice, zaměřené na jeden určitý aspekt kvality života. Patří sem naplnění osobních cílů, pocit štěstí a spokojenosti. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 13)

### **1.2 Kvalita života z pohledu sociologie**

Termín kvalita života se začal používat i v sociologii, kde funguje k rozlišení podmínek života, jako jsou např. příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost. Je také používán pro výzkumné záměry, a to ve spojitosti se sociologickým trendem zaměřeným na sledování dopadu společenských změn na život lidí, známým pod názvem social indicators (sociální ukazatelé). Tímto kontextem je zdůrazňováno, že život lidí v určitém specifickém prostředí není možné popsat pouze pomocí objektivních, většinou ekonomických ukazatelů, ale je nutné přihlížet také k celému souboru dalších sociálních ukazatelů. Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující emoční prožívání vlastního života a kognitivní hodnocení. (Payne, 2005, s. 205).

Podle sociologie je kvalita života určena zejména opakem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejících kritérií výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. Pojem kvalita života bývá v sociologii užíván ve třech vymezeních.

*Kvalita života jako odborný pojem, který zobrazuje kvalitativní stránky životních procesů a podmínky jejich hodnocení. Jde o posuzování dle indikátorů ukazatelů zdraví a nemoci, životního prostředí, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, možnosti účastnit se*

na řízení společnosti, volného času, dále podle kolektivní i osobní bezpečnosti, občanských svobod a sociálních jistot. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12)

*Kvalita života jako programové politické heslo, přesahující materialistickou úroveň a vojenskou sílu, obracející všímavost široké veřejnosti k novým úkolům společenství.* (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12)

*Kvalita života jako reklamní, zcela prázdný slogan, nabízející nové odvětví konzumu (cestování, umění, volný čas, bydlení), se zaměřuje na oblast spotřeby. Zejména od 70. let se prosazuje kvalita života nikoliv ve spojení „žít lépe“, ale „žít jinak“.* (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12)

### 1.3 Kvalita života z pohledu filosofie

„Od otázky, co je kvalita života, není daleko k otázce, jací vlastně jsme? Po čem skutečně a opravdově vědomě či nevědomě toužíme? A proč? Co je pro nás skutečnou kvalitou života? To je a zajisté ještě dlouho bude problémem. Je nepochybné, že člověk od počátku vlastního sebeuvědomování chce žít kavalitně. Kvalitu života nosíme v sobě, ve svém podvědomí, ve snech, něco chceme a nevíme, kde to hledat a jak to vlastně poznáme. Jsou to snad peníze a majetek, nekonečné války a podmaněnost ostatních, nadvýroba a nadkonzum, ekonomický růst na úkor života? Nikoli, tak jednoduchá odpověď není.“ Syrovátka (Heřmanová, 2012, s. 21)

Obvykle se má za to, že je možné kvalitu života vyrábět stejně, jako se vyrábějí věci nutné či méně nutné pro obyčejný život. Ona sama se dostaví, stejně jako se dostaví pocit nasycenosti po jídle. Je možné „vyrábět“ pozitivky, je možno „vyrábět“ pocity. Sama kvalita života je většinou pochopena jako něco, co se přidává k životu samému, jako jeho vlastnost nebo věc. „Kvalitní život“ není výsledkem realizace přesně popsanych předpisů, jak máme jíst, spát, milovat se, co máme na sobě nosit, jak se bavit, jak zacházet s naším tělem, s naším myšlením, cítěním, vůlí. Čili, obsah všedního dne nestačí ke kvalitní existenci. „Rozhodujícím rysem každodennosti je propast mezi užíváním a rozuměním,“ tvrdí Václav Bělohradský Převaha rutiny nad tvořivostí je rysem našeho života. Kvalita života potřebuje tvořivost, přesah. (Hogenová, 2002, s. 56).

Rogerson představuje plán kvality života, který se skládá z osobní a materiální složky. Jako udělování potřebných podmínek pro štěstí jedince nebo skupiny je občas

chápána kvalita života. Ovšem kromě prostředí hraje důležitou roli i subjektivní hodnocení. (Rogerson, 1995, s. 50)

#### **1.4 Historie pojmu Kvalita života**

Pojem kvalita života byl prvně vyřčen v USA ve 20. letech ve spojitosti s úvahami o ekonomickém rozvoji a úloze státu v odvětví hmotné podpory nižších tříd. O kvalitě života psali, v 50. letech jako o novém sociologickém tématu pánové Gailbraith (Společnost hojnosti) a Riesman (Osamělý dav). Vznášeli kritické výhrady vůči rozvoji americké společnosti, kterou ovšem vnímali jako šanci na zkvalitnění života amerického občana. Také Toffler ve svém „Šok z budoucnosti“ udává, že technologicky rozvinuté státy musejí v příštích letech vyčlenit obsáhlé zdroje na zlepšení toho, čemu říkali „kvalita života“. (Payne, 2005, s. 205)

Do politické situace USA tento termín zařadili prezidenti Kennedy a Johnson (v programech The Great Society a The Beautiful America) v 60. letech. V jednom ze svých projevů oznámil americký prezident Johnson zlepšování kvality života Američanů za cíl své politiky. Uvědomoval si, že indikátor společenského blaha není prostá kvantita spotřebovaného zboží (how much), ale otázka, jak dobře se lidem za určitých okolností žije (how good). Tento termín se začal používat jako určitá varianta konceptu společnost hojnosti (affluent society), který byl v té době jako odpovídající měřítko společenského blahobytu stále častěji zpochybňován. Začalo se totiž ukazovat, že pravidelný ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí se životem, ale spíše k růstu požadavků, které není možné vždy a zcela uskutečnit. (Payne, 2005, s. 205)

I postmoderní společnost podtrhuje nematerialistické prvky až jako dodatek uspokojování materialistických potřeb, což je smutnou skutečností. Proto představa kvality života s sebou přináší zvyšování lidských nároků a stupňování požadavků do existenční či duchovní oblasti. (Payne, 2005, s. 217)

#### **1.5 Přístupy k chápání kvality života**

Jednotný pohled na obsah pojmu kvalita života neexistuje, přestože je to pojem velmi častý. Je to zapříčiněno tím, že se používá v různých vědních disciplínách a oblastech. Tento pojem je chápán jako důsledek interakce mnoha různých faktorů na nejobecnější úrovni. (Payne, 2005, s. 209)

Z důvodu odlišných přístupů se rozlišují dvě roviny. Subjektivní, jenž se týká lidské emocionality a objektivní, která znamená splnění požadavků týkajících se materiálních a sociálních podmínek života, fyzického zdraví a sociálního statusu. (Payne, 2005, s. 209)

Dle Jesenského představuje kvalita života velmi rozměrnou oblast, která umožňuje tělesně postiženému jedinci žít ve společnosti. Tento pohled se však dá zobecnit na celou populaci. Rozdělujeme pak tyto činitele do dvou základních skupin - na vnitřní a vnější činitele. Vnitřním činitelem se rozumí všechna psychická a somatická vybavení ovlivněná nemocí, poruchou, defektem. Mezi vnitřní činitele se řadí také všechny aspekty ovlivňující vývoj a integritu osobnosti handicapovaného. Vnější činitele představují podmínky lidské existence. Tím se míní společensko-kulturní, ekologické, pracovní, výchovně vzdělávací, materiálně technické a ekonomické faktory. Tato oblast obsahově odpovídá objektivním rozřazením kvality života člověka. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 18)

## 2 KVALITA ŽIVOTA TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH

Asi každý z nás četl pohádku, v níž se král a královna marně snaží zplodit následníka trůnu. Zjeví se jim sudičky a oznámí, že až přijde čas, narodí se potomek. Každá pak přednese svou věštbu a přání miminku do kolébky načež zmizí. Protože pohádky věrně kopírují skutečný život, vždy se vyskytne jedna sudička, co připraví novému životu do cesty nějakou potíž nebo překážku. Osud se začne odvíjet... Někdy pomůže kouzelná babička, jindy vlastnosti lidské, jako statečnost, vytrvalost. Ale vždy má hlavní slovo láska. Dobro zvítězí a pohádka má šťastný konec. V běžném životě je tomu jinak. Když se zjistí, že do rodiny přibude nový člen, bývají rodiče těmi hodnými sudičkami. Mají běžné starosti. Prou se o jméno, dohadují se, zda bude dítě hrát hokej, nebo tančit. A zatím se nezadržitelně blíží den porodu a změny (někdy i úplně naruby převrátí) životy lidí kolem. Ne všichni rodiče mají to štěstí slyšet „je to kluk, holčička a je zdravý, zdravá“. Zlá sudička, s níž nikdo nepočítal, někdy nadělí do kolébky postižení a mladá rodina, která se prozatím potýkala s problémy, které život přináší každému z nás, stojí tváří v tvář situaci měnící zcela jejich život. (Chvátalová, 2001, s. 11)

### 2.1 Vymezení pojmů

V první řadě si vysvětleme pojmy jako je vada, porucha, defekt, postižení (dysability), znevýhodnění (handicap). **Vada, porucha, defekt** (impairment) je narušení, neboli abnormalita psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce.



Například člověk s vrozenou vývojovou vadou projevující se neúplným vyvinutím horních i dolních končetin. **Postižení** (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. Například postižení člověka spočívá v neschopnosti používat ruce běžným způsobem k běžným úkonům, jak to dělají lidé nepostižení. **Znevýhodnění** (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální. Handicap se například projevuje například při hledání pracovního uplatnění (jeho možnosti budou výrazně limitované omezenou schopností manipulovat s předměty nebo vykonávat činnosti vyžadující zapojení jemné motoriky atd.). (Josef Slowík, 2007, s. 26)

Pozůstatkem nedávné minulosti je stále přetrvávající medicinizace postižení, která se projevuje především pohledem na postiženého člověka jako na pacienta. Proč je nesprávně přiřazen pojem pacient k tělesně postiženým jedincům? Za prvé je slovo pacient neodmyslitelně spojeno s pojmem nemoc, postižení je přitom ne vždy možné ztotožnit s nemocí. Podle mezinárodně platné definice zdraví<sup>2</sup> (WHO) si dokonce můžeme za určitých podmínek dovolit člověka s postižením označovat za zdravého. Za druhé je role pacienta charakteristická tím, co pro roli člověka s postižením vůbec typické není (nebo alespoň ne ve všech případech). Pacient je vnímán jako ten, kdo se nachází v nežádoucím stavu, a tento stav by se měl snažit co nejdříve změnit, protože významně omezuje jeho možnosti prožívat život plnohodnotně. Řada lidí s trvalým tělesným postižením nemůže nikdy naplnit požadavek na změnu „nežádoucího stavu“, protože jejich postižení má trvalý a nevratný charakter. Přesto jsou schopni a odhodláni prožívat svůj život skutečně plnohodnotně a kvalitně. Nestojí přitom o litování ani nečekají na zázračné uzdravení. (Slowík, 2007, s. 29-30)

Základním symptomem tělesného postižení je tedy porušení motoriky, a to jak z hlediska kvalitativního, tak kvantitativního. U tělesně postižených se jedná o viditelné postižení dolních či horních končetin. Tělesná postižení mohou být vrozená (kongenitální) nebo získaná. Vrozené vady vznikly v průběhu prenatálního vývoje, v průběhu porodu nebo krátce v postnatálním období. Získaná postižení jsou způsobena buď úrazem, nebo různými chorobami a jejich následky mají negativní vliv na pohybové ústrojí. Získaná

---

<sup>2</sup> Zdraví je stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody. (Podle WHO, 1980)

postižení mohou vzniknout v kterémkoliv období života člověka. M. Vítková v knize Somatopedické aspekty uvádí tělesné postižení jako vady pohybového a nosného ústrojí (kosti, šlachy, klouby a cévní zásobení), jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, které se projevují porušenou hybností. Ať už tato postižení vznikají na základě dědičnosti, nemoci nebo úrazem. (Fischer, Škoda, 2008, s. 34)

Za tělesné postižení považujeme tedy přetrvávající nebo trvalé nárpadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony. (Gruber H., Lendl V., 1992 s167). Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození. Omezení výkonu vyplývá z různého obrazu poškození na ortopedickém, neurologickém a interním základě. Při hodnocení individuálních tělesných výkonových schopností se samostatně neposuzuje jenom tělesná forma, neporušitelnost končetin, neurologické předpoklady pro svalový tonus, pohybová koordinace a svalová síla, ale bere se v úvahu, že motorická insuficience (nedostatečnost) vyplývá také z nedostatku zásobování kyslíkem v důsledku onemocnění srdce, plic, krvetvorným orgánů, stejně jako poruchy regulace endokrinního systému. (Vítková, 1999, s. 39)

## **2.2 Postoj společnosti k lidem s tělesným postižením v historii**

Mezi členy lidské společnosti patřili od počátku také lidé, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy museli vypořádat se svými takto odlišnými členy, tento vztah se však v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti. Historický pohled na tyto proměny nám pomůže pochopit i zdroj některých současných postojů a předsudků, které přetrvávají v obecném povědomí. (Vágnerová, 1999, s. 7)

Abychom pochopili postoj společnosti k postiženým, je nutno vzít v potaz obecné vlastnosti psychiky člověka a jeho vztahu k ostatním lidem. Víme, že se osobnost člověka utváří v kontaktu a pod vlivem členů jeho společnosti. Každá společnost si vytváří svoje hodnoty a normy v rámci určité kultury a jako takové jsou podmíněny historicky, tj. úrovní vývoje celé lidské společnosti. Kultura tedy určuje, co je danou společností považováno za žádoucí a nežádoucí. Je zřejmé, že v průběhu historie a v závislosti na místě vzniku kultury se tyto hodnoty liší. Co je v jedné kultuře považováno za žádoucí, může být v druhé odmítáno nebo považováno za patologické. (Vágnerová, 1999, s. 7)

Každá společnost tedy ve své kultuře stanovuje určitý ideál, který odpovídá jejím potřebám. Vztah k lidem, kteří se odlišují od ostatních, je tedy v určitém způsobu smyslu založen na vývoji osobnosti člověka. Závislost člověka na sociálním prostředí je zvláště výrazná na primitivních úrovních vývoje společnosti. Čím nižší úroveň, tím více je člověk závislý na své sociální skupině. Tato závislost je dána tlakem vnějších okolností (čím více je zapotřebí, aby se na přežití skupiny podíleli její členové, a čím více je naopak jejich individuální přežití závislé na členství na skupině, tím silnější je závislost jedince na skupině na jedné straně a tlak skupiny na jedince ve směru dodržování skupinových norem na straně druhé). (Vágnerová, 1999, s. 8)

Už u zvířat pozorujeme odmítání jedinců téhož druhu, kteří nevykazují fyzické znaky druhu (např. albíni). Na nejprimitivnější úrovni vývoje lidské společnosti pravděpodobně vlivy přetrvávaly a měly za následek odmítání slabších či fyzicky postižených jedinců. Na postoji k postiženým měl zcela jistě vliv i tlak vnějších okolností např. ekonomická situace rodiny. Lze těžko předpokládat, že by si sociální skupina (rodina) mohla dovolit živit jedince, který není schopen přinést skupině užitek, spíše ji zatíží nutnou péčí o něj. Např. ve staré Spartě docházelo k třídění nemluvňat podle jejich předpokládané pozdější zdatnosti ve vojenské službě. Postižení se tak nevýhodně odlišují od určitého estetického ideálu kultury. Zvláště výrazné je to v antickém Řecku a Římě, kde celá kultura byla založena na souladu krásy těla a ducha, hodnota člověka byla posuzována dle těchto dvou kritérií a i vlastní rodina pak často ukryvala tělesně postižené dítě. Příčiny narození postiženého dítěte byly zpravidla přičítány neznámým, ale negativním vlivům (uhranutí, očarování matky či její nemravné styky před narozením dítěte). Jedinec je proto považován za potencionální nebezpečí pro skupinu, především proto, že reprezentuje vliv neznámých a tím už nebezpečných sil. Vlivem náboženských představ vstupuje do chápání postižení i boží vůle, buď v podobě zkoušky, nebo trestu. (Vágnerová, 1999, s. 10)

Často se předpokládalo u tělesně postižených určité pokřivení charakteru. Postižení se pak stávalo znamením, stigmatem, které označovalo jedince, za nepřijatelného i z jiných důvodů než jen postižením. Postižení pak bylo chápáno jako varovný signál. (Vágnerová, 1999, s. 8)

Postižení byli zpravidla společností zavržováni, zároveň jim však byly připisovány magické schopnosti (prorocký dar slepců, znetvořená čarodějnice, vybavená kouzelnou mocí), které k nim přitahovaly, i když s příměsí strachu. Velmi často se pak postižení

stávali nositeli zvláštních schopností, které jim svým způsobem zajišťovaly místo ve společnosti. Podobné představy přežívaly pohanské doby ještě do relativně nedávného času a velmi pravděpodobně v některých i velmi civilizovaných zemích přežívají dodnes. V postojích společnosti k postiženým jedincům můžeme rozeznat řadu předsudků či stereotypů, které v zastřeně, či málo uvědomělé formě, často působí dodnes. Zvláště výrazně si to uvědomujeme u nás, kde byli postižení uměle oddělováni od společnosti a jen málokdo se s nimi skutečně setkával. (Vágnerová, 1999, s. 8)

V průběhu dějin se však postupně vytvářela i druhá linie vztahu k postiženým, zřetelněji vyjádřená ve středověku v podobě příkazu křesťanské lásky (charitas) a z toho plynoucí péče o slabé a nemocné. Zvláště pak v posledních dvou stoletích. (Vágnerová, 1999, s. 8)

### **2.3 Postoj společnosti k lidem s tělesným postižením v současné době**

I moderní civilizovaný člověk může podléhat magickému i mytologickému myšlení při setkání s neznámým a tedy potencionálně nebezpečným. Ještě dnes se můžeme setkat s názorem, že např. tělesně postižený člověk je zároveň i mentálně retardovaný. Přes veškeré humanizační tendence zůstává vztah společnosti k lidem s postižením v mnohém ambivalentní až protikladný. Na jedné straně uvědomováním si, že postižení neubírá na lidské hodnotě, potřebnosti a důstojnosti, na druhé straně naopak odtažitostí, obavami, předsudky ovlivňujícími vzájemnou koexistenci. Někteří z těch, kteří pracují, nebo organizují aktivity ve prospěch lidí s postižením, přistupují k těmto spoluobčanům ne jako partneři, ale s určitou nadřazeností těch, kdo konají něco šlechtného. Zcela výstižně to dokládají novinové titulky typu: „Naše děti společně s postiženými dětmi z Jedličkova ústavu zahrají divadlo.“ nebo „I tělesně handicapovaní mohou plavat v bazénu“. Titulky by mohly znít např., Naše děti zahrají divadlo, aby tak sdělovaly fakt, že jde o dětské divadelníky, ale bez stigmatizujících přívlastků. (Novosad, 2011, s. 67-70)

### **2.4 Rozdělení tělesného postižení**

Pro toto rozdělení je důležitá míra soběstačnosti a nezávislosti, která je vázaná na zachování přijatelné pohybové funkce horních i dolních končetin. Hybnost horních končetin je významná pro sebeobsahu a pro aktivní kontakt s prostředím, pro vyjádření vztahu k ostatním osobám. Pro jakoukoliv pracovní aktivitu je důležitá manuální zručnost. Hybnost dolních končetin je důležitá pro samostatnou lokomoci, která umožňuje odpoutání

ze závislosti na ostatních lidech. Je prostředkem k získání mnoha poznatků a zkušeností. Hybnost mluvidel a mimická pohyblivost jsou důležité pro rozvoj verbální i neverbální komunikace. Postižení mluvidel tedy významně ovlivňuje sociální uplatnění člověka a jeho pozici ve společnosti. Akceptace ostatními lidmi a v závislosti na tom i jeho sebehodnocení. (Vágnerová, 2004, s. 252)

Pohybové postižení může mít různé příčiny, na nichž závisí charakter omezení, popřípadě i pravděpodobnost kombinace s dalším postižením. Pohybové postižení má důsledky v oblasti mozku, poruchy kostí a kloubů a poruchy svalů. (Vágnerová, 2004, s. 252)

#### **2.4.1 Pohybové postižení – poruchy mozku a míchy**

Poruchy mohou vzniknout v důsledku genetické odchylky při vývoji. Mohou vzniknout v prenatálním či perinatálním období, jako jsou například dětská mozková obrna, rozštěpy páteře, nebo jako následkem chorob a úrazů jako jsou například roztroušená skleróza mozkomíšní, Parkinsonova choroba, degenerativní onemocnění míchy, nádorové onemocnění. Pokud porucha vznikne jako projev organického postižení centrální nervové soustavy, většinou se projevuje i narušením psychických funkcí, například mentální retardace, demence, porucha aktivity a pozornosti ADHD. (Vágnerová, 2004, s. 252)

#### **2.4.2 Pohybové postižení – poruchy kostí, kloubů**

Může jít o vrozené vady, jako jsou například osteogenesis imperfecta nebo hypoplazie končetin nebo vady získané, jako například osteoporóza. Většinou se jedná o poruchu růstu kostí nebo takové poškození kostní tkáně, které brání normální funkci opěrného aparátu a tudíž i pohybu. Mechanická poškození kloubu - artritida, což je zánětlivé onemocnění, mají rovněž za následek omezení pohybu. Postižení pohybového aparátu bývá pouze mechanické, může být důsledkem chybění končetiny nebo její části, například amputace. (Vágnerová, 2004, s. 252)

#### **2.4.3 Pohybové postižení- porucha svalstva**

Tyto vady se projevují zhoršením funkcí svalové tkáně jako je například myastenia gravis. Tato nemoc spočívá v poruše nervosvalového vzruchu - aktivizace jeho funkce. Dále sem můžeme zařadit úbytek svalové hmoty jako je například svalová dystrofie Dechenova typu. Tato porucha spočívá v degenerativní změně svalových vláken. (Vágnerová, 2004, s. 252)

## 2.5 Psychika tělesně postižených

Psychologie lidí s tělesným postižením se zabývá obecně otázkami duševní činnosti a duševního vývoje. Tělesné postižení nevytváří samo o sobě nové zvláštní vlastnosti člověka, připravuje mu však náročnější životní situaci. Podstatné v psychologii tělesně postižených je v první řadě porozumění jejich životní situaci. (Matějček 2001, s. 7)

Tělesné postižení je spojeno s mnoha omezeními, která mohou představovat dlouhodobý stres. Možné důsledky tělesného postižení lze shrnout do dvou složek. Pohybový defekt neboli funkční handicap a tělesná deformace - neboli estetický handicap. (Vágnerová, 2004, s. 251)

Postižení v oblasti tělesného pohybu nepříznivě ovlivňuje rozvoj všech funkcí, jako jsou například zkušenosti, kvantita i kvalita různých podnětů, zvláště pak sociálního charakteru. Pohybově postižený klient nemá tolik možností setkávat se s druhými lidmi a většinou má i menší zkušenosti s různými sociálními situacemi, a proto se nemůže naučit, jak se v těchto situacích chovat. Nebo ví, jak by se měl chovat, ale kvůli svému postižení toho není schopen. Může se začít vyhýbat těmto situacím, pokud zažil něco nepříjemného. Je zde velké riziko, že postižený jedinec zůstane sociálně izolován. Jedinci s později vzniklým postižením připouštějí, že tyto potíže omezily jejich nezávislost a změnily některé jejich vlastnosti. Změny nemusí být jenom negativního charakteru (např. posílení hostility, pocitů bezmoci a vztahovačnosti), někdy mohou být i pozitivní. Člověk s postižením, který si prožije takové trauma, bývá citlivější a vnímavější vůči svému okolí, získá nadhled a cítí se i celkově tolerantnější. (Vágnerová, 2004, s. 253)

Postižení v oblasti tělesného vzhledu ovlivňuje celkové sebehodnocení. Někdy ovšem v mnohem větší míře, než kdyby šlo o postižení pohybu. Viditelná tělesná deformace má téměř vždy negativní sociální význam, který může být větší, než je vliv pohybového defektu. Nápadné odlišnosti a změny nepříjemně ovlivňují jeho akceptaci okolím i sociální hodnocení a tím snižují sociální status. (Vágnerová, 2004, s. 253-254)

Když se tělesně postižený chová nepřiměřeným způsobem, jedná se často o reakci obrannou na odmítání a podceňování, nebo, je to reakce na dlouhodobý a nadměrný stres a frustraci. Postižení v oblasti tělesného vzhledu ovlivňuje celkové sebehodnocení, někdy závažněji nežli postižení pohybu. Trauma je zapotřebí nějak kompenzovat a vytvořit si tzv. „vnitřní rovnováhu“. Problém vyplývající z tělesného postižení lze kompenzovat např.

zvýrazněním nějaké hezké části těla kupříkladu obličeje, nebo důrazem na duchovní oblast. Dochází ale i k negativním únikovým strategiím, jako je například útěk k alkoholu, k návykovým látkám. (Vágnerová, 2004, s. 253-254)

## 2.6 Komunikace s tělesně postiženými klienty

Komunikace hraje významnou roli v životě člověka a postižení v této oblasti se týká zejména jeho sociální existence

Jestliže defekt přímo narušuje komunikační schopnosti postiženého jedince, jeho handicap se ještě více prohlubuje, protože dorozumívání se s okolím je tak už primárně omezeno nebo znemožněno. Klienta, kterému schází končetina nebo trpí nějakou viditelnou estetickou a hlavně nepříjemnou tělesnou deformací, se ostatní velmi často ostýchají, nebo se na něho bojí dívat. Okamžikem, kdy se s ním však dají do řeči, zábrany a překážky brzy opadnou a znevýhodnění bude minimální, alespoň v okruhu blízkých lidí. Jiné je to s klientem, který prodělal mozkovou mrtvici, a my nemůžeme úplně odhadnout stupeň poškození. Zde může vzniknout závažná komunikační bariéra a dlouhodobě zůstat handicap i v okruhu blízkých osob. Zábrany v komunikaci „nepostižených“ lidí s jedinci s postižením přitom velice často vycházejí z jednoho zásadního problému, kterým je neinformovanost. Schází ovšem solidní informace o osobách s postižením jako o docela obyčejných lidech, kteří prožívají úplně běžné starosti, radosti i problémy. Díky kvalitní informovanosti se zmenšuje strach a ostych a předsudky, takže těm, co už o konkrétním postižení něco vědí, nedělá problém, se setkávat s postiženými osobami. A je to právě osobní setkání, které je pro interpersonální komunikaci nezbytné. Bariéry a problémy v komunikaci ze strany „nepostižených“ lidí mnohdy dokonce přesahují i vliv závažného narušení řeči u jedinců s postižením. (Slowík, 2010, s. 26)

Jak můžeme přistupovat k někomu, kdo je třeba na první pohled fyzicky zvláštní? První a velmi důležité je, nenechat se ovlivnit haló-efektem. Ten může být spojen s nepříjemnými pocity, nejistotou, obavami nebo dokonce s odporem. Rozhodně neposkytuje spolehlivý základ pro pozorování druhého člověka. Musíme si uvědomit, že mluvíme s úplně normálním člověkem, který třeba jenom neobvykle vypadá. Je důležité, abychom nespojovali vizáž, tělesné a řečové obtíže se sníženou inteligencí. Řada lidí s postiženými lidmi jedná tak, jako by byli automaticky postiženi také mentálně a smyslově. Tělesný handicap nemá sám o sobě nic společného se snížením intelektu. Takový přístup je velmi ponižující, urážející a trapný. Při problémech s řečí je při

komunikaci vyžadována hlavně trpělivost a dostatek času na komunikaci. Není rozumné dělat, jako bychom člověku rozuměli, když jsme mu nerozuměli. Jistě se neurazí, když se slušně zeptáme znovu na to, čemu jsme nerozuměli. Pokud si postižený o pomoc neřekne nebo není její potřeba naprosto zřejmá, neměli bychom mu ji vnucovat. Nutné je velmi pozorné naslouchání. Přístup k lidem s těžkým tělesným postižením by měl být citlivý, empatický, nikdy však litující. Většina lidí s tělesným postižením lítost cítí jako ponižující. Nechtějí být předmětem soucitu okolí, ale rovnocennými partnery. Většina se dávno srovnala se svojí situací a nevnímají svůj život jako tragický. Dále je zbytečné při kontaktu s tělesně postiženými takzvaně „chodit kolem horké kaše“ a snažit se ze všech sil vyhnout tématu jeho postižení. Třebaže je úplně evidentní, že nás spousta věcí zajímá. Nemusíme se, bát zeptat se, co život s takovým postižením znamená. Nesmíme však postiženého urazit a můžeme se ptát jen tehdy, jestliže je dotýčený na naše dotazy ochoten a připraven odpovídat. Rozhodně to není vhodné ve chvíli, kdy postižený jedinec není vyrovnán s vlastním osudem, například krátce po úrazu. Z této části vychází několik doporučení jak jednat s postiženými jedinci: (Slowík, 2010, s. 44)

- Při komunikaci s člověkem na vozíku je důležité a vhodné se fyzicky snížit na jeho úroveň (například se posadit). Nikdy se ovšem neopíráme o vozík, pokud to ten, kdo na něm sedí, nedovolí.
- Když doprovází postiženého jedince druhá osoba, vždy se v rozhovoru obracejme na postiženého člověka, ne asistenta.
- Tělesné postižení není automaticky spojeno s postižením intelektu a smyslu.
- Když se postižený obtížně vyjadřuje, musíme mu nechat dostatek času k formulaci sdělení. Důležité je pozorně naslouchat a ověříme si, zda správně rozuměl.
- Jestliže nerozumíme, nebojíme se zeptat doplňující otázkou. Nebo využít náhradní způsoby komunikace (mimika, gesta, obrázky, písemné sdělení, afatický slovník).
- Pomoc postiženému člověku jen nabídneme, nevnučujeme.

(Slowík, 2010, s. 44)



### 3 LÉČBA A PÉČE O TĚLESNĚ POSTIŽENÉ

Na podporu přijatelného rozvoje pohybových pravomocí, ale někdy i na změnu postoje k vlastním problémům, jsou zaměřeny tyto terapeutické metody:

**Medicínská léčba** je významná pro zlepšení, popřípadě udržení přijatelného stavu, závisí na typu postižení. Na medicínskou léčbu navazuje **rehabilitační péče**. Různé formy fyzioterapie slouží k dosažení maximálního možného stupně hybnosti nebo aspoň uchování stávajícího stavu, pokud existuje riziko jeho zhoršení. Součástí rehabilitační péče je používání kompenzačních pomůcek (např. berle, vozík, chodítka...). **Kompenzační pomůcky** umožňují dosáhnout alespoň určitého stupně pohybové samostatnosti. Pohybová samostatnost hraje velkou roli v psychice a sebedůvěře tělesně postiženého jedince. **Psychoterapeutická péče** o klienty s tělesným postižením. Je voleno hlavně u starších dětí a dospělých, kteří mají v důsledku svého postižení problémy v kontaktu s ostatními lidmi, v navazování vztahů a začlenění do širšího sociálního prostředí. K tomuto účelu jsou využívány behaviorální metody (nedirektivní nácvik sociálních dovedností, skupinová psychoterapie, apod...). Psychoterapeutické vedení se zaměřuje na změnu postoje k vlastním potížím. Velmi důležitá součást péče o tělesně postižené je **péče a terapeutická práce s rodinou**. Protože pomoc potřebují nejenom tělesně postižení klienti, ale také ostatní členové rodiny. Zvládnutí této situace bývá nelehké. Svépomocné skupiny rodičů nebo partnerů tělesně postižených, mohou být v této situaci velmi užitečné. Jejich dojem spočívá v podpoře této skupiny, sdílení obdobných problémů, mnohdy i získávání užitečných informací a zkušeností. **Socioterapie** obsahuje pomoc klientovi s vadou hybnosti při hledání bezbariérového bydlení, příhodného zaměstnání. (Vágnerová, 2004, s. 261)

Péče o osoby s tělesným postižením dokládají už velmi staré archeologické nálezy literární prameny. Vrozené i vzniklé tělesné poškození bylo zachycováno v popisech, obrazech a doloženo i skutečnými nalezenými kosterními pozůstatky. Historie různých léčebných pokusů v oblasti tělesných vad a zdravotních oslabení patří k dějinám medicíny. Velmi důležitá je u tělesně postižených osob zdravotní rehabilitace. (Slowík 2007 s 101) Součástí léčebné rehabilitace může být například naučení se speciální metody psaní u tělesně postižených například po amputaci nebo s obrnou horních končetin. (Jesenský, 1995, s. 52)

### 3.1 Metody rehabilitace tělesně postižených klientů

**Bobath koncept** je holistický koncept který se nejčastěji se používá k hodnocení a terapii osob s poruchou CNS. Cílem terapie je optimalizace funkce zlepšení kontroly tonu svalstva při chůzi, stání, sedu a selektivního pohybu. **Kabatovu metodu** lze použít jen u člověka, který není mentálně postižený a má ze svého dětství zažitě normální pohybové vzory. Pacient musí při cvičení plně spolupracovat. Metoda je založena na myšlence probuzení svalové aktivity z periferie. **Vojtův princip** představuje funkční a holistický přístup k diagnostice a terapii centrálních a některých periferních poruch motoriky v dětském i dospělém věku. Využívá existence vrozených geneticky determinovaných globálních koordinačních komplexů. Pohyb probíhá reflexně, tzn. nezávisle na vůli klienta a účinek terapie závisí na úrovni plasticity CNS. **Metoda sestry Kenny** byla vypracovaná pro terapii následků poliomyelitidy a dosud se používá při léčbě periferních paréz různé etiologie. **Synergická reflexní terapie (SRT)** je postup vyvinutý Dr. Pfaffenrotem pro léčbu a prevenci následků po DMO a dalších neurologických a ortopedických poruch u dětí a dospělých. Používají se prvky známých reflexně terapeutických metod. **Feldenkreisova metoda**, spočívá v zapojení propriocepce při cvičení a tím tedy dosažení souhry mezi pacientovou představou pohybu a jeho objektivními možnostmi. **Metoda dle Brüggera**, využívá metodu aktivního odpočinku, který vede k uvolnění spasmů a vyladění svalového napětí **Metoda Mc Kenzie**, kde se jedná o biomechanický přístup a používá se k léčbě hlavně bederních diskopatií. (Votava, 2003, s. 33-35)

## 4 SOCIÁLNÍ POMOC TĚLESNĚ POSTIŽENÝM

Většina tělesně postižených má nárok na sociální pomoc a finanční podporu na nákup pomůcek, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu. Tyto dávky pro osoby tělesně postižené pomáhají zkvalitňovat jejich život a usnadňovat péči blízkým osobám. Lidé s tělesným postižením mají také zvýšenou ochranu na trhu práce. Jaké, jsou podmínky, k získání průkazu TP, ZTP, ZTP/P? Jaké výhody má jeho držitel?

### 4.1 Zaměstnávání lidí s tělesným postižením.

Lidi s tělesným postižením lze zaměstnat dle rozsahu jejich postižení. Existuje tzv. chráněné pracovní místo, což je pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu s tělesným postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce ČR. Tato dohoda

se uzavírá na dobu 3 let. Zaměstnavatel po zaměstnání tělesně postiženého jedince získá příspěvek pro zaměstnavatele na částečnou úhradu provozních nákladů tohoto chráněného pracovního místa. Příspěvkem jsou nahrazovány skutečně vynaložené prostředky na mzdy nebo platy v měsíční výši 75 %, nejvýše však 8000 Kč. (MPSV, 2005)

## 4.2 Průkazy pro tělesně postižené

Nárok na průkaz má osoba starší jednoho roku s tělesným, duševním nebo smyslovým postižením, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace. Jsou tři druhy těchto průkazů. Průkaz TP může vlastnit pouze osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace. Tím se myslí, když je osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí. V exteriéru je schopna chůze jen omezeně a velké obtíže ji dělají nerovný povrch a překážky. Průkaz ZTP může dostat člověk s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace. Tím se rozumí stav kdy je osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značné obtíže. Průkaz ZTP/P může vlastnit pouze osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce. Tím se rozumí stav, kdy osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu není schopna samostatné orientace v exteriéru. Osoba vlastní TP má nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích s výjimkou míst vázaných na koupi místenky. Dále má osoba nárok na přednost při projednávání svých záležitostí, hlavně tedy při stání. To neplatí v obchodech a ve zdravotnických zařízeních. Držitel ZTP má ty samé nároky jako držitel TP a navíc má bezplatnou dopravu veřejnými dopravními prostředky a slevu 75 % na vlakovou a autobusovou dopravu ve vnitrostátní přepravě. Vlastník ZTP/P má nárok na všechno výše jmenované plus k tomu bezplatnou přepravu veřejnou dopravou autobusem i vlakem vnitrostátně pro průvodce nebo vodícího psa. (MPSV, 2005)

## 4.3 Dávky pro osoby s tělesným postižením

Může být poskytován příspěvek na mobilitu, což je opakující se nároková dávka a je určena osobě starší jednoho roku. Podmínky pro získání příspěvku je průkaz ZTP nebo ZTP/P. Osoba se musí pravidelně dopravovat nebo být dopravována (MPSV, 2005)

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která trpí těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžkým sluchovým či zrakovým postižením.

Zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění. Je hrazena z veřejného zdravotního pojištění nebo je zapůjčena příslušnou pojišťovnou. Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek je obsažen ve vyhlášce č. 388/2011 Sb. Příspěvek na zvláštní pomůcku může být třeba příspěvek na motorové vozidlo nebo příspěvek na speciální zádržný systém. (MPSV, 2005)

Tělesně postižení mohou mít nárok na příspěvek na péči, který se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné osoby. Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může poskytovat buď osoba blízká, nebo asistent sociální péče anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. U tohoto příspěvku se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, stravování, orientace, komunikace, tělesná hygiena, oblékání a obouvání, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. (MPSV, 2005)

## **5 PRÁVA TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH**

Listina práv tělesně postižených vychází z Všeobecného prohlášení o lidských právech, Prohlášení lidských a občanských práv, Všeobecného zákona o tělesně postižených a Evropské konvence lidských práv vydaného v Paříži v roce 1975. (MPSV, 2005)

V souladu s těmito dokumenty má každá tělesně postižená osoba stejná práva a povinnosti jako kdokoliv jiný. Je tedy nutné podporovat každou sociální a ekonomickou politiku, která k právům a povinnostem postižených osob přihlíží. (MPSV, 2005)

Tělesně postižená osoba s omezením pohybové aktivity se stává ve zvýšené míře závislou na svých blízkých, na okolním prostředí i na celé společnosti. Proto je povinností společnosti pomáhat při začlenění našich spoluobčanů s tělesným postižením do normálního života. Postižení mají plné právo na nezávislý a samostatný způsob života, jaký si sami zvolí. Mají právo integrovat se do společenského života, mají právo na splnění svých přání a tužeb. Postiženým, kteří chtějí žít v domovech s pečovatelskou službou, má být umožněno vybrat si kvalitní domov, kde by byla plně respektována jejich osobnost. Tělesně postižené osoby využívají i soukromé domy či byty a společnost jim musí dát příležitost je přizpůsobit pro pohodlný, nezávislý a bezpečný život. Celé znění práv tělesně postižených viz příloha č. 2 na konci mé bakalářské práce. (MPSV, 2005)

Francouzská Organizace tělesně postižených, vydala chartu práv a povinností tělesně postižených (Assotiation des Paralyses de France - APF). Překlad Luboš Chaloupka

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

Pojem „kvalita života“ je poslední dobou velmi diskutované téma. Ovšem definovat kvalitu života je velmi obtížné. Je to způsobeno tím, že se o kvalitě života hovoří v různých vědních disciplínách. Obecně lze kvalitu života definovat jako následek vzájemného působení mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které se hromadí a velmi často neznámým způsobem na sebe vzájemně působí a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. První volbou je tedy nepřímá metoda k určení kvality života pomocí ukazatelů kvality života. Žádné skutečné měření však nemůže zahrnout všechny složky, které lidský život a jeho kvalitu opravdu ovlivňují. (Payne, 2005, s. 207)

V této práci jsem se snažila zjistit, jak jsou dotazovaní tělesně postižení klienti spokojeni se svým a partnerským životem. Jaké mají možnosti a naopak omezení ve svém každodenním životě. Zda využívají všech dostupných příležitostí a pomoci. Tato problematika je velice široká a jsem si vědoma, že v této práci není zahrnuta celá oblast. Snažila jsem se proto alespoň o zachycení nejpodstatnějších částí. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala kvantitativní formu výzkumu. Důležitou součástí výzkumu je potvrzení či vyvrácení hypotéz. Tímto si i kladu otázku: „Jak se změnila kvalita života klienta se získaným tělesným postižením?“

## 7 CÍL VÝZKUMU

### 7.1 Hlavní cíl výzkumu

- Zjistit kvalitu života klientů se získaným tělesným postižením.

### 7.2 Dílčí cíle

- I. Zjistit, jak klientovo postižení ovlivnilo jednotlivé oblasti jeho života (práce, volný čas, partnerský život, bydlení).
- II. Zjistit závislost klienta se získaným tělesným postižením na druhých lidech.

### 7.3 Předpoklady

- I. Předpokládám, že většina klientů přizpůsobila své zájmy postižení.

(kriterium pro většinu je 80 %)

Otázky: 19, 20, 21

- II. Předpokládám, že více jak polovina klientů se získaným tělesným postižením musela změnit své bydlení.

Otázky: 5, 6, 7

- III. Předpokládám, že většina klientů se získaným tělesným postižením musela změnit svou práci (kriterium pro většinu je 70 %)

Otázky: 8, 9, 10,

- IV. Předpokládám, že více jak polovina respondentů bude spokojena se svým partnerským životem.

Otázky: 11, 12, 13, 14, 15

- V. Předpokládám, že více jak polovina klientů bude závislá na pomoci druhých lidí.

Otázky: 16, 17, 18

## **8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU**

Výběr respondentů byl záměrný, kritéria pro výběr byla: věk (18-65let), typ postižení (získané tělesné postižení), bydliště (Plzeň a okolí). Zabývám se respondenty ve věkové skupině od 18-65 let, protože mé otázky jsou přizpůsobeny pro klienty v reprodukčním věku. Ve svém výzkumu se zabývám druhy získaných postižení. Vzorek respondentů tvořilo 100 tělesně postižených klientů.

## **9 METODA SBĚRU DAT**

Jako způsob sběru dat pro svůj výzkum jsem zvolila výzkum kvantitativní. Použila jsem metodu polostrukturovaného dotazníku. Dotazník (viz příloha 1) obsahuje 21 otázek. První 4 otázky jsou informativní: jaké je pohlaví respondentů, jaký typ postižení mají jaký je stupeň jejich postižení a kde respondenti bydlí. Otázky číslo 5, 6, 7 se týkají změny bydlení. Otázky číslo 8, 9, 10 jsou zaměřeny na změny v práci. V otázkách č. 11-15 jsem se zaměřila na partnerský život. V otázkách 16, 17, 18, se dotazuji na schopnost vykonávat běžné denní činnosti, jako jsou oblékání, jízda dopravním prostředkem a zvládání běžných domácích prací. Poslední tři otázky jsem zaměřila na volný čas. Otázky byly určeny všem respondentům. Dotazník, který byl rozdán, je zařazen v příloze č. 1, na konci mé bakalářské práce.

Při sestavování otázek do dotazníku jsem se inspirovala z dotazníků na kvalitu života v souvislosti se zdravím. Dotazník SQUALA (Subjective quality of life analysis), který posuzuje 17 oblastí dvojitým způsobem; jednak důležitost každé oblasti pro dotazovaného, jednak spokojenost v té dané oblasti. Autorem SQUALA dotazníku je M. Zannotti. (Dragomirecká, et al., 2006b s. 18)

Světová zdravotnická organizace doporučuje dotazník WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF. První dotazník se skládá ze 100 otázek. U druhého dotazníku se jedná o zkrácenou verzi o 26 otázkách. (Dragomirecká, et al., 2006a s. 15)

Dále jsem se inspirovala z Barthelova testu základních všedních činností ADL (activity daily living), který slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech.



## 10 ORGANIZACE VÝZKUMU

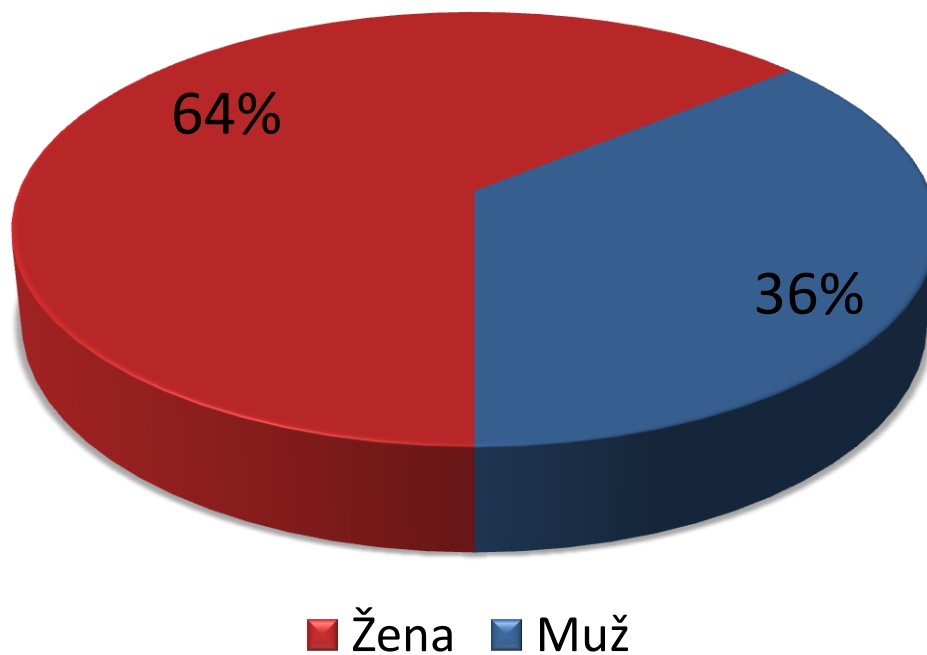
Distribuce dotazníků probíhala v organizacích pro tělesně postižené. Cestovní klub KID (klub invalidních dobrodruhů) ode mne obdržely 20 dotazníků, stejný počet vyplněných se mi vrátil zpět (návratnost 100 %). CK KID mi velmi pomohl s distribucí dotazníků a s doporučováním dalších organizací, které byly ochotny se zúčastnit mého výzkumu. Sociálně terapeutické dílny Motýl ode mne obdržely také 20 dotazníků, nazpět jsem jich obdržela 16. (návratnost 80 %). Další dotazníky jsem rozdala na schůzi Svazu tělesně postižených, kde mi bylo umožněno se zúčastnit. Zde se zapojilo 44 respondentů, návratnost byla 88 %, protože bylo rozdáno 50 dotazníků. Ve sdružení EXODUS bylo ochotno mi vyplnit dotazník 10 respondentů. Souhlasy s vykonáním výzkumu v organizacích viz příloha č. 4 na konci mé bakalářské práce. Zbýlých deset dotazovaných odpovídalo prostřednictvím sociální sítě na anonymním dotazníku online. Výzkum probíhal od 15. ledna 2015 do 13. března 2015. Rozdala jsem celkem 110 dotazníků, přičemž se mi jich vrátilo 100 (91 %) zpracovaných. Respondenti ode mne obdrželi dotazník a měli za úkol jej vyplnit. Vyplnění dotazníků předcházela slovní instruktáž a ujištění o zachování anonymity. Odpovědi jsou zpracovány do grafů pomocí programu Microsoft Excel.

## 11 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1:

**Pohlaví**

*Graf 1 Pohlaví respondentů*



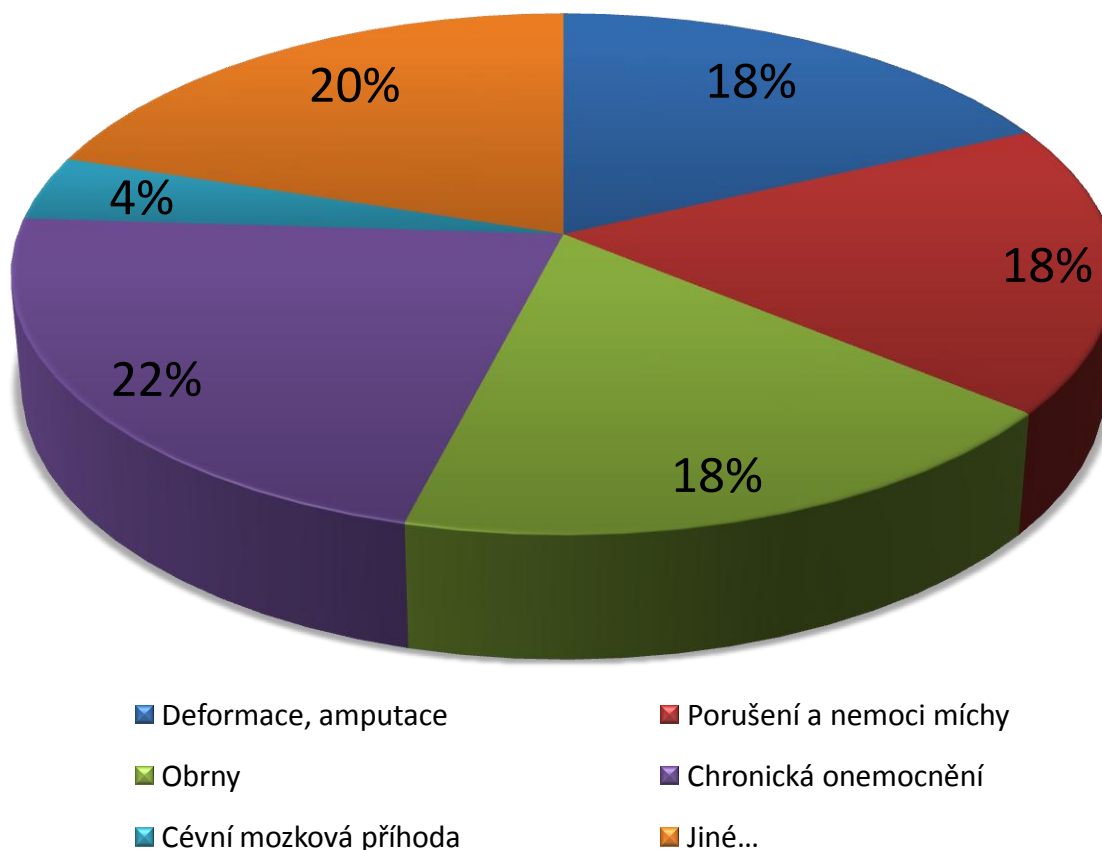
Zdroj: vlastní

Graf číslo 1 ukazuje rozložení odpovědí na otázku, jakého je respondent pohlaví. K výzkumu bylo použito 100 vyplněných dotazníků, z čehož bylo 64 % (64) žen a 36 % (36) mužů.

Otázka č. 2:

**Jaký typ získaného postižení máte?**

*Graf 2 Typy postižení*



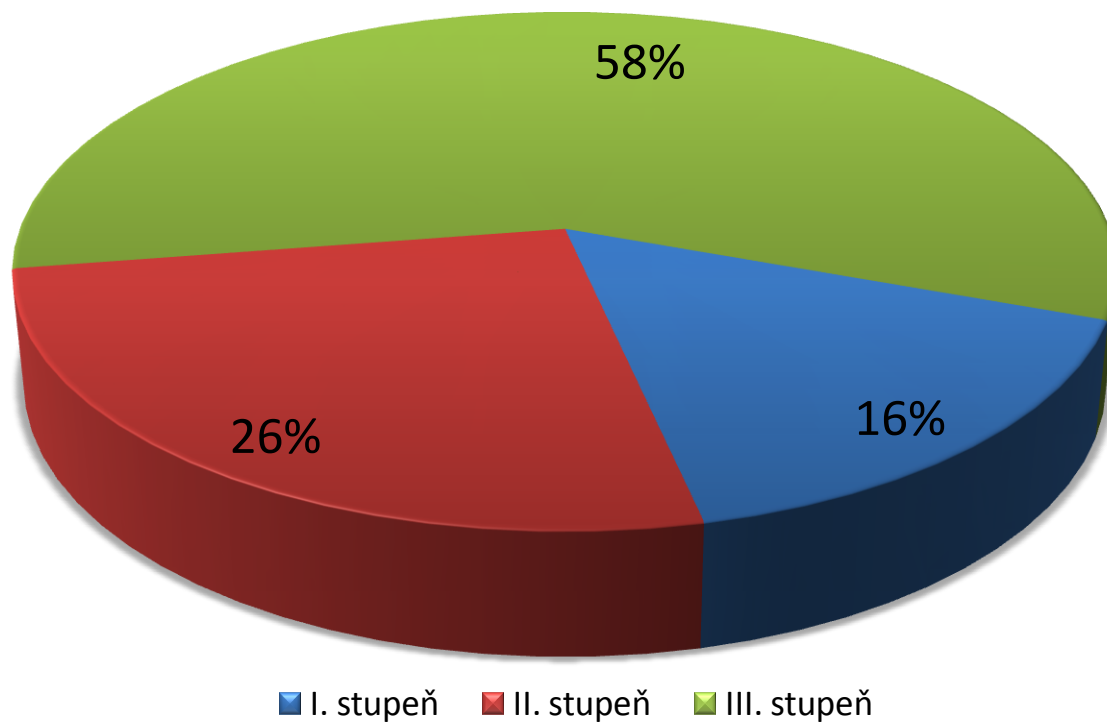
Zdroj: vlastní

Graf číslo 2 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Jaký typ získaného postižení máte? Z celkového počtu 100 dotazovaných mi na otázku odpovědělo 22 % (22) respondentů, že trpí některým druhem z chronického onemocnění, 20 % (20) dotazovaných uvedlo jiné onemocnění, následujících 18 % dotazovaných jsou postiženi obrnou. Porušením a nemocí míchy trpí dalších 18 % (18) dotazovaných. Po amputaci končetin a deformaci končetin je 18 % (18) respondentů. Zbývající 4 % (4) jsou lidé po cévní mozkové příhodě.

Otázka č. 3:

**Jaký stupeň postižení máte?**

*Graf 3 Stupeň postižení*



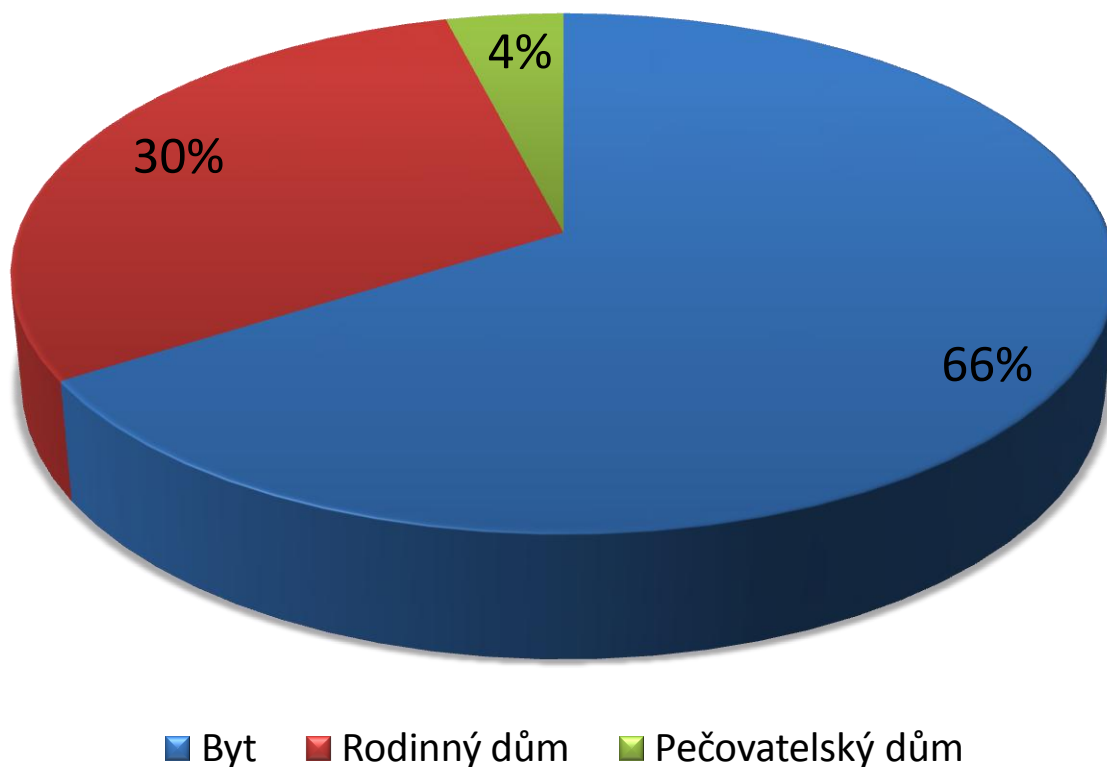
Zdroj: vlastní

Graf číslo 3 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Jaký stupeň postižení máte? Z celkového počtu 100 respondentů 16 % (16) dotazovaných uvedlo, že mají I. stupeň postižení. II. stupeň zakroužkovalo 26 % (26) respondentů. Poslední skupina 58 % (58) dotazovaných odpověděla, že mají III. stupeň tělesného postižení.

Otázka č. 4:

**Kde bydlíte?**

*Graf 4 Druh obydlí*



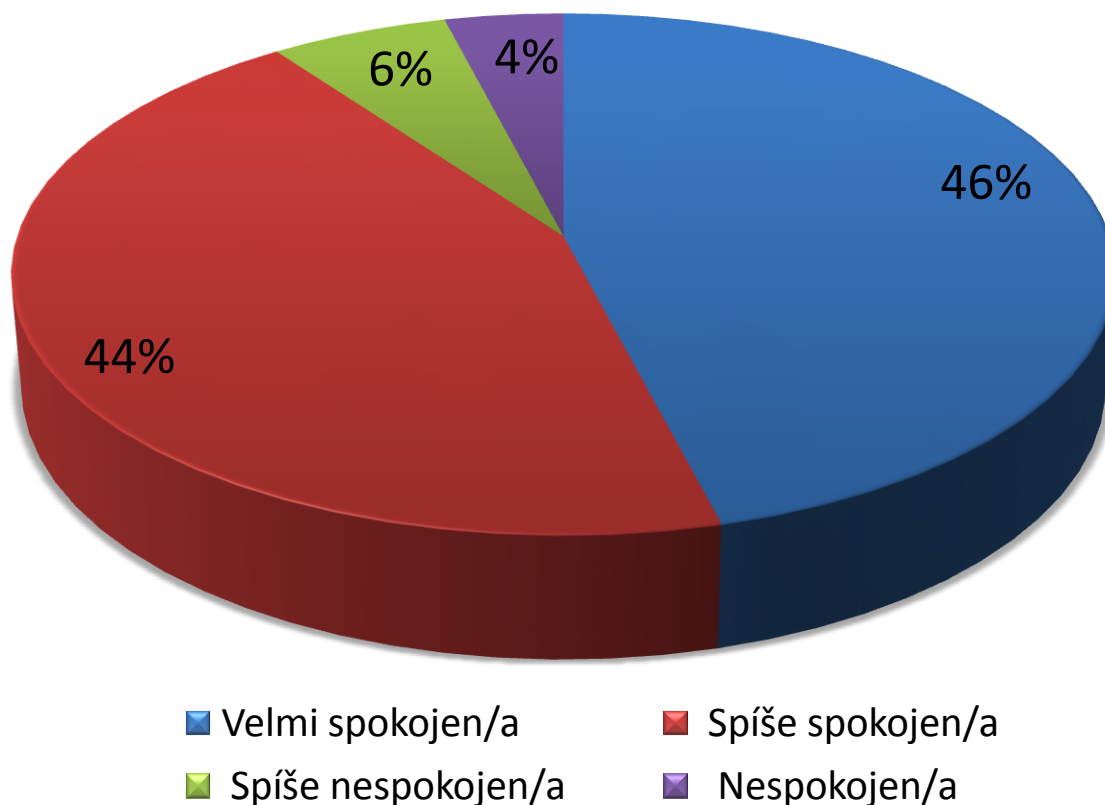
Zdroj: vlastní

Graf číslo 4 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Kde bydlíte? Největší část dotazovaných 66 % (66) bydlí v bytě. 30 % (30) respondentů bydlí v rodinném domě. A jenom 4 % (4) respondentů obývá pečovatelský dům.

Otázka č. 5:

**Jak spokojený/á jste se svým bydlením?**

*Graf 5 Spokojenost respondentů s bydlením*



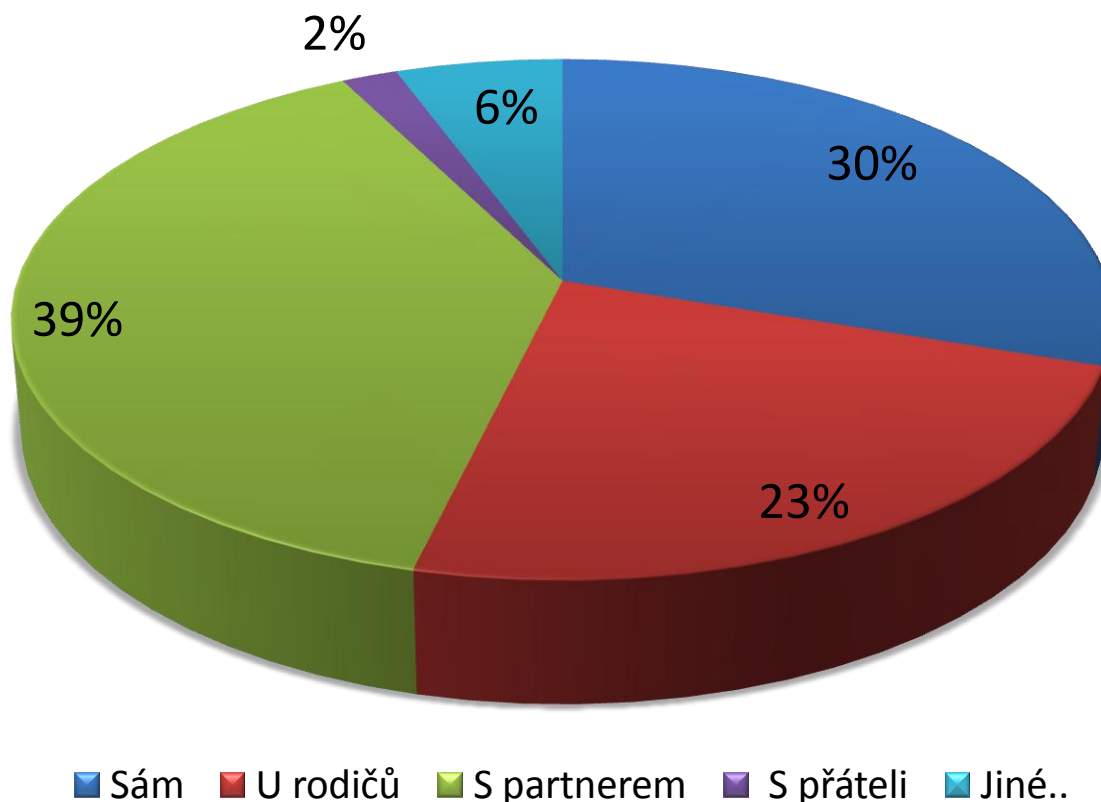
Zdroj: vlastní

Graf číslo 5 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Jak spokojený/á jste se svým bydlením? Nejvíce mi odpovědělo 46 % (46) respondentů, ti jsou se svým bydlením velmi spokojeni. 44 % (44) dotazovaných je spíše spokojeno se svým bydlením. Malá část, 6 % (6) respondentů, mi odpovědělo, že jsou spíše nespokojeni a jenom 4 % (4) jsou nespokojena se svým bydlením.

Otázka č. 6:

**S kým bydlíte?**

*Graf 6 S kým respondenti bydlí*



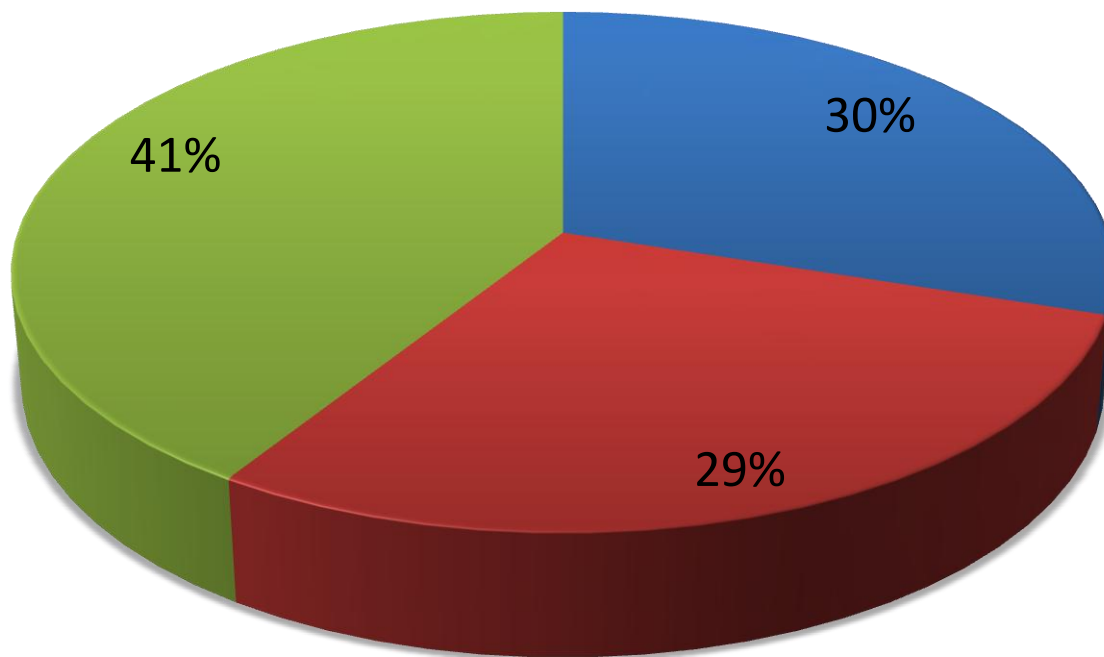
Zdroj: vlastní

Graf číslo 6 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: S kým bydlíte? Poměrně velká část, 30 % (30) respondentů bydlí samo, u rodičů bydlí 23 % (23) dotazovaných. Nejvíce se vyskytovala odpověď, že bydlí s partnerem – 39 % (39). Nejmenší část respondentů, 2 % (2), odpovědělo, že bydlí s přáteli. Zbytek, dotazovaných 6 % (6) uvedl, že bydlí s někým jiným, než je uvedeno ve výběru možností.

Otázka č. 7:

**Jak jste museli změnit vaše bydlení po vzniku postižení?**

*Graf 7 Nutnost změny v oblasti bydlení*



■ Vůbec ■ Musel(i) jsme se přestěhovat ■ Úprava bytu

Zdroj: vlastní

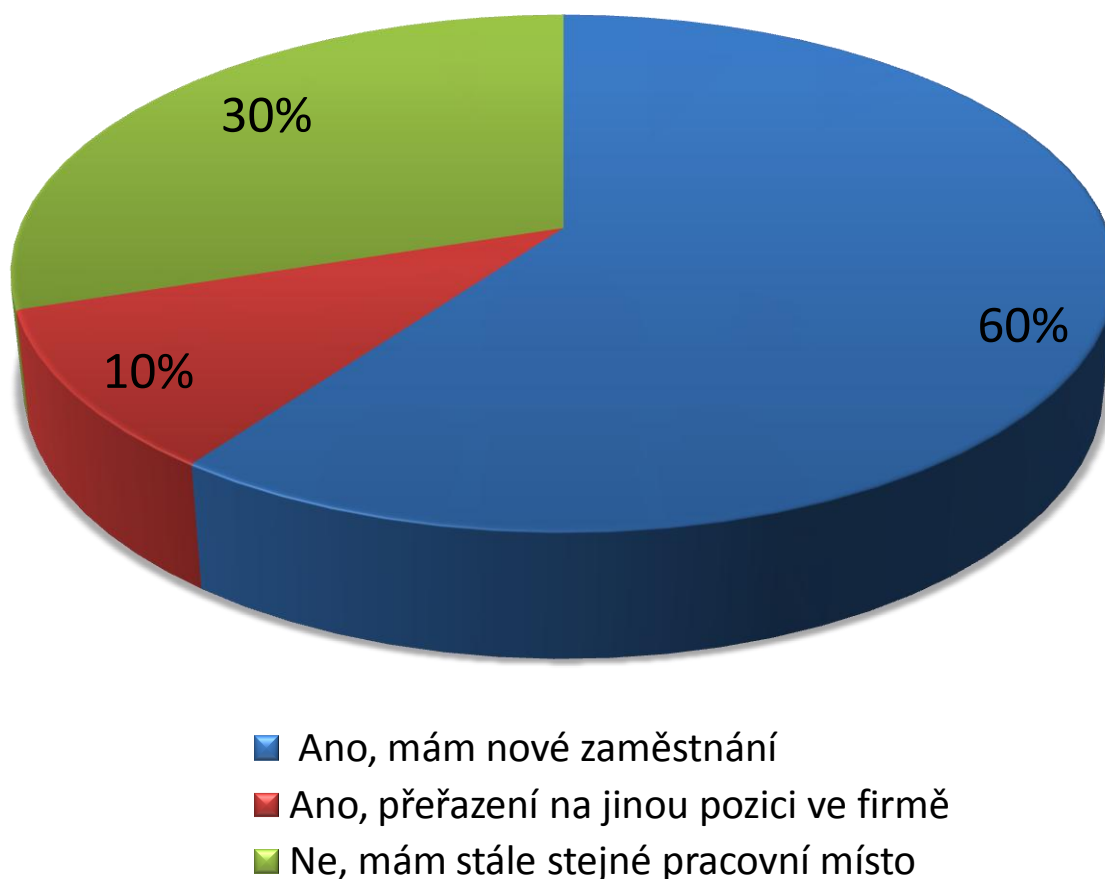
Graf číslo 7 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Jak jste museli změnit vaše bydlení po vzniku postižení? Nejvíce, 41 % (41) dotazovaných muselo, po vzniku svého postižení upravit své obydlí. 30 % (30) respondentů uvedlo, že vůbec nemuseli nic měnit a 29 % (29) respondentů se muselo přestěhovat.



Otázka č. 8:

**Ovlivnilo postižení, vaši pracovní pozici?**

*Graf 8 Ovlivnění pracovní pozice respondentů*



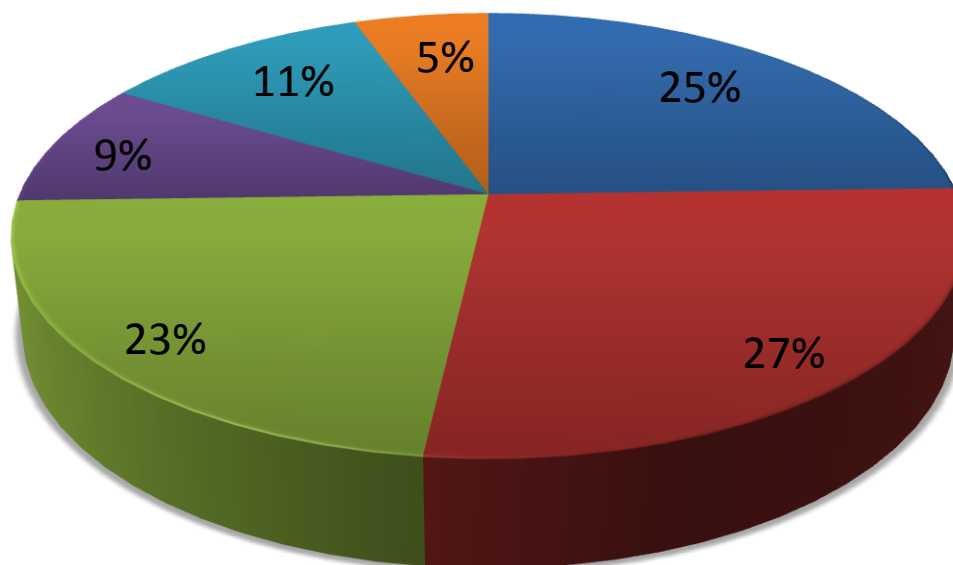
Zdroj: vlastní

Graf číslo 8 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Ovlivnilo postižení vaši pracovní pozici? Velká část respondentů, 60 % (60) má nové zaměstnání. 30 % (30) dotazovaných má své stálé pracovní místo a jen 10 % (10) respondentů bylo přeřazeno na jinou pracovní pozici ve firmě po vzniku postižení.

Otázka č. 9:

**V jaké pozici jste pracoval před vznikem postižení?**

*Graf 9 Pracovní pozice před vznikem postižení*



- Administrativa
- Práce doma
- Služby (stravovací provoz, zdravotnictví,...)
- Informační technologie
- Stále studuji
- Jiné ...

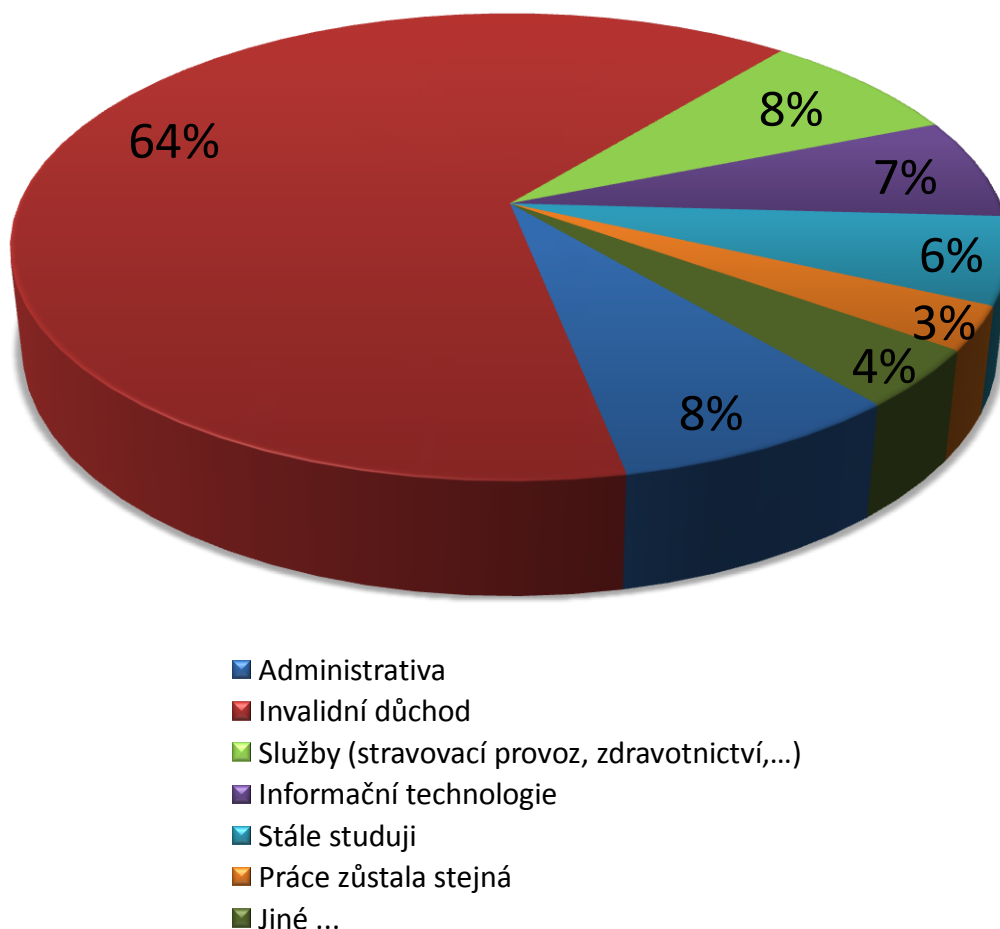
Zdroj: vlastní

Graf číslo 9 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: V jaké pozici jste pracoval před vznikem postižení? Nejvíce dotazovaných, 27 % (27) má/mělo práci doma. 25 % (25) respondentů má/mělo práci v administrativě. 23 % (23) dotazovaných má/mělo práci ve službách, jako jsou zdravotnictví atd. Jen 11 % (11) respondentů stále studuje. 9 % (9) zúčastněných má/mělo práci v informačních technologiích a jen 5 % (5) dotazovaných uvedlo jiné zaměstnání než výše vyjmenované.

Otázka č. 10:

**V jaké oblasti pracujete (pracovní pozice)?**

*Graf 10 Pracovní místo*



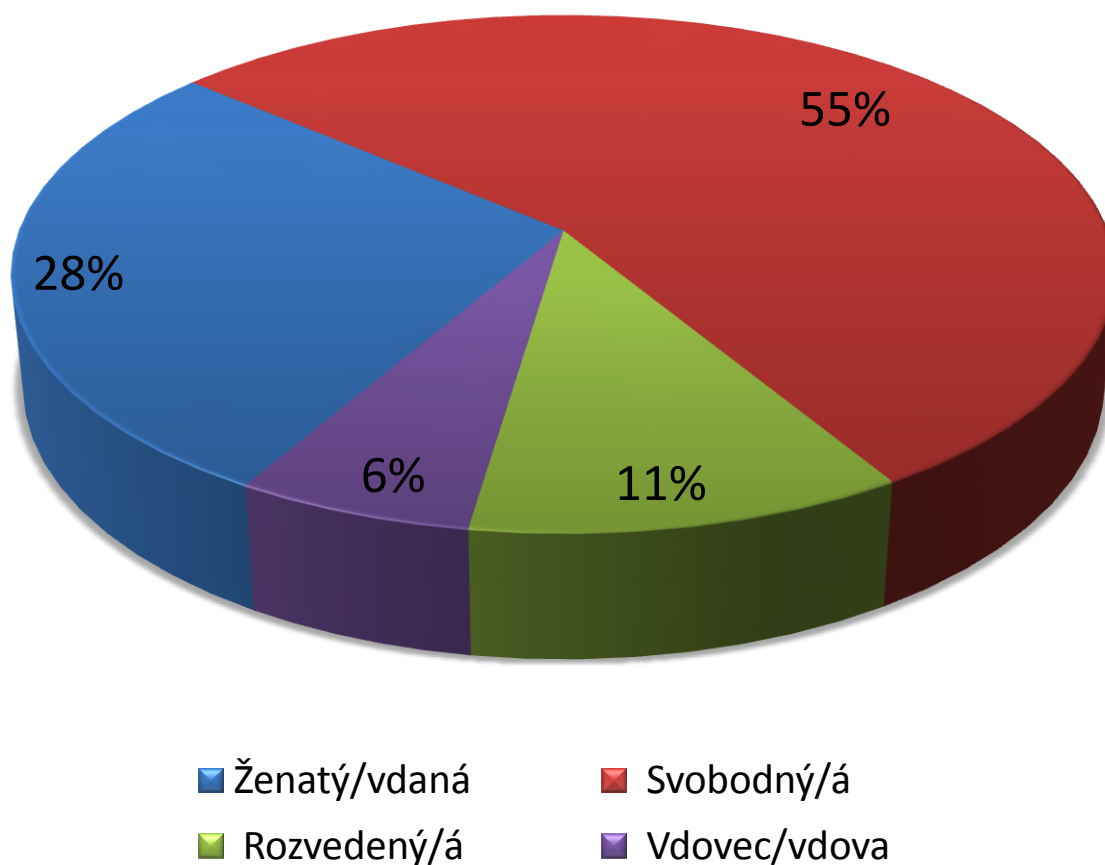
Zdroj: vlastní

Graf číslo 10 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: V jaké oblasti pracujete (pracovní pozice)? Po vzniku postižení je největší část dotazovaných 64 % (64) v invalidním důchodu. 8 % (8) zúčastněných dostalo práci v administrativě a službách veřejnosti. 7 % (7) respondentů má práci v informačních technologiích. 6 % (6) dotazovaných začalo studovat. 4 % (4) dotazovaných uvedla, že dostala práci jinde, než ve výše uvedeném a jen 3 % (3) respondentům zůstala stejná práce.

Otázka č. 11:

**Váš rodinný stav – jste?**

*Graf 11 Rodinný stav*



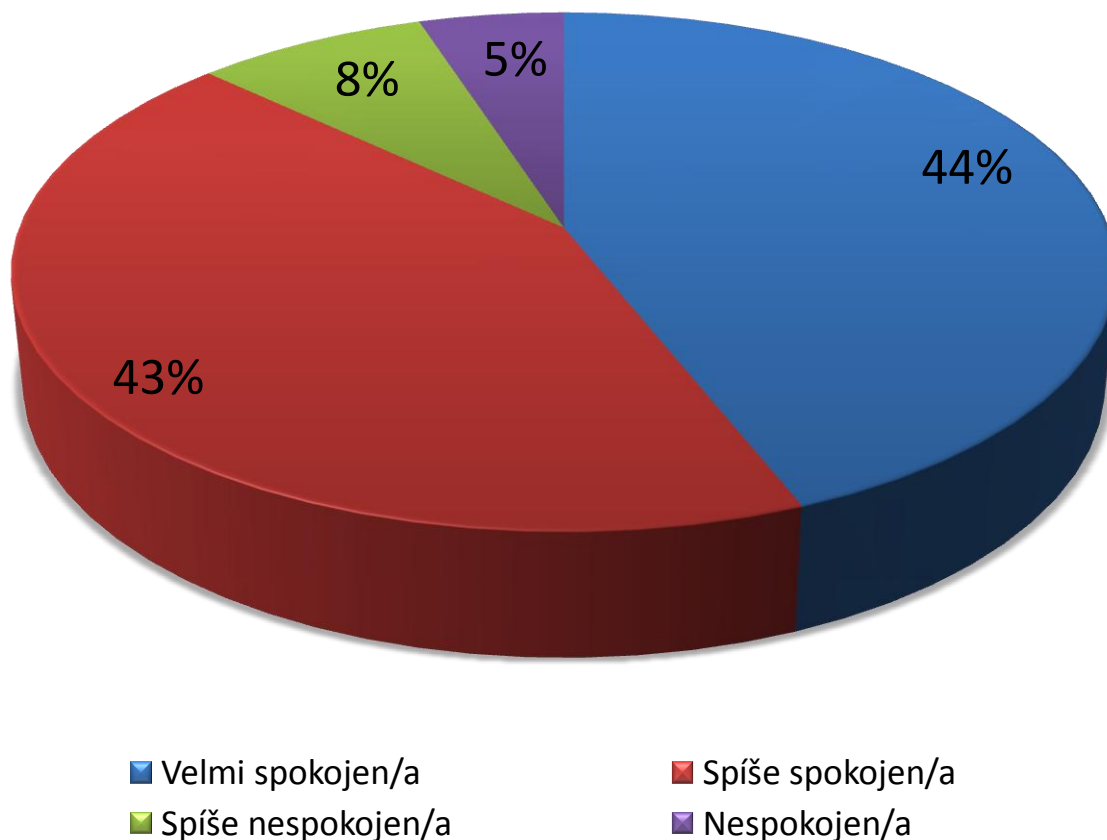
Zdroj: vlastní

Graf číslo 11 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Váš rodinný stav – jste? 55 % (55) dotazovaných klientů uvedlo, že jsou svobodní. Ženatých/ vdaných respondentů je 28 % (28). Jen 11 % (11) uvedlo svůj rodinný stav jako rozvedený/á. Poslední skupina 6 % (6) zaškrtnula, že je vdova/ vdovec.

Otázka č. 12:

**Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?**

*Graf 12 Spokojenost s osobními vztahy*



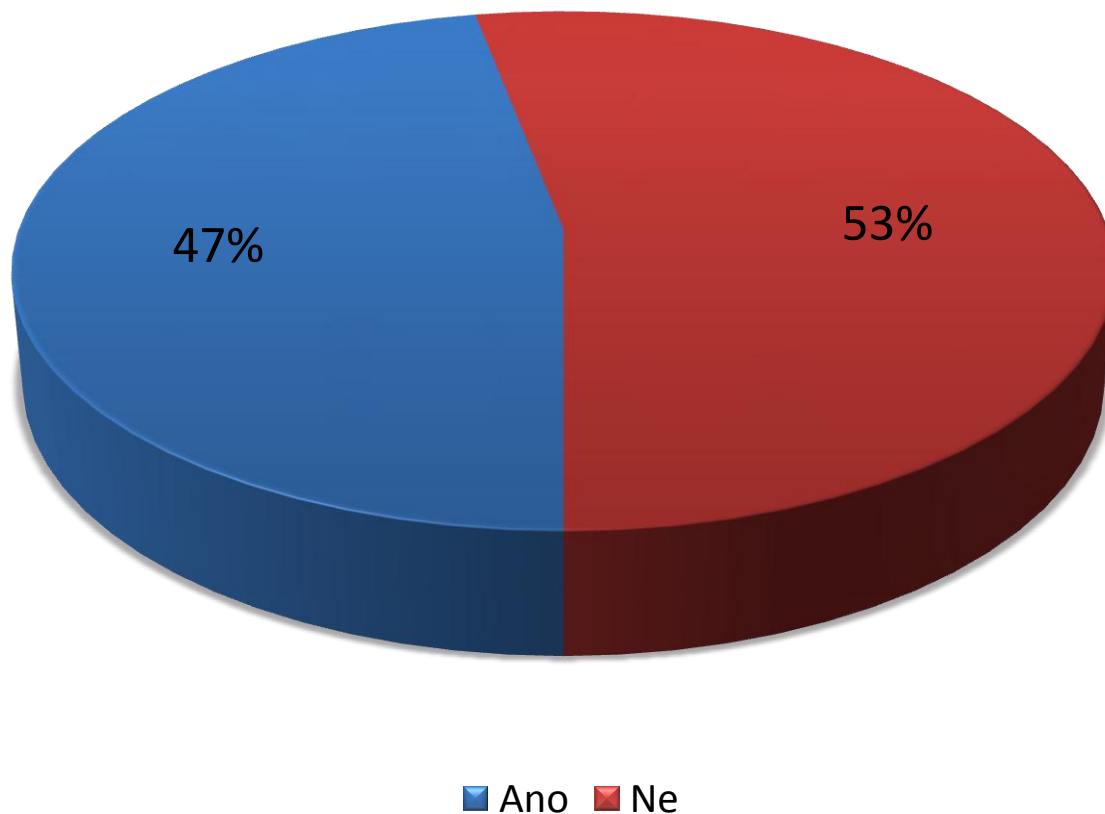
Zdroj: vlastní

Graf číslo 12 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy? Nejvíce odpovědí mám od 44 % (44) respondentů, kteří jsou velmi spokojeni se svými osobními vztahy. 43 % (43) dotazovaných je spíše spokojeno se svými osobními vztahy. Malá část 8 % (8) respondentů mi odpověděla, že jsou spíše nespokojeni se svými osobními vztahy. Jenom 4 % (4) dotazovaných jsou nespokojena se svými osobními vztahy.

Otázka č. 13:

**Máte stálého partnera?**

*Graf 13 Stálý partner dotazovaných*



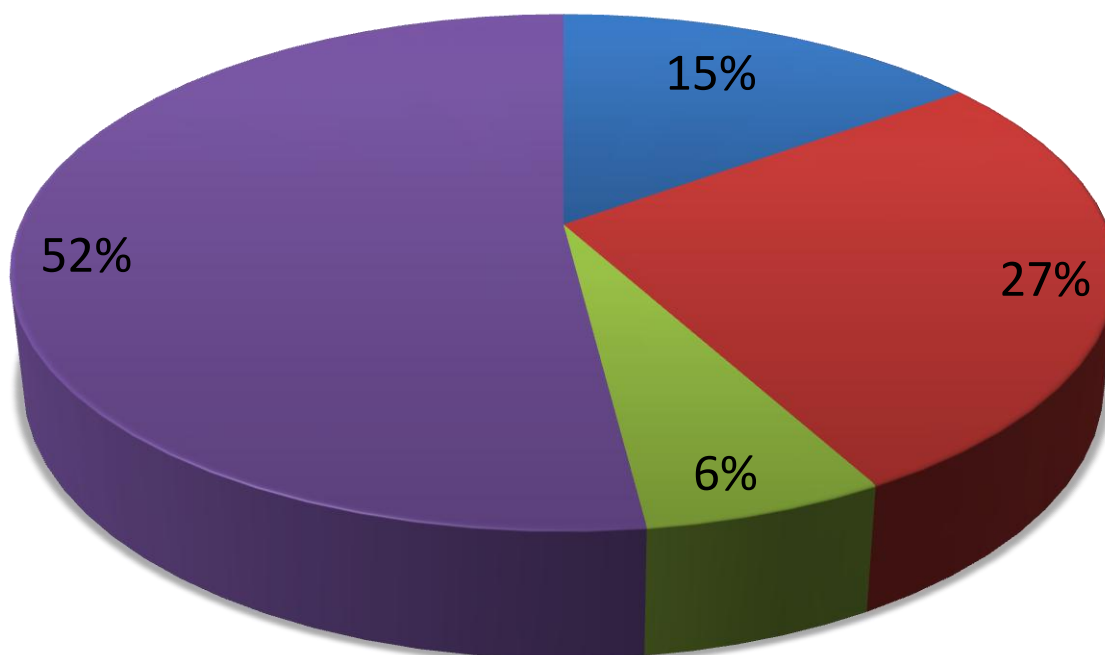
Zdroj: vlastní

Graf číslo 13 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Máte stálého partnera? Poměrná většina, 53 % (53) dotazovaných odpověděla, že nemá stálého partnera. 47 % (47) respondentů stálého partnera má.

Otázka č. 14:

**Ovlivnilo vaše postižení partnerský život?**

*Graf 14 Ovlivnění partnerského života*



- Ano, mám nového/ou partnera/ku
- Ano, došlo ke zhoršení vztahu
- Ano, posílilo to náš vztah
- Ne, nedošlo k žádné změně

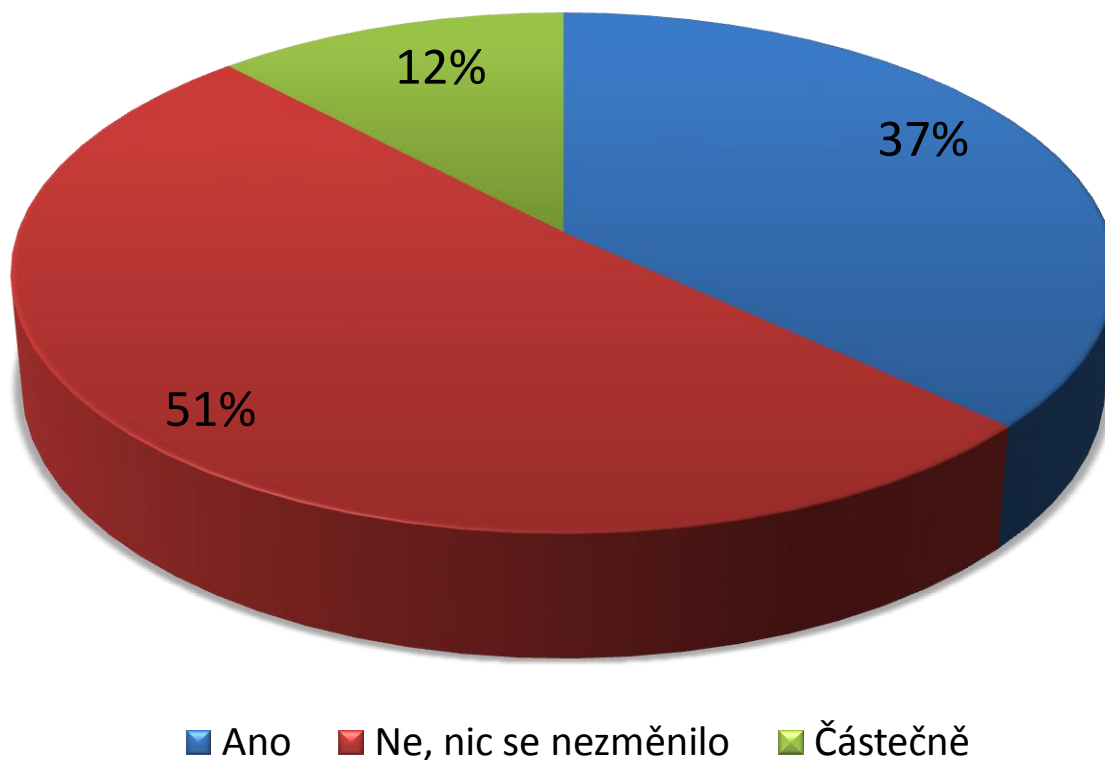
Zdroj: vlastní

Graf číslo 14 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Ovlivnilo vaše postižení partnerský život? U nejvíce respondentů, 52 % (52), nedošlo v partnerském životě k žádné změně. U 27 % (27) respondentů došlo ke zhoršení vztahu. 15 % (15) respondentů má nového partnera. Jenom 6 % (6) respondentů odpovědělo, že získání postižení posílilo partnerský vztah.

Otázka č. 15:

**Ovlivnilo vaše postižení váš intimní vztah s partnerem?**

*Graf 15 Ovlivnění intimního vztahu*



Zdroj: vlastní

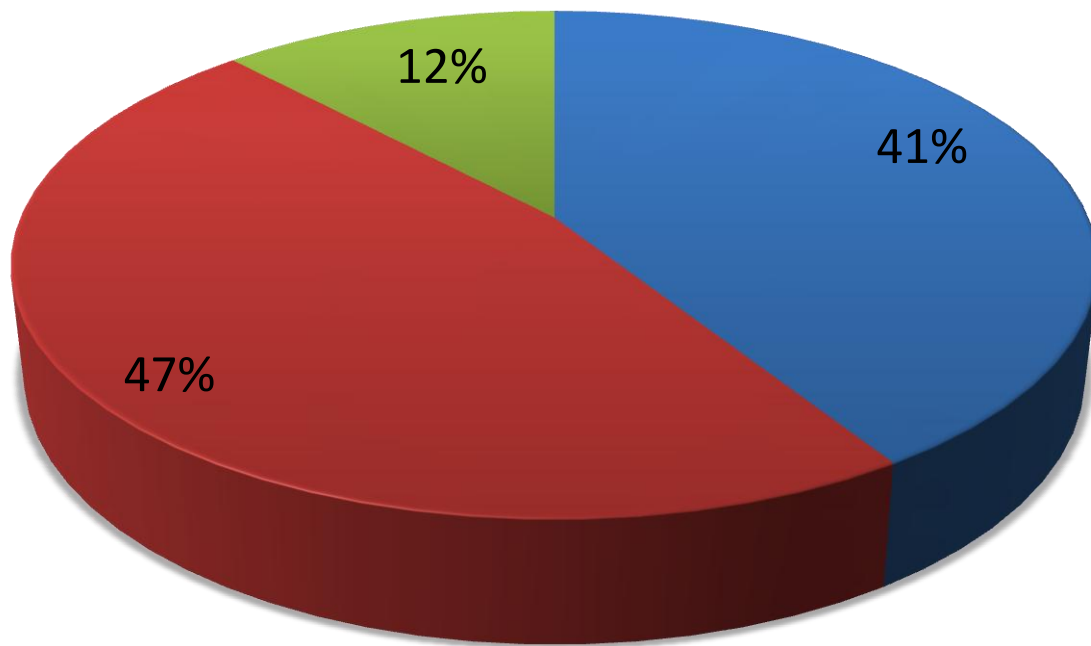
Graf číslo 15 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Ovlivnilo vaše postižení váš intimní vztah s partnerem? U největší skupiny respondentů 51 % (51) neovlivnilo postižení jejich intimní život. U 37 % (37) respondentů ovlivnilo postižení jejich intimní život. Jen 12 % (12) respondentů uvedlo, že jejich intimní život ovlivnilo postižení jen částečně.



Otázka č. 16:

**Jak zvládáte běžné činnosti (oblékání, použití WC, najedení napítí, přesuny lůžko-  
židle)?**

*Graf 16 Provedení běžných činností*



■ Zvládám bez pomoci,

■ Zvládám s lehkou dopomocí,

■ Nezvládám

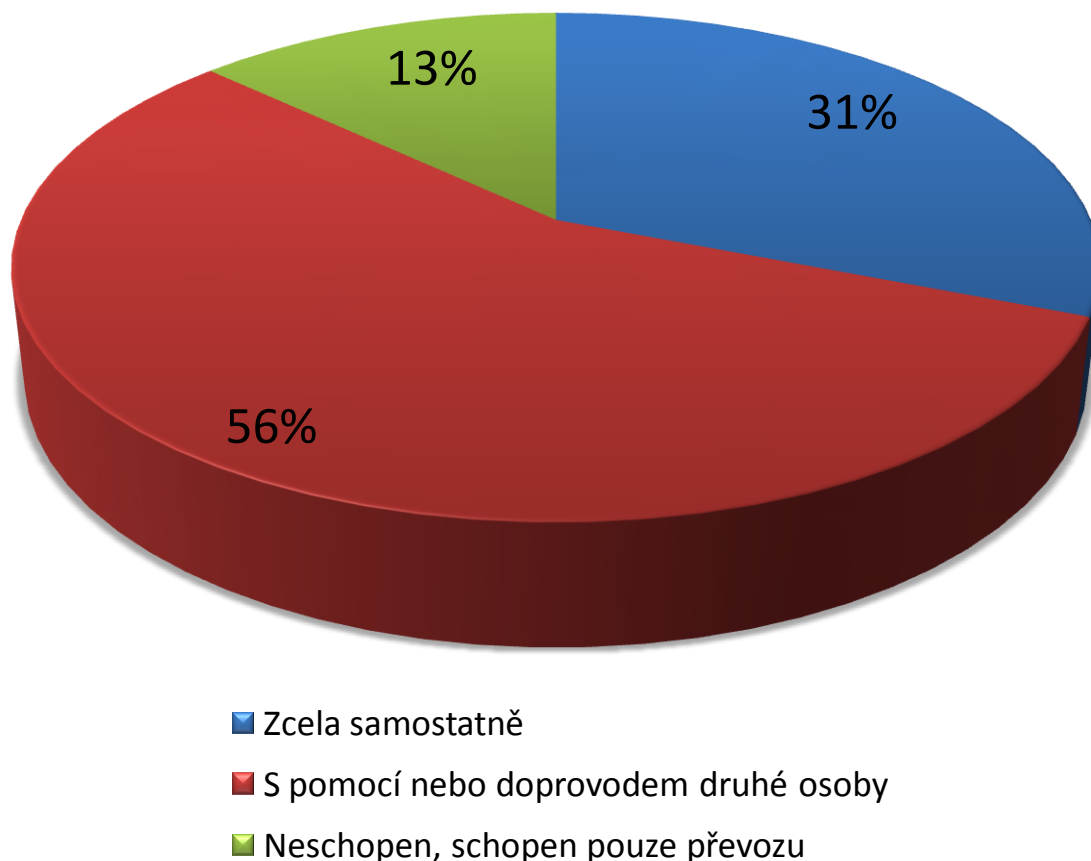
Zdroj: vlastní

Graf číslo 16 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Jak zvládáte běžné činnosti (oblékání, použití WC, najíst se napít se, přesuny lůžko-židle)? Největší část respondentů 47 % (47) odpovědělo, že zvládá běžné činnosti s lehkou dopomocí. 41 % (41) respondentů zvládá běžné činnosti bez pomoci a jen 12 % (12) respondentů běžné činnosti samo nezvládá.

Otázka č. 17:

**Zvládáte jízdu dopravním prostředkem (auto, MHD, vlak, autobus)?**

*Graf 17 Zvládnutí jízdy dopravním prostředkem*



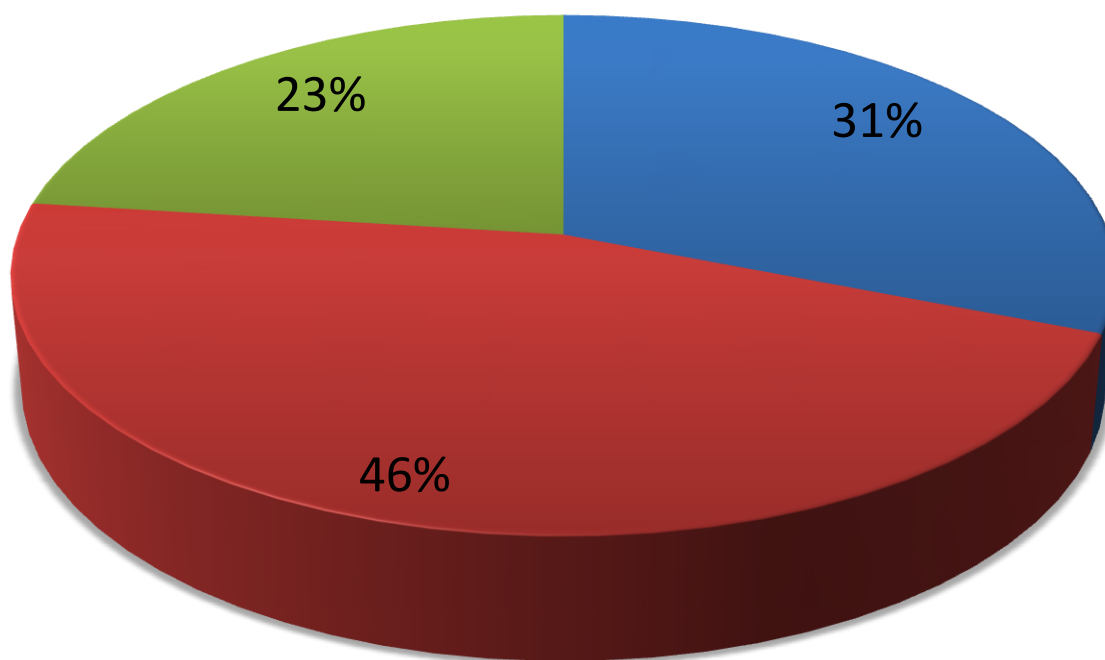
Zdroj: vlastní

Graf číslo 17 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Zvládáte jízdu dopravním prostředkem (auto, MHD, vlak, autobus)? Největší část respondentů 56 % (56) zvládá jízdu dopravním prostředkem s pomocí nebo s doprovodem druhé osoby. 31 % (31) respondentů jízdu dopravním prostředkem zvládá zcela samostatně. 13 % (13) respondentů odpovědělo, že samy jsou schopni pouze převozu, ale samostatnou jízdou dopravním prostředkem nikoliv.

Otázka č. 18:

**Zvládáte domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, mytí nádobí, ustlání postele atd.)?**

*Graf 18 Zvládnutí domácích prací*



■ Samostatně bez pomoci ■ S pomocí druhé osoby ■ Neschopen

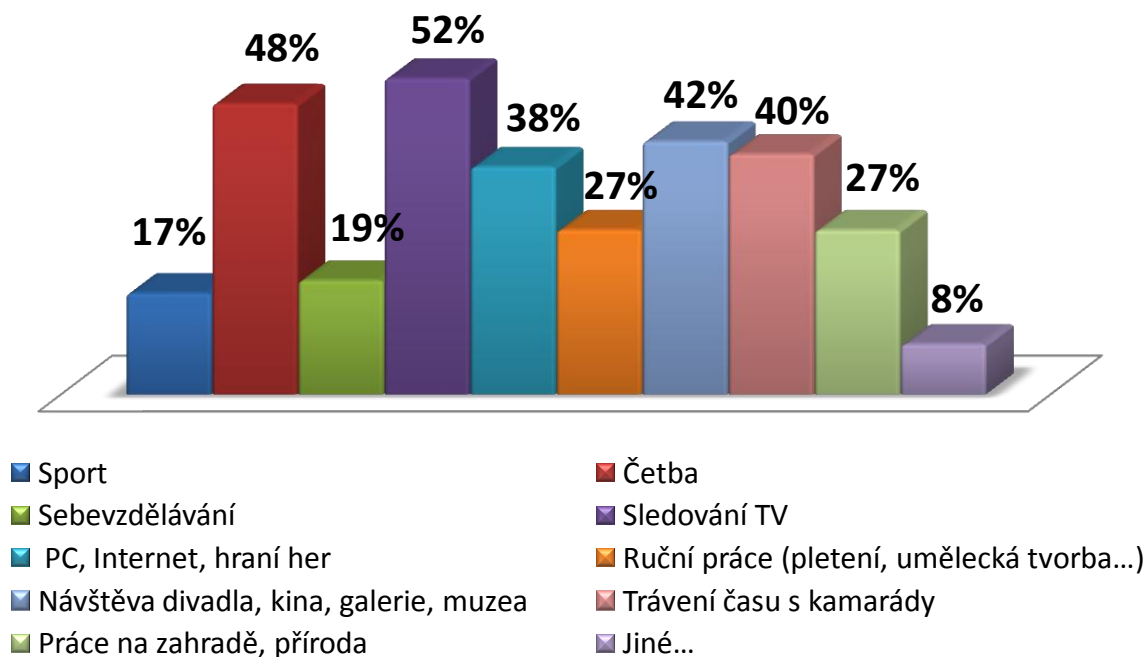
Zdroj: vlastní

Graf číslo 18 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Zvládáte domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, mytí nádobí, ustlání postele atd.)? Domácí práce zvládá 46 % (46) respondentů s pomocí druhé osoby, 31 % (31) respondentů samostatně a bez pomoci a 23 % (23) respondentů schopno jednoduchých domácích prací není.

Otázka č. 19:

### Jak nejčastěji trávíte svůj volný čas?

Graf 19 Trávení volného času



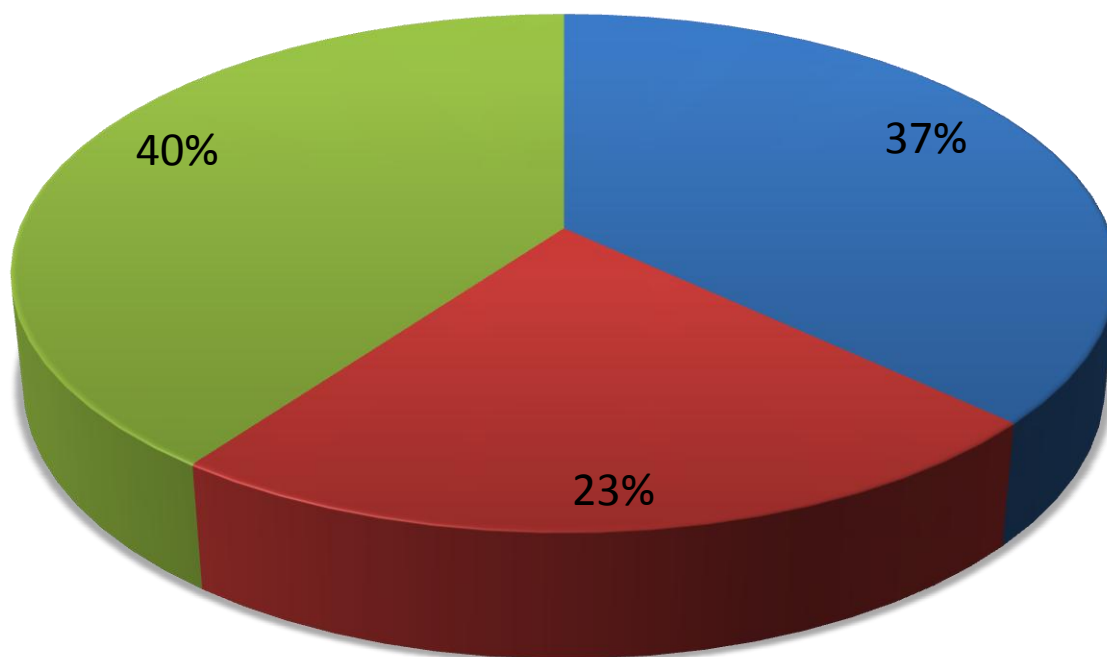
Zdroj: vlastní

Graf číslo 19 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Jak nejčastěji trávíte svůj volný čas? V této otázce bylo možné označit více odpovědí, proto množství nesouhlasí s celkovým počtem respondentů. Svůj volný čas tráví 16 % (8) respondentů sportem, 47 % (23) respondentů četbou, 18 % (9) respondentů se věnuje sebevzdělávání, 52 % (25) respondentů sleduje televizi, 37 % (18) respondentů tráví svůj volný čas u počítače u internetu a hraním her, 27 % (13) respondentů se věnuje ručním pracím jako jsou pletení, umělecká tvorba, 41 % (20) respondentů navštěvuje divadla, kina, galerie, muzea, 39 % (19) respondentů tráví čas se svými kamarády, 27 % (13) respondentů se věnuje práci na zahradě a procházkám v přírodě. Jenom 8 % (4) respondentů uvedla, že tráví svůj volný čas jinak, než výše uvedeno.

Otázka č. 20:

**Změnily se nějak vaše zájmy ve spojitosti s postižením?**

Graf 20 Změna zájmů



- Ano, nemohu je dál provozovat
- Ano, pouze jsem je omezil(a)
- Ne, nijak se nezměnily

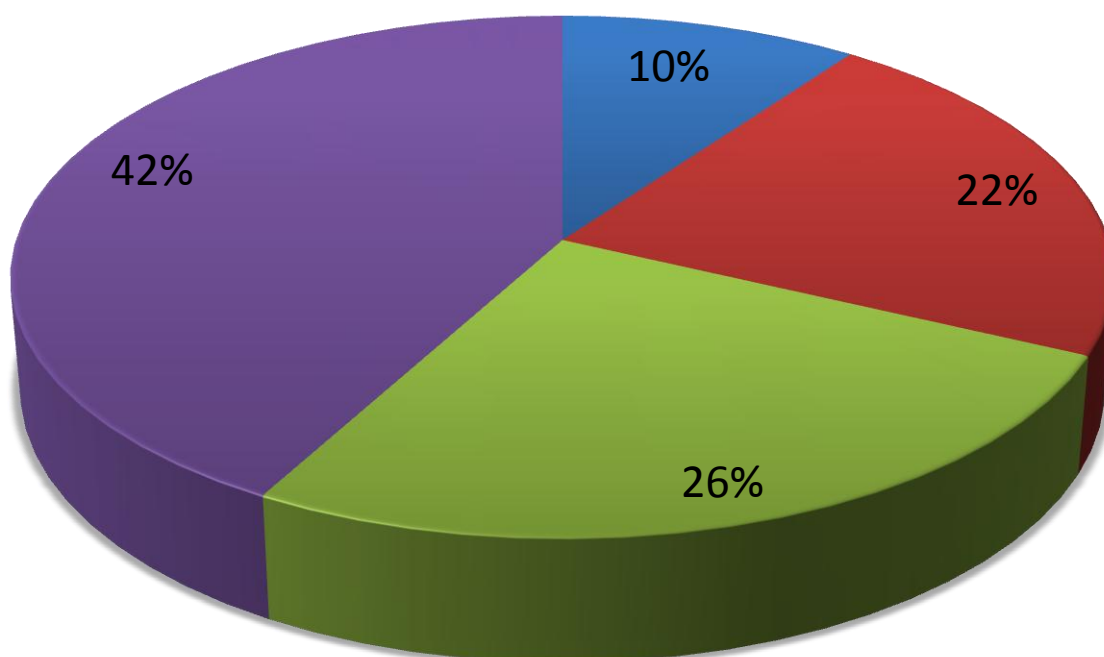
Zdroj: vlastní

Graf číslo 20 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Změnily se nějak vaše zájmy ve spojitosti s postižením? 40 % (40) respondentů odpovědělo, že se jejich zájmy ve spojitosti s postižením nijak nezměnily, 37 % (37) respondentů nemůže dál své zájmy provozovat. 23 % (23) respondentů uvádí, že své zájmy po vzniku postižení jenom omezili.

Otázka č. 21:

**Kolik volného času denně v průměru máte?**

Graf 21 Volný čas



- Míň než 2hodiny/denně
- Míň než 6hodin/denně
- Míň než 10hodin/denně
- Víc než 12 hodin/denně

Zdroj: vlastní

Graf číslo 21 ukazuje rozložení odpovědí na otázku: Kolik volného času denně v průměru máte? Nejvíce volného času více než 12 hodin denně má největší skupina respondentů 42 % (42), méně než 10 hodin denně má 26 % (26) respondentů. Méně než 6 hodin denně má 22 % (22) respondentů. Jen 10 % (10) respondentů má denně méně volného času než 2 hodiny.

## 12 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

**Cíl 1: Zjistit, jak klientovo postižení ovlivnilo jednotlivé oblasti jeho života (Práce, volný čas, partnerský život, bydlení).**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21. Těmito otázkami jsem zjišťovala ovlivnění jednotlivých oblastí kvality života.

K tomuto cíli se vztahují předpoklady č. 1, 2, 3, 4.

**Předpoklad č. 1** Předpokládám, že většina klientů přizpůsobila své zájmy postižení. Předpoklad pro většinu je 70 %.

Tento předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 20, kde jsem zjišťovala, zda se nějak změnilo zájmy respondentů ve spojitosti s postižením. Ze 100 respondentů 40 % nemuselo vůbec změnit své zájmy. Výsledek byl téměř shodný s negativním vyjádřením, kdy 37 % dotazovaných odpovědělo, že své zájmy nemohou kvůli postižení vůbec provozovat a jenom 23 % respondentů uvedlo, že své zájmy jen omezilo.

Otázka č. 21 je zaměřena na to, kolik volného času tělesně postižení mají. Na tuto otázku odpovědělo 42 respondentů, že mají více než 12 hodin volného času denně.

Otázka č. 19 byla jen doplňující a zajímalo mě, jak nejčastěji tělesně postižení tráví svůj volný čas. Tělesně postižení lidé nejčastěji tráví čas sledováním televize (52 %), četbou knih (48 %). U počítače, ať na internetu, nebo hraním her tráví čas 38 % respondentů. Se svými kamarády tráví čas 40 % respondentů. Tato otázka byla s možností zaškrtnout více možností, proto počet odpovědí není shodný s počtem respondentů.

**Předpoklad č. 1 se mi nepotvrdil**

**Předpoklad č. 2:** Předpokládám, že více jak polovina klientů se získaným tělesným postižením musela změnit své bydlení.

Předpoklad se mi potvrdil otázkou č. 7, která je zaměřena na nutnost změny v oblasti bydlení. Odpovědi měly opět zajímavé výsledky. Největší skupina, 41 % respondentů, musela své bydlení přizpůsobit svému postižení a 29 % respondentů muselo své bydlení úplně změnit. To znamená, že celkem 70 % dotazovaných muselo své bydlení změnit, ať už přestavbou svého stávajícího bydlení, či úplným přestěhováním se.

Otázkou č. 5 jsem si pouze ověřovala, zda jsou dotazovaní se svým bydlením spokojeni. Závěr mého zjištění je, že celkem 90 % respondentů je velmi a spíše spokojeno se svým bydlením. Malá skupinka 10 % respondentů je nespokojena a spíše nespokojena.

Otázka č. 6 byla opět pouze informativní- Zjišťovala jsem, zda bydlí dotazovaný sám, nebo s někým. Pouze 30 % respondentů bydlí samo. Zbýlých 70 % bydlí buď u rodičů, s rodinou nebo s přáteli.

### **Předpoklad č. 2 se potvrdil.**

**Předpoklad č. 3** Předpokládám, že většina klientů se získaným tělesným postižením musela změnit svou práci. Předpoklad pro většinu je 70%.

Předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 8, kdy jsem zjišťovala, zda ovlivnilo postižení práci respondentů. Zjistila jsem, že 60 % respondentů má nové zaměstnání a 10 % respondentů má ve firmě jinou pozici. Z toho vyplývá, že 70 % klientů muselo změnit svoji práci.

Otázkami č. 9 a č. 10 jsem zjišťovala, kde pracovali respondenti před vznikem postižení a kde pracují nyní. Nejčastější odpověď byla, že před postižením pracovali z domova a po vzniku postižení 60 % respondentů odpovědělo, že je v invalidním důchodu.

### **Předpoklad č. 3 se mi potvrdil.**

**Předpoklad č. 4** Předpokládám, že více jak polovina bude spokojený se svým partnerským životem.

Tento předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 14, kde 52 % respondentů potvrdilo, že nedošlo k žádné změně v jejich vztahu s partnerem po vzniku postižení. U zbylých 48 % došlo ke změně.

U otázky č. 15 se ptám na změny v intimním životě, kde mi 51 % respondentů odpovědělo, že se v jejich intimním životě nezměnilo nic.

Otázka č. 12 se zabývá spokojeností s osobními vztahy obecně. Zde mi 87 % respondentů odpovědělo, že je velmi a spíše spokojeno se svými vztahy.



Otázka č. 11 byla informativní a 55 % respondentů na ni odpovědělo, že jsou svobodní.

Otázka č. 13 byla podobná a nejčastější odpověď byla ne, 53 % respondentů nemá stálého partnera. I přesto je víc jak polovina respondentů spokojena se svými partnerskými, intimními a osobními vztahy.

#### **Předpoklad č. 4 se mi potvrdil**

#### **Cíl č. 2 Zjistit závislost klienta se získaným tělesným postižením na druhých lidech.**

K tomuto cíli se vztahují otázky 16, 17, 18. v nichž zjišťuji závislost postižených klientů na druhých lidech a schopnost vykonávat běžné úkony.

**Předpoklad č. 5:** Předpokládám, že více jak polovina klientů bude závislá na pomoci druhých lidí.

Tento předpoklad jsem ověřovala otázkou č. 16, kde mi celkem 69 % respondentů odpovědělo, že běžné činnosti zvládnou s pomocí nebo je nezvládnou vůbec. Převažovalo procento dotazovaných se schopností zvládnout práce s pomocí – 46 %.

Na podobnou otázku č. 17, kde se dotazuji na schopnosti jízdy dopravním prostředkem, mi 56 % respondentů odpovědělo, že je schopno cestovat dopravními prostředky s pomocí či doprovodem druhé osoby a 13 % dotazovaných uvedlo, že je schopno pouze převozu. Celkem tedy 69 % dotazovaných je při přepravě více či méně odkázáno na pomoc druhých.

Otázka č. 18 je zaměřena na domácí práce a celkem 69 % respondentů mi odpovědělo, že nezvládají domácí práce nebo je zvládají s pomocí druhé osoby.

#### **Předpoklad č. 5 se mi potvrdil**

## 13 DISKUZE

V této bakalářské práci se zabývám problematikou kvality života u klientů s tělesným postižením. Stanovila jsem si dva dílčí cíle a z nich bylo stanoveno pět předpokladů.

**První dílčí cíl** je zaměřený na zjištění, jak klientovo postižení ovlivnilo jednotlivé oblasti jeho života (práce, volný čas, partnerský život, bydlení).

**Předpoklad č. 1** vyplývající z prvního dílčího cíle - Předpokládám, že většina klientů přizpůsobila své zájmy postižení. Předpoklad pro většinu je 70 %. Pro zjištění tohoto předpokladu jsem použila otázky číslo 19, 20, 21.

Otázkou č. 20 jsem zjišťovala, zda se nějak změnilы zájmy respondentů ve spojitosti s postižením. Velice mě překvapilo, že 40 % respondentů nijak nemuselo své zájmy změnit. Výsledek byl téměř shodný s negativním vyjádřením, kdy 37 % dotazovaných odpovědělo, že své zájmy nemohou kvůli postižení vůbec provozovat a jenom 23 % respondentů uvedlo, že své zájmy pouze omezili.

Otázka č. 21 je zaměřena na množství volného času postižených. Na tuto otázku odpovědělo 42 % respondentů, že mají více než 12 hodin volného času denně. Tato odpověď mě nepřekvapila. Je to asi důsledkem toho, že více jak polovina respondentů je v invalidním důchodu.

Otázka č. 19 byla jen doplňující a zajímalo mě, jak nejčastěji tělesně postižení tráví svůj volný čas. Tělesně postižení lidé nejčastěji tráví čas sledováním televize (52 %), dále také četbou knih (48 %). Dále pak u počítače, ať již na internetu nebo hraním her, tráví čas 38 % respondentů. Se svými kamarády tráví čas 40 % respondentů. Tato otázka byla s volbou zaškrtnout více možností, proto se počet odpovědí neshoduje s počtem respondentů. Z této otázky vyplývá, že tělesně postižený klient, tráví nejčastěji svůj volný čas, pasivním odpočinkem.

Podobným problémem se zabývala ve své bakalářské práci i Zdeňka Kadavá z Fakulty zdravotnických studií, Univerzita Pardubice. Ve své práci se zabývala, mimo jiné, spokojeností klientů s možnostmi trávení volného času. 25 % respondentů jí uvedlo, že je spíše spokojeno s možnostmi trávení volného času. Dále zjistila, že 27 % respondentů je spokojeno s možnostmi trávení volného času. Celých 30 % respondentů není spokojeno

a 14 % respondentů jsou naprosto nespokojeni s možnostmi trávení volného času. (Kadavá, 2009)

Předpoklad č. 1 Předpokládám, že většina klientů přizpůsobila své zájmy postižení. Předpoklad pro většinu je 70 % se nepotvrdil

**Předpoklad č. 2** Předpokládám, že více než polovina klientů se získaným tělesným postižením musela změnit své bydlení. I tento předpoklad vyplývá z prvního dílčího cíle, při zjišťování tohoto cíle jsem využila otázky číslo 5, 6, 7.

Otázkou číslo 7 jsem zjišťovala nutnost změny v oblasti bydlení. Odpovědi měly opět zajímavé výsledky. Největší skupina, 41 % respondentů musela své bydlení přizpůsobit svému postižení a 29 % respondentů musela své bydlení změnit úplně. To znamená, že celkem 70 % dotazovaných muselo své bydlení svému postižení podřídit, ať už přestavbou svého stávajícího bydlení, či úplným přestěhováním se.

Otázkou č. 5 jsem si pouze ověřovala, zda jsou dotazovaní se svým bydlením spokojeni. Závěr mého zjištění je, že celkem 90 % respondentů jsou velmi a spíše spokojeni se svým bydlením. Malá skupinka 10% respondentů je nespokojena nebo spíše nespokojena.

Otázka č. 6 byla opět pouze informativní, zde jsem zjišťovala, zda dotazovaní bydlí sami nebo s někým. Pouze 30 % respondentů bydlí samo. Zbýlých 70 % bydlí buď u rodičů, s rodinou nebo s přáteli.

Předpoklad číslo 2 Předpokládám, že víc jak polovina klientů se získaným tělesným postižením musela změnit své bydlení. Toto se mi potvrdilo.

**Předpoklad č. 3** Předpokládám, že většina klientů se získaným tělesným postižením musela změnit svou práci. I tento předpoklad vyplývá z prvního dílčího cíle. Pro zjištění tohoto předpokladu jsem využila otázky číslo 8,9,10.

Předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 8, kdy jsem zjišťovala, zda ovlivnilo postižení práci respondentů. Zjistila jsem, že 60 % respondentů má nové zaměstnání a 10 % respondentů má jinou pozici ve firmě. Z toho vyplývá, že 70 % klientů svoji práci změnit muselo.

Otázkami č. 9 a č. 10 jsem zjišťovala, kde pracovali respondenti před vznikem postižení a kde pracují nyní. Nejčastější odpověď byla, že před postižením pracovali z domova a po vzniku postižení 60 % respondentů odpovědělo, že je v invalidním důchodu. Výsledek mě moc nepřekvapil, neboť jsem předpokládala, že tomu tak bude.

V této problematice prováděla výzkum opět kolegyně Kadavá, která zkoumala, v jakém odvětví pracují tělesně postižení jedinci. Práci doma má 12 % dotazovaných, 15 % dotazovaných stále studuje. Ve službách veřejnosti pracuje 9 % respondentů, v informačních technologiích pracuje 5 %. (Kadavá, 2009) V mém výzkumu došlo k rozdílným hodnotám. Doma pracuje 27 %, studuje 11 % respondentů, ve službách veřejnosti je zaměstnáno 23 % respondentů, informační technologie zaměstnávají 9 % respondentů. Ovšem tyto výsledky nic nedokazují. Záleží na tom, kde výzkumník rozdává své dotazníky, já jsem pracovala s lidmi v produkčním věku. Tomu také mé výsledky odpovídají.

Předpoklad číslo 3 Předpokládám, že většina klientů se získaným tělesným postižením musela změnit svou práci, to se potvrdilo.

**Předpoklad č. 4** Předpokládám, že více jak polovina dotazovaných bude spokojena se svým partnerským životem. Pro zjištění tohoto předpokladu jsem použila otázky číslo 11, 12, 13, 14, 15. Tento předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 14, kde 52 % respondentů potvrdilo, že k žádné změně v jejich vztahu s partnerem po vzniku postižení nedošlo. U zbylých 48 % došlo ke změně.

U otázky č. 15 se ptám na změny v intimním životě, kde mi 51 % respondentů odpovědělo, že se v jejich intimním životě nezměnilo nic.

Otázka č. 12 zkoumá spokojenost s osobními vztahy obecně a zde mi 87 % respondentů odpovědělo, že je velmi a spíše spokojeno se svými vztahy.

Otázka č. 11 byla informativní a 55 % respondentů na ni odpovědělo, že jsou svobodní. Otázka č. 13 byla podobná a nejčastější odpověď byla ne, z čehož vyplývá, že 53 % respondentů nemá stálého partnera. I přesto je více jak polovina respondentů spokojena se svými partnerskými, intimními a osobními vztahy.

Podobným výzkumem se zabývala ve své diplomové práci Bc. Božena Chytková. Zkoumala spokojenost s rodinnými vztahy. Zjistila, že zcela spokojených je 33 %

respondentů a velmi spokojených 35 % respondentů, nespokojených je 5 % respondentů a zcela zklamaných v této oblasti je 8 % respondentů. (Chytková, 2007) Z toho vyplývá, že i v roce 2007 byli klienti s tělesným postižením spokojeni se svými partnerskými vztahy.

Předpoklad č. 4 se mi potvrdil

**Druhý dílčí cíl** byl zaměřený na zjištění závislosti klienta se získaným tělesným postižením na druhých lidech. K tomuto cíli se vztahuje **předpoklad č. 5:** Předpokládám, že více než polovina klientů bude závislá na pomoci druhých lidí.

Pro zjištění tohoto cíle jsem použila otázky číslo 16, 17, 18. v nichž zjišťuji závislost postižených klientů na druhých lidech a schopnost vykonávat běžné úkony.

Tento předpoklad jsem ověřovala otázkou č. 16, kde mi celkem 69 % respondentů odpovědělo, že běžné činnosti zvládnou s pomocí, nebo je nezvládnou vůbec. Převažovalo procento dotazovaných se schopností zvládnout práce s pomocí – 46 %.

Na podobnou otázku č. 17, kde se dotazují na schopnosti jízdy dopravním prostředkem, mi 56 % respondentů odpovědělo, že jsou schopni cestovat dopravními prostředky s pomocí či doprovodem druhé osoby a 13 % dotazovaných uvedlo, že jsou schopni pouze převozu. Celkem tedy 69 % dotazovaných je při přepravě více či méně odkázáno na pomoc druhých.

Otázka č. 18 je zaměřena na domácí práce a celkem 69 % respondentů mi odpovědělo, že domácí práce nezvládají nebo je zvládají s pomocí druhé osoby. Výsledek mě nepřekvapil. V mém výzkumu mi víc jak polovina (58 %) dotazovaných odpovědělo, že mají 3. stupeň postižení (zvláště těžce postižený/á s průvodcem průkaz ZTP/P). Proto většina klientů potřebuje u běžných denních aktivit pomoc jiné osoby.

Předpoklad č. 5 se mi potvrdil

Kvalita života tělesně postižených jedinců je v současnosti velmi diskutované téma. Já jsem kvalitu života rozdělila do 5 odvětví - práce, partnerský život, bydlení, úroveň soběstačnosti a v poslední řadě, volno časové aktivity. Jsou to právě aktivity v našem volném čase, které (dle mého názoru) dělají život kvalitním. Jistě velmi záleží na různých okolnostech, jako jsou zdravotní stav, fyzický, psychický a sociální stav.

Jako výstup a doporučení pro praxi jsem se zaměřila na organizace poskytující pomoc a volno časové „vybití“. Protože, jsou to právě lidé z těchto organizací, kteří pomáhají zkvalitnit život tělesně postižených jedinců. Poskytují pomocnou ruku tam, kde ostatní už ztrácejí sílu pomáhat. Tyto organizace pořádají pro tělesně postižené různé kurzy (keramika, šikovné ruce, hraní deskových her, čtení, hudební laboratoř, „taneční“ kurzy, tělesnou výchovu) nebo se vydávají na výlety po celé České republice, i mimo ni. Například organizace Ty a já pořádá pobyty u moře, cestovní klub KID se pravidelně v létě účastní výletu na kánoích.

Přehled vybranými organizacemi pro tělesně postižené jsem uspořádala do brožurky, kde uvádím kontakty a informace o činnosti každé z nich. Brožurku jsem umístila do příloh (č 3) na konci mé bakalářské práce.

## ZÁVĚR

Tématem mé bakalářské práce je kvalita života klienta s tělesným postižením. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část jsem rozdělila na pět kapitol. V první kapitole se zabývám problematikou pojmu kvalita života, jeho definicemi a historií. V druhé kapitole udávám, co je tělesné postižení, jaké byly a jsou postoje k tělesně postiženým jedincům, a jak se rozděluje tělesné postižení. Zabývám se psychikou tělesně postižených a uvádím rady a chyby v komunikaci s tělesně postiženým jedincem. Třetí kapitola je věnována léčbě a péči o tělesně postižené, kam samozřejmě spadá, mimo jiné, i rehabilitace. Ve čtvrté kapitole uvádím možnosti sociální pomoci tělesně postiženým, jak je to se zaměstnáváním postižených lidí, jaké mají nároky na dávky sociální pomoci a jaké jsou podmínky pro získání průkazů TP, ZTP, ZTP/P. Poslední, pátá kapitola teoretické části, obsahuje práva tělesně postižených.

V praktické části jsem si stanovila jako hlavní cíl zjistit kvalitu života u pacientů se získaným postižením konkrétně, přímo v terénu. Za tím účelem jsem sestavila dotazník, který jsem distribuovala v organizacích pro tělesně postižené. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak klientovo postižení ovlivnilo jednotlivé oblasti jeho života – trávení volného času, pracovní zařazení po úrazu, partnerský život, bydlení a závislost klienta se získaným tělesným postižením na pomoci druhých osob. Domnívám se totiž, že právě tyto zkoumané aspekty dokážou vystihnout kvalitu života lidí s handicapem.

Můj předpoklad, že 70 % zdravotně postižených muselo své zájmy přizpůsobit postižení, se nesplnil – víc jak polovina dotazovaných své zájmy nezměnila vůbec nebo jen částečně.

V dalších oblastech, týkajících se bydlení, změny zaměstnání, závislosti na pomoci druhých osob, kde jsem předpokládala, že víc jak polovina respondentů musela zaměstnání změnit, přizpůsobit bydlení stavu po úrazu a je závislá na pomoci druhých, se naplnil.

Dále jsem zjistila, že i když víc jak polovina klientů s tělesným postižením nemá stálého partnera, je se svým partnerským, intimním a osobním životem spokojena.

Ze zkušeností získaných při kontaktu s tělesně postiženými klienty a svým výzkumem při psaní své bakalářské práce jsem zjistila a musím konstatovat, že většina z nich je vnitřně se svým postižením vyrovnaná, vede spokojený a kvalitní život, což mě

příjemně překvapilo. Možná je to zapříčiněno právě tím, že můj výzkum probíhal v organizacích pro tělesně postižené, které pořádají volnočasové aktivity a bylo to také jedním z důvodů, proč jsem vytvořila brožurku s konkrétními údaji o organizacích pro tělesně postižené jako výstup pro praxi.

Vždyť je to právě na každém člověku, co chce nebo nechce se svým životem udělat. I zdravý člověk může vést vlastním přičiněním nekvalitní život. Velice také záleží na přístupu rodiny postiženého, jeho blízkých a lidí okolo, zda jsou schopni a ochotni pomoci prožít tělesně postiženému člověku kvalitní a naplněný život.

Kvalitu života postiženého velkou měrou ovlivňuje i společnost svými postoji a nahlížením na postiženého člověka. Bohužel stále přetrvává určité stigma a tabu vůči postiženým lidem, a to by se mělo do budoucna určitě změnit.



## BIBLIOGRAFIE

**DRAGOMIRECKÁ, Eva a BARTOŇOVÁ, Jitka. 2006.** *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace.* Praha : Psychiatrické centrum, 2006. 978-808-5121-827.

**DRAGOMIRECKÁ, Eva, et al. 2006.** *SQUALA. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA.* Praha : Psychiatrické centrum, 2006. 80-85121-47-6.

**FISCHER Slavomil, ŠKODA Jiří. 2008.** *Speciální pedagogika.* Praha : Triton, 2008. 978-80-7387-014-0.

**HEŘMANOVÁ, Eva. 2012.** *Koncepty, teorie a měření kvality života.* Praha : Slon, 2012. Sv. 54. 978-80-7419-106-0.

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

**CHVÁTALOVÁ, Helena. 2012.** *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení.* Praha : Portál, 2012. str. 184. 978-80-262-0054-3.

**JESENSKÝ Ján, a kol. 1995.** *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených.* Praha : Karolinum, 1995. 80-7184-030-0.

**MATĚJČEK, Zdeněk. 2001.** *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* Jinočany : H & H, 2001. 80-86022-92-7.

**Mgr. Vladimíra Kalnická, RNDr. Jiří Votinský. 2008.** *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. NRZP. [Online] Odbor statistik rozvoje společnosti ČSÚ ve spolupráci s ÚZIS, 30.. Duben 2008. [Citace: 15.. březen 2015.] <http://www.nrzp.cz/>. 3309-08 .*

**NOVOSAD, Libor. 2011.** *Tělesné postižení jako fenomén životní realita.* Praha : Portál, 2011. 978-80-7367-873-9.

**Odbor, 22. 2005.** *MPSV. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [Online] 27. Duben 2005. [Citace: 1. únor 2015.] <http://www.mpsv.cz/>.*

**PAYNE, Jan a kolektiv. 2005.** *Kvalita života a zdraví.* Praha : Triton, 2005. 80-7254-657-0.

**RENOTIÉROVÁ Marie, LUDVÍKOVÁ Libuše a kolektiv. 2005.** *Speciální pedagogika.* Olomouc : Univerzita Paladského v Olomouci, 2005. str. 313. 80-244-1073-7.

**ROGERSON, Robert. 1995.** Environmental and health-related quality-of-life – conceptual and methodological similarities. *Socia science & medicine.* 1995.

**SLOWÍK, Josef. 2010.** *Komunikace s lidmi s postižením.* Praha : Portál, 2010. 978-80-7367-691-9.

—. **2007.** *Speciální pedagogika.* Havlíčkův Brod : Grada Publishong, a.s., 2007. 978-80-247-1733-3.

**VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. 2005.** *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska.* Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2005. str. 143. 80-210-3754-7..

**VÁGNEROVÁ, Marie. 1999.** *Psychologie Handicapu.* Praha : Karolinum, 1999. 80-7184-929-4.

—. **2004.** *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha : Portál. s.r.o., 2004. 80-7178-802-3.

**VÍTKOVÁ, Marie. 1999.** *Somatopedické aspekty.* Brno : Paido, 1999. str. 144. 8085931699.

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

## **INTERNETOVÉ ZDROJE:**

**Mgr. Vladimíra Kalnická, RNDr. Jiří Votinský.** Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. *NRZP.* [Online] Odbor statistik rozvoje společnosti ČSÚ ve spolupráci s ÚZIS, 30.. Duben 2008. [Citace: 15.. březen 2015.] <http://www.nrzp.cz/>. 3309-08 .

**Odbor, 22.** MPSV. *Ministerstvo práce a sociálních věcí.* [Online] 27. Duben 2005. [Citace: 1. únor 2015.] <http://www.mpsv.cz/>.

**KADAVÁ, Zdeňka.** *Kvalita života handicapovaných* [Online]. 2008 [Citace: 15.3. 2015]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Leona Dvořáková. Dostupné z: <https://dspace.upce.cz/>

**CHYTKOVÁ, Božena.** *Kvalita života osob s tělesným postižením v ÚSP pro TMP Kociánka* [Online]. 2007 [Citace: 15.3. 2015]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dana Zámečnicková, PhD. Dostupné z <http://is.muni.cz/>

**People, Healthy.** *Health-Related Quality of Life and Well-Being.* [Online] listopad 2010. [Citace: 15. Březen 2015.] <https://www.healthypeople.gov.>

## **SEZNAM ZKRATEK**

ADL – zkratka z anglického „activity daily living“ – je to barthelův test základních všedních činností. Slouží k zhodnocení stupně závislosti.

ADHD - zkratka anglického „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ – hyperkinetická porucha (HKP)

WHO - zkratka anglického „World Health Organization“ - je světová zdravotnická organizace

TP- těžce postižený

ZTP- zvlášť těžce postižený

ZTP/P- zvlášť těžce postižený + průvodce

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů .....	34
Graf 2 Typy postižení.....	35
Graf 3 Stupeň postižení .....	36
Graf 4 Druh obydli .....	37
Graf 5 Spokojenost respondentů s bydlením .....	38
Graf 6 S kým respondenti bydlí.....	39
Graf 7 Nutnost změny v oblasti bydlení.....	40
Graf 8 Ovlivnění pracovní pozice respondentů .....	41
Graf 9 Pracovní pozice před vznikem postižení .....	42
Graf 10 Pracovní místo .....	43
Graf 11 Rodinný stav .....	44
Graf 12 Spokojenost s osobními vztahy.....	45
Graf 13 Stálý partner dotazovaných .....	46
Graf 14 Ovlivnění partnerského života .....	47
Graf 15 Ovlivnění intimního vztahu .....	48
Graf 16 Provedení běžných činností .....	49
Graf 17 Zvládnutí jízdy dopravním prostředkem .....	50
Graf 18 Zvládnutí domácích prací .....	51
Graf 19 Trávení volného času .....	52
Graf 20 Změna zájmů.....	53
Graf 21 Volný čas .....	54

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1: Dotazník**

**Příloha č. 2: Práva tělesně postižených**

**Příloha č. 3: Brožura organizací pro tělesně postižené.**

**Příloha č. 4: Souhlas s vykonáváním výzkumu**

## Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den,

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni.

Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku (21 otázek), který slouží jako podklad bakalářské práce na téma Kvalita života klienta s tělesným postižením.

Dotazník je anonymní a získaná data budou sloužit pro zpracování bakalářské práce, kde mohou být zjištěné výsledky uvedeny.

Velmi si vážím Vaší ochoty a času při vyplňování dotazníku.

Předem děkuji, Zuzka Zunová

1. Pohlaví:
  - a. Muž
  - b. Žena
2. Jaký typ získaného postižení máte?
  - a. Obrny,
  - b. Deformace, amputace
  - c. Chronická onemocnění
  - d. Cévní mozková příhoda
  - e. Porušení a nemoci míchy
  - f. Jiné...
3. Jaký stupeň postižení máte?
  - a. I. Stupeň (těžce postižený/á, průkaz *TP*)
  - b. II. Stupeň (zvláště těžce postižený/á průkaz *ZTP*)
  - c. III. Stupeň (zvláště těžce postižený/á s průvodcem průkaz *ZTP/P*)
4. Kde bydlíte?
  - a. Byt
  - b. Rodinný dům
  - c. Pečovatelský dům
  - d. Jiné ...
5. Jak spokojený/á jste se svým bydlením?
  - a. Velmi spokojen/a
  - b. Spíše spokojen/a
  - c. Spíše nespokojen/a
  - d. Nespokojen/a
6. Bydlíte...
  - a. Sám
  - b. U rodičů
  - c. S partnerem
  - d. S přáteli
  - e. Jiné...

**7. Jak jste museli změnit vaše bydlení po vzniku postižení?**

- a. Vůbec
- b. Musel(i) jsme se přestěhovat
- c. Úprava bytu
- d. Jiné ...

**8. Ovlivnilo postižení, vaši pracovní pozici?**

- a. Ano, nové zaměstnání
- b. Ano, přeřazení na jinou pozici ve firmě
- c. Ne, mám stále stejné pracovní místo

**9. V jaké pozici jste pracoval před vznikem postižení?**

- a. Administrativa
- b. Práce doma
- c. Služby (stravovací provoz, zdravotnictví,...)
- d. Informační technologie
- e. Stále studuji
- f. Jiné...

**10. Pracujete v oblasti (pracovní pozice)**

- a. Administrativa
- b. Invalidní důchod
- c. Služby (stravovací provoz, zdravotnictví,...)
- d. Informační technologie
- e. Stále studuji
- f. Práce zůstala stejná
- g. Jiné...

**11. Váš rodinný stav – jste:**

- a. Svobodný/á
- b. Ženatý/vdaná
- c. Rozvedený/á
- d. Vdovec/vdova

**12. Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?**

- a. Velmi spokojen/a
- b. Spíše spokojen/a
- c. Spíše nespokojen/a
- d. Nespokojen/a

**13. Máte stálého partnera?**

- a. Ano,
- b. Ne

**14. Ovlivnilo vaše postižení partnerský život?**

- a. Ano, mám nového/ou partnera/ku
- b. Ano, došlo ke zhoršení vztahu
- c. Ano, posílilo to náš vztah
- d. Ne, nedošlo k žádné změně

**15. Ovlivnilo vaše postižení váš intimní vztah s partnerem?**

- a. Ano
- b. Ne, nic se nezměnilo
- c. Částečně



**16. Jak zvládáte běžné činnosti (oblékání, použití wc, najedení napití, přesuny lůžko-židle).**

- a. Zvládám bez pomoci
- b. Zvládám s lehkou dopomocí
- c. Nezvládám

**17. Zvládáte jízdu dopravním prostředkem (auto, MHD, vlak, autobus)?**

- a. Zcela samostatně
- b. S pomocí nebo doprovodem druhé osoby
- c. Neschopen, schopen pouze převozu

**18. Zvládáte domácí práce (jednoduchý úklid, např. Vytření podlahy, mytí nádobí, ustlání postele atd.)?**

- a. Samostatně bez pomoci
- b. S pomocí druhé osoby
- c. Neschopen

**19. Jak nejčastěji trávíte svůj volný čas?**

- a. Sport
- b. Četba
- c. Sebevzdělávání
- d. Sledování TV
- e. PC, Internet, hraní her
- f. Ruční práce (pletení, umělecká tvorba, háčkování, atd.)
- g. Návštěva divadla, kina, galerie, muzea
- h. Trávení času s kamarády
- i. Práce na zahradě, příroda
- j. Jiné...

**20. Změnily se nějak vaše zájmy ve spojitosti s postižením?**

- a. Ano, nemohu je dál provozovat
- b. Ano, pouze jsem je omezil(a)
- c. Ne, nijak se nezměnily

**21. Kolik volného času denně v průměru máte?**

- a. Míň než 2 hodiny/denně
- b. Míň než 6 hodin/denně
- c. Míň než 10 hodin/denně
- d. Víc než 12 hodin/denně

## **Příloha 2: Práva tělesně postižených.**

### **Článek - Způsob života**

Každá tělesně postižená osoba má právo na nezávislý výběr způsobu života a na místa, kde chce žít.

### **Článek 2 - Rodina a okolí**

Jako každá lidská bytost, tak i tělesně postižená osoba chce milovat a být milována. Má plné právo založit vlastní rodinu, rozvíjet jí a zachovávat a působit na rozvoj rodinných a přátelských vztahů

### **Článek 3 Právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc**

Každá tělesně postižená osoba má právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc. Přátelský vztah mezi osobou, která pomoc poskytuje, a osobou, která ji přijímá, musí být založen na vzájemném respektu důvěře a úctě.

### **Článek 4 - Právo na lékařskou péči**

Postižená osoba má právo na výběr lékaře, který má pečovat o její zdraví. Má právo na pravidelnou informaci o osobní zdravotní situaci a podílet se na všech rozhodováních o sobě.

### **Článek 5 - Bydlení a okolí**

Postižená osoba má plné právo sama se rozhodnout, žít a bydlet v místě, odpovídajícím jejím požadavkům a potřebám.

### **Článek 6- Právo na technickou pomoc**

Tělesně postižená osoba má právo na úplné financování technického vybavení a pomoci nutné pro nezávislý život.

### **Článek 7 - Účast na společenském životě**

Tělesně postiženým osobám musí být umožněna komunikace, pohyb a přístup ke společnosti, vzdělání, úřadům, ekonomickým a profesním aktivitám i k aktivitám ve volném čase a ve sportu.

## **Článek 8**

Každá tělesně postižená osoba má právo na dostatečný příjem pro zajištění svého pohodlí a spokojeného života.

### **Základní lidské práva**

Právo na to, být odlišný

Právo na důstojný a odpovídající způsob života

Právo na integraci do společnosti

Právo na svůj názor a na jeho splnění

Právo na rovnoprávné občanství a na nezávislý výběr způsobu života i místa, kde chce žít



## **ORGANIZACE PRO KLIENTY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM**

- ▶ CK KID
- ▶ SO EXODUS
- ▶ MOTÝL a.s.
- ▶ Svaz tělesně postižených
- ▶ Hipoterapie
- ▶ OS Tak pojd' s náma
- ▶ OS Ty a Já
- ▶ Národní rada osob se zdravotním postižením
- ▶ Centrum pobytových a terénních sociálních služeb
- ▶ Městská charita Plzeň

# CK KID, o.s.

---

## ▶ Kontakt:

- ▶ Tel: 608 708 726
- ▶ E-mail: [netrval.olda@seznam.cz](mailto:netrval.olda@seznam.cz)
- ▶ Web: [www.ckkid.cz](http://www.ckkid.cz)
- ▶ Adresa: U Jam 23, 323 00 Plzeň

## ▶ Komu:

- ▶ Osobám se zdravotním postižením, seniorům

## ▶ Charakteristika:

- ▶ Cestovní klub KID (klub invalidních dobrodruhů)
- ▶ V bezbariérové klubovně pořádá pravidelné klubové večery (besedy, promítání, čtení) a klubové setkání. Především tu však provozuje činnost několik zájmových kroužků (deskové hry, hudební, roční práce „Šikovné tlapky“)



# SO EXODUS

---

## ▶ Kontakt:

- ▶ Tel: 605 053 226
- ▶ E-mail: [pacakova@exodus.cz](mailto:pacakova@exodus.cz)
- ▶ Web: [www.exodus.cz](http://www.exodus.cz)
- ▶ Adresa: U Zvonu 51, 330 11, Třemošná

## ▶ Komu:

- ▶ Lidem se zdravotním postižením z celého ČR od 18 let do seniorského věku.

## ▶ Charakteristika:

- ▶ Denní stacionář slouží k posilování sebedůvěry, samostatnosti a sebeobslužnosti. Zapojením do pracovních činností, zvládnutím dovedností a technik a případná příprava na vstup na trh práce.



# TD MOTÝL o.s.

---


## ▶ Kontakt:

- ▶ Tel: 723 158 470
- ▶ E-mail: [dilny.motyl@centrum.cz](mailto:dilny.motyl@centrum.cz)
- ▶ Web: [www.motyl-plzen.cz](http://www.motyl-plzen.cz)
- ▶ Adresa: Žlutická 2, 323 00 Plzeň

## ▶ Komu:

- ▶ Lidem s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením ve věku od 16 do 64 let

## ▶ Charakteristika:

- ▶ Terapeutické dílny (TD) v MOTÝL o.s. jsou vhodné pro klienty, kteří mají zájem o drobnou rukodělnou činnost a zvládají základní hygienické návyky (nebo s částečnou dopomocí).
- 
- 

# Svaz tělesně postižených

---

## ▶ Kontakt:

- ▶ Tel: 724 293 581
- ▶ E-mail: [vozickari@volny.cz](mailto:vozickari@volny.cz)
- ▶ Web: [www.vozickari.estranky.cz](http://www.vozickari.estranky.cz)
- ▶ Adresa: Koterovská 134, 326 00 Plzeň

## ▶ Komu:

- ▶ Osobám s tělesným postižením, zejména vozíčkářům

## ▶ Charakteristika:

- ▶ Základní sociální poradenství, volnočasové aktivity a spolupráce při odstraňování bariér





# Hipoterapie

---

## ▶ Kontakt:

- ▶ Tel: 605 731 978
- ▶ E-mail: [lu.kl@centrum.cz](mailto:lu.kl@centrum.cz)
- ▶ Web: [www.jsradcice.cz](http://www.jsradcice.cz)
- ▶ Adresa: Družstevníků 6, 322 00 Plzeň-Radčice

## ▶ Komu:

- ▶ Klientům od kojeneckého do dospělého věku s tělesným, mentálním, smyslovým nebo kombinovaným postižením

## ▶ Charakteristika:

- ▶ Při terapeutické jednotce dochází k aktivaci posturálního systému, klient sedí na koni osedlaném dekou a madly, je doprovázen terapeutem.



# OS Tak pojd' s náma

---

## ▶ Kontakt:

- ▶ Tel: 777 593 893
- ▶ E-mail: [takpojdsnama@seznam.cz](mailto:takpojdsnama@seznam.cz)
- ▶ Web: [www.takpojdsnama.cz](http://www.takpojdsnama.cz)
- ▶ Adresa: Úslavská 29, 326 00 Plzeň

## ▶ Komu:

- ▶ Lidem s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením, dětem.

## ▶ Charakteristika:

- ▶ Nabídka volnočasové aktivity – vzdělávací dopoledne, zájmové odpoledne - kroužky



# OS Ty a Já

---

## ▶ Kontakt:

- ▶ Tel: 776 488 008
- ▶ E-mail: [sdruzenityaja@seznam.cz](mailto:sdruzenityaja@seznam.cz)
- ▶ Web: [www.sdruzenityaja.cz](http://www.sdruzenityaja.cz)
- ▶ Adresa: Resslova 14, 301 00 Plzeň

## ▶ Komu:

- ▶ Lidem s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením (od 15 let)

## ▶ Charakteristika:

- ▶ Klubové centrum nabízí volnočasové aktivity pro mladé. Nabízí tyto zájmové kroužky: Hudební laboratoř, cvičení, keramika, výtvarný ateliér, tancování a multimediální kroužek.



# Národní rada osob se zdravotním postižením

---

## ▶ Kontakt:

- ▶ Tel: 377 224 879
- ▶ E-mail: [poradnaplzen@nrzp.cz](mailto:poradnaplzen@nrzp.cz)
- ▶ Web: [www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz)
- ▶ Adresa: náměstí Republiky 28, 301 00 Plzeň

## ▶ Komu:

- ▶ Osobám se zdravotním postižením, seniorům, rodičům dětí se zdravotním postižením.

## ▶ Charakteristika:

- ▶ Sociální a sociálně právní poradenství. Poradenství týkající se rehabilitačních, kompenzačních a reedukačních pomůcek. Zprostředkování odborné pomoci a spolupráce s pomáhajícími organizacemi.



# Centrum pobytových a terénních sociálních služeb

---

## ▶ Kontakt:

- ▶ Tel: 377 830 611
- ▶ E-mail: [info@centrumzbuch.cz](mailto:info@centrumzbuch.cz)
- ▶ Web: [www.centrumzbuch.cz](http://www.centrumzbuch.cz)
- ▶ Adresa: V Sídlišti 347, 330 22 Zbůch

## ▶ Komu:

- ▶ Lidem s kombinovaným postižením, s tělesným nebo zdravotním postižením.

## ▶ Charakteristika:

- ▶ Ubytování v pokojích vybavených manipulačním zařízením. Stravování dle vlastního výběru, pomoc při zvládnutí běžných činností, zdravotní péče, rehabilitační péče, sociální poradenství, výchovně vzdělávací činnosti, zájmové, aktivizační a volnočasové činnosti



# Městská charita Plzeň

---

## ▶ Kontakt:

- ▶ Tel: 377 537 700
- ▶ E-mail: [osobniasistence@mchp.cz](mailto:osobniasistence@mchp.cz)
- ▶ Web: [www.mchp.cz](http://www.mchp.cz)
- ▶ Adresa: Polední 11, 312 00 Plzeň

## ▶ Komu:

- ▶ Lidem se sníženou soběstačností z důvodu vysokého věku, chronického nebo tělesného postižení.

## ▶ Charakteristika:

- ▶ Služba je poskytována v přirozeném prostředí klienta. Průběh a způsob služby určuje klient sám. Služby mají klientovi zabezpečit základní životní potřeby a to jak biologické tak i společenské.
- 



- 
- ▶ Tato příručka byla vytvořena jako výstup mé bakalářské práce: Kvalita života klienta s tělesným postižením.
  - ▶ Kvalita života tělesně postižených záleží na pomoci druhých. Tyto organizace pomáhají zkvalitňovat život tělesně postižených jedinců v Plzni a okolí.
  - ▶ Zdroj: Katalog poskytovatelů sociálních služeb na území města Plzně 2014



## Příloha č. 4: Souhlasy s vykonáním výzkumu