UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

ŽIVOT KLIENTŮ PO ÚRAZE MÍCHY

Anna Kudláková

Katedra pedagogiky
Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph.D.
Studijní program: Vychovatelství

2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Život klientů po úraze míchy, vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Jaroslavy Hanušové Ph.D. a uvedla v ní všechny použité literární a jiné odborné zdroje v souladu s právními předpisy, vnitřními předpisy Karlovy univerzity a vnitřními akty řízení Karlovy univerzity a Pedagogické fakulty UK. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 19. března - 2012

. . . . . .

vlastnoruční podpis autora

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Jaroslavě Hanušové Ph.D. za cenné rady a trpělivé vedení, které mi poskytovala v průběhu psaní mé absolventské práce.

Mé díky patří i všem osloveným respondentům, kteří dotazník vyplnili.

Poděkování patří i mé trpělivé rodině, za jejich pomoc a podporu a to nejen během psaní mé absolventské práce, ale i po celou dobu studia.

Obsah

Obsah **5**

ÚVOD **8**

1. Hodnota motoriky a tělesné zdatnosti z psychologického hlediska **10**

1.1. Věk do tří let 10
1.2. Věk předškolní 11
1.3. Věk školní 12
1.4. Puberta 13
1.5. Mladiství 14
1.6. Dospělý 15
1.7. Stáří 16

2. Poúrazová tělesná postižení **17**

2.1. Úrazová onemocnění mozku a míchy 17
2.2. Otřes mozku 18
2.3. Zhmoždění mozku, nebo jeho části 18
2.4. Zlomeniny obratlů 18
2.5. Míšní léze 19
2.6. Paraplegie 20
2.7. Kvadruparéza 20
2.8. Tetraplegie 20

3. Nejčastější problémy v životě osob po poranění míchy **20**

3.1. Problémy s funkcí močového měchýře 20
3.2. Problémy se střevní činností 21
3.3. Problémy s termoregulací 22
3.4. Problémy s dýcháním 22
3.5. Spasticita 22
3.6. Sexuální problematika 23

4. Prvotní ošetření pacientů s poraněním páteře a míchy **24**

5. Problémy ošetřování v postakutní fázi na specializovaném pracovišti **25**

5.1. Hygiena pacienta 26
5.2. Dekubity 26
5.3. Vznik dekubitů 26
5.4. Léčba dekubitů 27

6. Léčba osob po úrazech míchy v chronické fázi **27**

6.1. Psychická rehabilitace 28

7. Rehabilitace **30**

7.1. Léčebná rehabilitace 31
7.2. Výchovně-vzdělávací rehabilitace 31
7.3. Sociální rehabilitace 32

7.4. Pracovní rehabilitace ... 32
7.5. Psychologická rehabilitace ... 33
7.6. Technické služby ... 33
7.7. Právnické služby ... 33
7.8. Ekonomické služby ... 34
7.9. Rehabilitační zásady ... 34
7.10. Rehabilitační metody ... 35

PRAKTICKÁ ČÁST ... 37

8. Experiment „Den na vozíku“ ... 37

8.1. Experiment na téma „Den na vozíku“ ... 38
8.1.1. Cíle ... 38
8.1.2. Obsah projektu ... 39
8.1.3. Organizace a časová dotace ... 39
8.1.4. Vlastní realizace ... 39
8.1.5. Výstup ... 41
8.2. Experiment na téma „Den na vozíku „bez vozíku““ ... 43
8.2.1. Cíle ... 43
8.2.2. Obsah projektu ... 44
8.2.3. Organizace a časová dotace ... 44
8.2.4. Vlastní realizace ... 44
8.2.5. Výstup ... 45
8.3. Závěr experimentu ... 46

9. Kvantitativní výzkum- dotazníkové šetření ... 47

9.1. Cíl ... 47
9.2. Hypotézy ... 47
9.3. Dotazníkové šetření ... 48
9.4. Charakteristika zkoumaného souboru a technika výběru ... 49
9.5. Výsledky dotazníkového šetření ... 50
9.6. Vyhodnocení hypotéz a diskuze ... 59

ZÁVĚR ... 66

Literatura ... 67

Seznam příloh ... 69

ÚVOD

Cílem bakalářské práce je zmapování života lidí, kteří se ocitli po úrazu míchy na vozíku. Toto téma jsem si zvolila z několika důvodů. Jedním z nich je fakt mé již několika leté praxe v oboru pomáhající profese osobní asistentky. Dalším důvodem je dle mého stále ještě ne zcela velká informovanost o daném handicapu širokou veřejností. Práce by tedy měla poskytnout hlubší vhled do problematiky, a to především laikům, tedy všem, kteří se mohou s handicapovanou osobou setkat v běžném životě. Díky neustále se rozšiřující integraci je totiž kontakt s handicapovaným stále častějším a přirozenějším jevem a ne každý tuto situaci zvládá bez ostychu, lehké nervozity, studu a přirozeně.

V první části práce charakterizuji některé základní pojmy, čtenáře seznámím s handicapem a možnostmi jeho vzniku, dále bude přiblížena hodnota motoriky a tělesné zdatnosti z psychologického hlediska v jednotlivých etapách lidského života i srovnání jedince s handicapem v jednotlivých obdobích lidského života. Literární rešerše je zpracovaná na základě odborné literatury uvedené v seznamu literatury.

Další část se zabývá samotným handicapem. Snažila jsem se přiblížit život osob na vozíku, tak, jak jsem jej mohla během své tříleté praxe asistenta vozíčkáře i během experimentu poznat. Možné léčení těchto úrazů, a to jak v postakutní fázi, tak v chronické fázi života jedince po úrazu míchy. Mou snahou je přiblížit nejčastější problémy s tělesným handicapem po úraze míchy. Samostatnou kapitolou je rehabilitace, její možnosti a dělení.

Praktická část je rozdělena do dvou samostatných celků. V první části se já sama „stanu“ tělesně handicapovanou. Strávím jeden celý den na vozíku a budu provádět stejné úkony, jako v mém běžném životě. Přičemž všechny úkony budou zaznamenány a porovnány s úkony v mém běžném životě. Druhá část praktické části bakalářské práce bude provedení výzkumu pomocí dotazníkové metody. Výzkum bude prováděn u klientů Centra Paraple a o. s. Vlastní Cestou. Jejich odpovědi budu zpracovávat a následně porovnávat s mými vlastními postřehy ze „Dne na vozíku“, tedy z mé vlastní zkušenosti s životem na vozíku.

Účelem mé bakalářské práce je tedy zmapování a problematiky jedinců po úraze míchy, ale i přiblížení nejčastějších problémů, se kterými se tito lidé musí v běžném životě potýkat, a to nejen v osobním životě, ale i např. v partnerských vztazích, při hledání a vstupu do zaměstnání, nebo v komunikaci s okolím. Prostředkem k zodpovězení těchto a dalších otázek jsou obě části praktické části práce, tedy moje osobní pocity ze „Dne na vozíku“ i výzkum.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Hodnota motoriky a tělesné zdatnosti z psychologického hlediska

„Motorická schopnost může být obecně vymezena jako soubor předpokladů (úspěšné) pohybové činnosti. Přesněji vyjádřeno jde o souhrn či komplex vnitřních integrovaných předpokladů organismu. Pro některé z nich můžeme nalézt biologický základ, jiné se projevují ve fyziologických funkcích, především ve výsledcích pohybové činnosti.“[1]

Chceme-li uceleně popsat hodnotu motoriky a tělesné zdatnosti člověka z psychologického hlediska, je důležité nejprve pochopit člověka jako celek. Člověka jako celek lze chápat hned několika způsoby, jedním z nich je např. pojetí známého zakladatele psychoanalýzy S. Freuda, který k označení těchto lidských vrstev označil pojmy id, ego a superego. Ačkoliv se zprvu může zdát problematika celistvosti člověka jako velice vzdálené téma či přímo nesouvisející s tématem hodnoty motoriky opak je pravdou, ve skutečnosti napomáhá vnímat tělesný handicap, jeho vnímání, přijímání či možnou rehabilitaci opravdu uceleně, se všemi náležitostmi, možnostmi a konsekvencemi.[2]

1.1. Věk do tří let

„Vstup dítěte do rodiny znamená velikou změnu v právech a povinnostech dosavadních členů rodiny, ale i jejich změnu v časovém rozvrhu. Obrátíme-li zřetel na rodiny s postiženými dětmi, tak se především ukáže, že jsou vystaveny většímu výchovnému zatížení než rodiny s nepostiženými dětmi.“[3]

U samotného dítěte je z psychologického hlediska časné dětství mimořádně důležitou etapou ve vývoji jedince, a to i přes to, že lidský novorozenec je při srovnání s ostatními savci motoricky velice špatně vybaven. Motorika lidského jedince se právě v tomto období markantně vyvíjí.[4]

---

[1] MĚKOTA K., BLAHUŠ P. *Motorické testy v tělesné výchově,* 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1983. s. 97. ISBN 14-467-83

[2] JANKOVSKÝ J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2001. 173s. ISBN 80-7254-192-7

[3] PIPEKOVÁ J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.roz. a přepr. vyd. Brno : Paido; edice pedagogické literatury, 2006. s. 39. ISBN 80-7315-120-0

[4] MĚKOTA K., BLAHUŠ P. *Motorické testy v tělesné výchově,* 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1983. 336s. ISBN 14-467-83

V případě, že se již v tomto období dítě stane tělesně handicapované, stává se díky svému defektu zvláště „vnímavým“ ke svému okolí. I okolí začíná měnit své chování k handicapovanému jedinci. Citové postoje vychovatelů k těmto jedincům bývají méně vyrovnané a často se setkáme i s tím, že bývají méně intenzivní, než ke zdravým jedincům, nebo je naopak citová vazba vychovatelů k vychovávanému nadměrně intenzivní.

Do 8 měsíců je dítě převážně odkázáno na podněty, které mu poskytuje okolní dospělá společnost, ovšem později, když by mělo začít chodit, začíná si velký díl podnětů opatřovat samo. Není to ale jen možnost chůze, která je dítěti díky správné motorice umožněna. S vývojem motoriky souvisí i vývoj hry, charakteristické pro dětské období vůbec. Hra je velice důležitým článkem ve vývoji člověka, díky hře si jedinec rozvíjí intelektovou, citovou i povahovou složku osobnosti, zároveň může hra u staršího dítěte sloužit jako prostředek k zapojení se do kolektivu ostatních dětí. Dítě motoricky zdatné má tedy snadnější cestu nejen do dětského kolektivu, ale i k socializaci, dítě motoricky omezené může naopak značně strádat neuspokojováním potřeby společenského zapojení. „Dobrý vývoj pohyblivosti má tedy v tomto období velkou hodnotu objektivní. Subjektivně ji však stále ještě nepociťuje, neboť je právě na samém počátku sociálního rozvoje.“[5]

Pro dítě motoricky handicapované vznikají dva základní problémy:

1. Nebezpečí nízkého rozvoje rozumových schopností, jelikož přívod podnětů může být jednostranný, chudší, nebo všeobecně nedostatečný.
2. Nebezpečí špatného povahového vývoje, které může opět způsobit nedostatečné množství podnětů zvenčí, a tak se dítě začne nadměrně koncentrovat na svou osobu, nebo se může stát příliš závislý na osobách, které ho vychovávají.[6]

1.2. Věk předškolní

Nejvýznamnější etapa v motorickém vývoji jedince je dovršena 3. rokem života jedince, proto by mělo docházet v tomto období spíše ke zdokonalování a rozvíjení již nabytých dovedností. Za normálních okolností se dítě v tomto období pohybuje již

[5] MATĚJČEK Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.přepr. vyd., Ústí nad Labem : H&H, 2001. s. 114. ISBN 80-86022-92-7
[6] Tamtéž. 144s.

s naprostou jistotou a může se tak samo dostat na potřebné místo, bádat a rozvíjet tak své dovednosti i vědomosti, ne ovšem v případě handicapovaného jedince.

„Dítě ve věku předškolním je stále velmi citlivé na deprivaci, takže nadále hrozí nebezpečí poruch a opožďování rozumového či povahového vývoje těch dětí, jejichž pohyblivost je vážně omezena již z období předchozího. Současně však hrozí takové nebezpečí i těm dětem, u nichž k vážnému omezení pohyblivosti, ať už vinou úrazu či nemoci, došlo až v tomto věku. Jestliže pak náhle získaný tělesný defekt zcela znemožní uspokojení této potřeby, nebo její uspokojování značně ztíží, dítě přirozeně trpí. Že u dítěte tělesně postiženého bývá příležitostí k takovým frustracím nepoměrně více než u dětí ostatních, netřeba zvláště připomínat. Proto se také u takových dětí už v předškolním věku začíná objevovat „pocit méněcennosti“, včetně vhodných nebo i nevhodných forem kompenzace. Znamená to, že dítě si svá omezení už uvědomuje. Motorická vyspělost a celková tělesná zdatnost vystupují tak do jeho vlastní soustavy hodnot, i když zatím ještě ne na nejvýznamnější místo v jejich tvořící se hierarchii. Motivace k rehabilitaci tedy zůstává převážně vnější.“[7]

1.3. Věk školní

Z psychologického hlediska můžeme školní věk rozdělit na tři období, jedná se o mladší školní věk (6-9 let), střední školní věk (9-12 let) a starší školní věk, který se prolíná s prvními fázemi puberty. Tělesný vývoj je tedy v tomto období charakterizován převážně měnami fyziologické konstituce těla a tvorbou druhotných pohlavních znaků. Dalším důležitým aspektem, že je v tomto období jedinec schopen až překvapivě velkých výkonů. Tento fakt má pochopitelně odraz v hodnocení tělesné zdatnosti i u samotných dětí. Vstupem do školy se navíc ještě umocňuje rozšiřování společenského okruhu jedince. Je důležité si uvědomit, že „mobilita jedinců s tělesným postižením velmi podstatně ovlivňuje kvalitu jejich života a je základním předpokladem jejich úspěšné sociální integrace.“[8]Děti, které pohybově svému okolí nestačí, bývají často vylučovány z dětského kolektivu, čímž se může ještě prohloubit již zmíněný pocit „méněcennosti“.

---

[7] MATĚJČEK Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepr. vyd., Ústí nad Labem : H&H, 2001. s. 116. ISBN 80-86022-92-7

[8] PIPEKOVÁ J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.roz. a přepr. vyd. Brno : Paido; edice pedagogické literatury, 2006. s. 205. ISBN 80-7315-120-0

U chlapců je ve školním věku motorika důležitějším prvkem, než je tomu u dívek. Dosahuje v tomto období vrcholu, proto mají chlapci sklon k přepínání a přehánění, zároveň má ale toto přepínání se důležitou úlohu upozorňovací. Chlapci tedy mohou, díky možnosti předvedení svých výkonů, snáze upozornit dívky na svou přítomnost. Proto je náhlé omezení pohyblivosti v tomto období velice těžký zásah do dosud nehotové a velice zranitelné stavby chlapcovy osobnosti. Je prokázáno, že v tomto období nehraje u dívek motorika zase až tak velikou roli ve společenském uplatnění. Pohybové omezení u nich dosahuje vrcholu spíše v pozdějším věku, konkrétně v pubertě a dalších obdobích. Celkově lze ovšem říci, že děti s tělesnými defekty získanými, nebo i vrozenými v předchozích obdobích života si začínají svá omezení uvědomovat, zatímco jedinci, kteří se teprve v tomto období stali handicapovanými se s otřesem setkají až v pozdějším věku, pravděpodobně v pubertě.

Práce odborníků s takto handicapovanými jedinci v období školního věku se zaměřuje tedy převážně na minimalizování společenských dopadů způsobujících pocit „méněcennosti“ jedince. V tomto období je také nutné, aby se handicapovaný, ale i jeho rodina spolu s odborníky zaměřili na směřování zájmů dítěte k jeho budoucímu zaměstnání, které by mělo odpovídat možnostem, dovednostem a osobním tendencím handicapovaného.[9]

1.4. Puberta

Puberta představuje náročné období, a to nejen z hlediska fyziologického vývoje a celkového vývoje organismu, ale především z hlediska psychologického. Je to období velice náročné i pro zdravého jedince, natož pak pro jedince, který se potýká s handicapem. Jedná se o období, která může v případě handicapu mít i dalekosáhlý význam z hlediska zacházení s tělesnými defekty.

V tomto období se navíc u jedince umocňuje vnímání sebe sama jako samostatně myslícího a fungujícího jedince, a to hlavně v závislosti ke vztahu k opačnému pohlaví. Zatímco se v tomto období začínají prohlubovat druhotné sexuální rozdíly a u jedinců se začíná rozvíjet zájem o opačné pohlaví, i vrstevnické skupiny hrají v tomto období lidského života velice důležitou roli. Nastupuje také potřeba intimního přátelství, právě

[9] MATĚJČEK Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepr. vyd. Ústí nad Labem : H&H, 2001. 144s. ISBN 80-86022-92-7

v tomto věku se často tvoří přátelství přetrvávající po celý život. Není také tajemstvím, že se jedná o období odmítání autorit. Ostatně všechno počínání pubescentů je značně ovlivněno citovou nejistotou a nevyrovnaností. Dalším charakteristickým znakem tohoto období je tendence ke krajnostem. Je důležité si uvědomit, že tyto všechny výše zmíněné charakteristické vlastnosti jedinců v období puberty nemají jen zdraví jedinci, ale i jedinci, kteří se potýkají s fyzickým handicapem.

V případě, že byl jedinec postižen nějakým fyzickým handicapem až v tomto období, není jeho vývoj ohrožen deprivací, jako tomu bylo v obdobích předcházejících, ale zato zde mohou vznikat ještě závažnější komplikace, než je samotná deprivace. Osobnost jedince se v tomto období, jak již bylo řečeno, formuje na vyšší úroveň- z dítěte se stává dospělý jedinec, který velice kriticky hodnotí nejen okolí, ale především sebe. Za těchto okolností tedy může dojít k velice vážným psychickým otřesům. Při rehabilitaci v tomto období je tedy zapotřebí počítat se silnými výkyvy nálad doprovázenými mnohdy silnými depresemi a pocity „méněcennosti“, dále pak může docházet k výkyvům pozornosti, ztrátě sebekontroly, rychlejší únavě, ale je zde i větší citlivost na kritiku ze strany vrstevníků i dospělých. Zcela rozhodující roli hraje vnitřní motivace k rehabilitaci. Dítě by mělo při rehabilitaci v tomto období přestat pracovat pro „odměny“, ale mělo by začít chtít rehabilitovat samo pro sebe, mělo by si uvědomovat důležitost rehabilitace.[10]

1.5. Mladiství

Tento věk lze ohraničit věkovým rozmezím mezi koncem puberty a zhruba 20. rokem života, jedná se ovšem jako o období velice individuální, a to jak v oblasti prožívání, tak v jeho v jeho délce i počátku nástupu.

Důležitost tělesné zdatnosti opět ukazuje především fakt možnosti zapojení se do kolektivu, nastupuje i uplatnění se v zaměstnání, soutěžení s ostatními, ale stále zvyšující se oblast sexuálního zájmu. Za těchto okolností se stává defekt velice vážnou nechtěnou záležitostí. Mladý člověk si v tomto období začíná plně uvědomovat míru svého postižení a ohrožení na trhu práce, v kolektivu, ale i značné omezení v možnostech výběru potenciálního partnera. Naopak je tomu u defektů vrozených,

[10] MATĚJČEK Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.přepr. vyd. Ústí nad Labem : H&H, 2001. 144s. ISBN 80-86022-92-7

nebo získaných již v předchozích fázích života, v tomto případě se naopak jedinec začíná s defektem smiřovat a začíná ho chápat jako přirozenou součást sebe samého.

Pro rehabilitaci v tomto období je dobré užití racionální motivace. Důležitý je vlastní zájem o uzdravení, nebo zmírnění dopadu následků úrazu. Proto je především důležité namotivovat handicapovaného k rehabilitaci. Není ale žádoucí motivovat jedince na úkor okolí. Musíme si uvědomit, že jednáme již s téměř hotovou osobností, která dokáže vycítit, když ho do něčeho tlačíme či vytváříme nepřirozené prostředí a nepřiměřené podmínky. Není dobré nechávat handicapovaného za každou cenu zvítězit nad svým handicapem, nebo mu dokonce přizpůsobovat okolí. Naopak zájmy, které se stávají stále ucelenějšími a silnějšími je dobré užít pro minimalizování pocitů „méněcennosti“.[11]

1.6. Dospělý

Věk dospělého jedince můžeme rozdělit do třech konkrétnějších období, kterými jsou mladší věk dospělý (20-30let), střední věk dospělý (30-45 let) a starší věk dospělosti (45 let- 60 let).

Mladší věk je charakterizován jakýmsi ustálením, vyrovnáním se, které začalo již v období konce puberty. Zároveň je jedinec v tomto období natolik zralým, že je schopen zakládat vlastní rodinu, je schopen osamostatnění se. Jedná se o období maximální tělesné zdatnosti. To všechno je ovšem normální u zdravého nehandicapovaného jedince. Jedinci s tělesným handicapem mají pro osamostatňování se i zakládání rodiny značně ztížené podmínky. Navíc hodnota motoriky se v toto období u obou pohlaví stále udržuje na vrcholu. Je předpokladem pro již zmíněné osamostatnění, hledání životního partnera, zakládání rodiny, ale i pro profesní uplatnění. Okolnosti fyzického defektu jsou mnohem tíživější (díky víše zmíněným okolnostem) pro ženy.

Střední věk dospělosti je charakteristický pro období po třiceti letech života jedince. Toto období s sebou přináší ještě větší ustálení než mladší věk dospělosti. Je tomu tak hlavně díky ubytí sexuálního napětí, které je charakteristické pro předcházející období. Vzhledem k této okolnosti je jasné, že defekt bude přinášet mnohem méně

[11] MATĚJČEK Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepr. vyd. Ústí nad Labem : H&H, 2001. 144s. ISBN 80-86022-92-7

obtíží, než tomu bylo dříve. Zároveň je pro tomto životní období charakteristické smíření se s defektem, za předpokladu, že k tomu nedošlo již dříve. Nově získaný defekt naopak přináší veliký otřes v životě jinak vyrovnaného jedince, defekt navíc ruší ideál tělesné dokonalosti jedince, jeho výhledy do budoucna, ideály, mění jeho systém stanovených a platných hodnot, zároveň ruší platné stereotypy a denní návyky jedince. Motivace k rehabilitaci vychází převážně z motivace samotných handicapovaných a jejich chuť k znovunavrácení se do běžného života, a to ať už s handicapem, nebo bez něho. Tam, kde nebude ani po rehabilitaci návrat k běžnému životu možný, je více než důležitá psychická příprava na tento fakt.

Starší věk dospělosti je charakterizován úbytkem tvůrčích schopností, tělesné i duševní výkonnosti. Zároveň je pro toto období charakteristická menší ochota přizpůsobovat se všemu novému, a to i možným handicapům. Trvalé defekty vzniklé v dřívějších etapách života jedince jsou již plně začleněny do struktury osobnosti jedince a jedinec je chápe jako svou nedílnou součást. Nově vzniklý defekt však může v životě jedince vyvolat značné problémy. Velký problém zde hraje zmíněná snížená pružnost a možnost adaptace se na nové prostředí, např. prostředí nemocnic a léčeben, kterými po úraze musí dotyčná osoba projít. Dominuje snaha vrátit se co nejdříve domů, a to i na úkor možnosti malého eliminování následků úrazů. Těžké je i vyrovnání se s pocitem snížené samostatnosti a soběstačnosti, kterou s sebou defekt přináší. [12]

1.7. Stáří

Stáří je charakterizováno jako závěrečná etapa lidského života, kdy je již znatelné ubývání fyzických i psychických sil. Ze zdrojů, které byly pro člověka dříve hnacím motorem pro jeho nápravu, tedy snaha o vyniknutí, nebo soutěživost, odpadá. Stejně tak je tomu vidina budoucnosti. Jedinec v tomto životním obdobím se spíše ohlíží do minulosti, než že by nahlížel do budoucnosti. Největším hnacím motorem pro zlepšení zdravotního stavu tedy bude fakt, že se dotyčná osoba nechce stát závislou na osobě jiné, nechce „být na obtíž“, chce naopak být ještě užitečná a prospěšná pro své okolí. To může být hlavní motivací pro rehabilitaci. Další motivací pro rehabilitaci se může stát stabilita zájmů, nebo jakási tendence k pravidelnosti a již životem navyklých

[12] MATĚJČEK Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepr. vyd. Ústí nad Labem : H&H, 2001. 144s. ISBN 80-86022-92-7

stereotypů. Podaří-li se dosáhnout toho, aby jedinec navíc bral rehabilitaci jako součást svého denního programu má rehabilitační pracovník vyhráno.[13]

2. Poúrazová tělesná postižení

V dnešní době se s jedinci s tělesným postižením můžeme setkat téměř všude ve společnosti, v celém věkovém spektru, ve všech společenských vrstvách i pracovních pozicích. Společnost nás učí, jakým způsobem s takto i jinak handicapovanými komunikovat, jaký k nim zaujímat přístup. Je ale důležité uvědomit si, že je zcela rozlišné, jakým způsobem dotyčný k handicapu přišel. Je rozdíl, zda je člověk handicapovaný již od narození, nebo se stal handicapovaným až během svého života. Zatímco člověk, s vrozeným handicapem má již od narození jasnou představu s jakým postižením se bude ve svém životě potýkat, člověk s handicapem získaným se musí smířit nejen se samotným defektem, ale i se změnami, které defekt přináší, se změnami nejen tělesnými, ale i psychickými, s možnou změnou komunikace s okolím, změněnou pracovní schopností, mobilitou i dalšími zdravotními komplikacemi, které se k tělesnému handicapu váží.[14]

Mezi nejtěžší úrazy dětí, mládeže a dospělých patří úrazy vzniklé na základě dopravní nehody, při zasažení elektrickým proudem, nebo při pádech z výšky při práci, sportu, nebo úrazy kriminální, ale i např. úrazy při živelných pohromách atd.[15]

2.1. Úrazová onemocnění mozku a míchy

Je mnoho činitelů, které mohou způsobit úraz zapříčiňující poškození mozku a míchy. S těmito činiteli se můžeme setkat ve všech fázích lidského života, ovšem v každé fázi dominuje jiný činitel. Zatímco u dětí způsobují úrazy nejčastěji pády, u adolescentů a dospělých tomu budou např. dopravní nehody. Snížit množství úrazů onemocnění mozku a míchy můžeme docílit především dobrou a včasnou prevencí.

Mezi úrazová onemocnění mozku a míchy patří např. otřes mozku, zhmoždění mozku, ale i paraplegie a tetraplegie a další.[16]

---

[13] MATĚJČEK Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepr. vyd. Ústí nad Labem : H&H, 2001. 144s. ISBN 80-86022-92-7

[14] SLOWÍK J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha, Portál, s.r.o., 2010, 160s. ISBN 978-80-7367-691-9

[15] RENOTIÉROVÁ M. *Somatopedické minimum*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta, 2003. 87s. ISBN 80-244-0532-6

2.2. Otřes mozku

Důvodem vzniku otřesu mozku je tupý náraz na lebku, doprovázená ztrátou vědomí, které může trvat různě dlouhou dobu, podle míry otřesu:

- Lehký otřes mozku, kdy bezvědomí trvá jen několik minut
- Středně těžký otřes mozku, kdy trvá bezvědomí až 1 hodinu
- Těžký otřes mozku s bezvědomím delším než 1 hodinu[17]

2.3. Zhmoždění mozku, nebo jeho části

Zhmoždění mozku, nebo jeho části, vzniká působením zevního násilí, větší intenzity. Rozsah následků závisí na místě poranění. Pokud tedy jedinec úraz přežije, je jistotou, že mu zůstanou trvalé následky. Z hybných poruch to bývá často postižení spastické hemiparézy (částečné ochrnutí jedné poloviny těla), tedy ochrnutí levostranných, nebo pravostranných končetin, nebo ochrnutí dolních končetin. Další možně vzniklý handicap jsou poruchy okohybné. Zřídka může vzniknout poúrazová epilepsie.[18]

2.4. Zlomeniny obratlů

Mezi zlomeniny obratlů, které mívají za následek poškození míchy, patří převážně poškození krční páteře. Nejčastější příčiny bývají úrazy, jako jsou dopravní nehody, pády z výšky, nebo naopak skoky do mělké vody a sportovní úrazy.

Příznaky poškození míchy odpovídají místu úrazu a jeho stupni, kdy se okamžitě objeví poruchy hybnosti. Navíc hned v akutním stadiu úrazu vzniká tzv. míšní šok, který se projevuje nejen ochabnutím dolních končetin, ale i zástavou moče a stolice, nebo dalšími neurologickými příznaky. Faktem zůstává, že mícha není schopná regenerace a návratnosti do původní podoby, proto je poranění míchy nevratným.

„Podle místa postižení míchy se objevují tyto následky:

---

[16] MATĚJČEK Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dě*tí. 3. přepr. vyd. Ústí nad Labem : H&H, 2001. 144s. ISBN 80-86022-92-7

[17] RENOTIÉROVÁ M. *Somatopedické minimu*m. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta, 2003. 87s. ISBN 80-244-0532-6

[18] Tamtéž. 87s.

1. Při poškození horní krční míchy (1. - 4. segment) vzniká spastická kvadruparéza (částečné ochrnutí všech čtyř končetin, které může vzniknout po úraze míchy. V oblasti přechodu krčního a hrudního úseku) až kvadruplegie s poruchou čití, která dosahuje až po krk. Je to důsledek poškození centrálních hybných drah a senzitivních dostředivých drah.
2. Při poškození dolní krční míchy (5. - 8. segment) se objevuje spastická paraparéze až paraplegie dolních končetin a chabá paraparéza až paraplegie horních končetin. To odpovídá postižení pocházejících centrálních hybných drah pro dolní končetiny a periferních motorických neuronů pro horní končetiny. Porucha citlivosti je na trupu a na všech končetinách.
3. Při poškození hrudní míchy spastická paraparéza až paraplegie dolních končetin pro postižení centrálních drah pro dolní končetiny. Hranice poruchy citlivosti se posunuje podle výšky poranění hrudní míchy.
4. Při poškození bederní a křížové míchy vzniká chabá paraparéza až paraplegie dolních končetin, neboť v této výši jsou především poškozeny periferní motorické neurony pro dolní končetiny. Současně se objevují poruchy citlivosti na dolních končetinách.“[19]

Při výše zmíněných poškozeních dochází kromě poruchy hybnosti a citlivosti i těžko hojící se dekubity.[20]

2.5. Míšní léze

Nejčastějšími důvody míšní léze, nebo-li porušení míchy dochází následkem úrazu většího rázu. Jelikož mícha prochází jednotlivými obratli, nejčastějším důvodem poškození míchy je právě zlomení či rozštěpení, nebo jejich posunutí obratlů a jejich následné poškození míchy. To vede k následné ztrátě citlivosti a ochrnutí, podle míry poškození míchy.[21]

---

[19] RENTIÉROVÁ M. *Somatopedické minimum*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta, 2003. s. 41. ISBN 80-244-0532-6,
[20] Tamtéž. 87s.
[21] SVAZ PARAPLEGIKŮ. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha : Svaz paraplegiků- centrum Paraple, 2004. 83s.

2.6. Paraplegie

Jedná se o soubor symptomů způsobených porušením míchy. Mezi hlavní důsledky tohoto porušení patří ochrnutí dolních končetin, ale i poruchy svalového tonusu č vegetativní poruchy. Často může toto porušení způsobit i ochrnutí horních končetin. Mezinárodní klasifikace řadí postižení míchy do 4 základních skupin:

- S 14 jedná se o poškození nervů a míchy v krční oblasti
- S 24 jedná se o poškození nervů a míchy v hrudní oblasti
- S 34 jedná se o poškození nervů a míchy v břišní a pánevní oblasti
- S 82 sem patří paraplegie a tetraplegie[22]

2.7. Kvadruparéza

Jde o soubor symptomů způsobujících částečné ochrnutí všech čtyř končetin. Kvadruparéza vzniká při porušení míchy v oblasti mezi krčního a hrudního úseku.[23]

2.8. Tetraplegie

Jedná se o soubor symptomů způsobující úplné ochrnutí všech končetin, které je způsobeno úplným přerušením krční míchy. Používá se termín tetraplegie, nebo také kvadruplegie.[24]

3. Nejčastější problémy v životě osob po poranění míchy

Je důležité si uvědomit, že se většina osob po úraze míchy potýká nejen s problémem tělesného handicapu, ale že toto poranění s sebou nese ještě mnoho dalších problémů. Téměř každý takto handicapovaný přiznává, že nemožnost pohybu je tím nejmenším problémem, s kterým se v životě na vozíku potýká.[25]

3.1. Problémy s funkcí močového měchýře

Močový měchýř a jeho funkčnost je jedním z hlavních ukazatelů kvality života osob s poraněním páteře a míchy, proto je péče o močový měchýř stanovena

---

[22] SVAZ PARAPLEGIKŮ. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha : Svaz paraplegiků- centrum Paraple, 2004. 83s.
[23] VOKURKA M. a kol. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha, MAXDORF, 2009. 1144s. ISBN: 978-80-7345-202-5
[24] SVAZ PARAPLEGIKŮ. *Paraplegie, tetraplegie*, Svaz paraplegiků- Centrum Paraple, Praha : edice Paraple. 56s.
[25] Tamtéž. 56s.

bezprostředně hned po úraze. Mezi hlavní příčiny poruch vyprazdňování močového měchýře patří problémy se svěrači. Dysfunkce svěrače lze také ovlivnit medikamentózně. Přeplněním měchýře naopak nastávají další komplikace, jako jsou záněty měchýře, nebo tvoření kamenů. Proto hraje péče o močový měchýř velice důležitou roli v životě takto nemocného. Mezi hlavní vyšetřovací metody močového měchýře patří např. sonografické ultrazvukové vyšetření, intravenosní vylučovací urografie, cystoskopie, nebo vyšetření zjišťující funkčnost měchýře, tedy kapacitu, vyprazdňovací schopnosti, tlak moče, tlak vyprazdňování, elasticita stěny močového měchýře a zbytek moče po vyprazdňování.

Nikdy nelze předem s přesností určit, jak moc bude funkce močového měchýře jednotlivých pacientů úrazem zasažena. Je ovšem více než pravděpodobné, že se takto handicapovaný jedinec s problémy s močovým měchýřem dříve, nebo později setká, proto je důležité na to jedince připravit. Zároveň je i velice individuální, jaký typ poruchy jedince potká. Je ale velice důležité naučit se s jednotlivou poruchou fungovat. Pacienti s poraněním hrudní míchy mohou nacvičit často kontrolovatelné pravidelné vyprazdňování, zatímco pacienti s poraněním bederní míchy se mohou naučit „vyklepávat“ nebo „vymačkávat“ měchýř. Nelze-li měchýř „vymačkat“, musí dojít k drastičtější metodě vyprázdnění měchýře, tedy cévkování. Jsou-li pacienti inkontinentní i před vycévkováním či v případě ne zcela naplněného močového měchýře musí nastat další hygienické opatření, jako jsou plenky, nebo kondomové urinály. Operační metody jsou nezvratným řešením, proto se na našem území příliš často nevyskytují.[26]

3.2. Problémy se střevní činností

Zatímco u zdravých jedinců je vyprazdňovací reflex ovlivněn třemi faktory:

1. Nervová pleteň ve střevní svalovině, která je aktivována dle množství střevního obsahu
2. Sakrální kořeny míchy, které posilují anální svěračovou peristaltiku (pozvolný, rytmický pohyb stěn některých dutých orgánů, jehož následkem je posouvání jejich

[26] WENDSCHE P. a kol. *Poranění páteře a míchy*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1993. s. ISBN 80-7013-159-4

obsahu jedním směrem), čili brzdí parasympatikus (skupina autonomního nervstva nepodléhající lidské vůli.)

3. Samovolné ovládání s aktivním uzávěrem či uvolněním zevních svěračů

Při spastickém typu nastává vyprázdnění reflexně. Přes reflexní oblouk dochází při neúčasti subjektivního vnímání stolice přesto k vyprázdnění.

Při chabém typu je reflexní oblouk přerušen a odchod stolice může být ovlivněn jen nervovou pletení ve stěně střední.[27]

3.3. Problémy s termoregulací

Poruchy termoregulace jsou opět velice častým problémem lidí s po úrazech míchy. Jedná se o vážný problém, který vyžaduje zvláštní pozornost. Problém nastává převážně při enormních teplotách, a to nadměrně nízkých i vysokých. Je třeba si uvědomit, že takto handicapovaná osoba má často problém teplotu kolem sebe vnímat, může tedy dojít k přehřátí organismu, nebo naopak jeho prochladnutí. Problém může nastat např. i tehdy, pokud se jedinec dotkne nadměrně horkého předmětu- jeho tělo nedokáže na horký předmět dostatečně rychle reagovat.[28]

3.4. Problémy s dýcháním

Poruchy s dýcháním se nejčastěji objevují u poraněných s lézí krční páteře bezprostředně po úraze. Důvodem je částečné či úplné zamezení funkčnosti bránice, což poraněnému znemožňuje dýchat samostatně. Poruchy s dýcháním mohou mít i osoby s nižší lézí. V obou případech takto handicapovanému jedinci mohou pomoci speciální dýchací přístroje.[29]

3.5. Spasticita

Častým jevem po úraze míchy je také spasticita (zvýšené napětí svalových vláken doprovázené svalovými záškuby). Spasticita nutí jedince k velice silným záškubům různých částí těla, může dokonce dojít ke spasticitě orgánů. Spasticitu mohou vyvolat různé vnitřní i vnější faktory. Hlavním vnějším faktorem je teplota prostředí,

[27] SVAZ PARAPLEGIKŮ. *Paraplegie, tetraplegie*. Svaz paraplegiků- Centrum Paraple, Praha : edice Paraple, 56s.
[28] Tamtéž. 56s.
[29] Tamtéž. 56s.

v kterém se jedinec nachází. Mezi vnitřní faktory můžeme zařadit náplň močového měchýře, nebo střev, nejrůznější infekce, tělesnou teplotu, ale i nedostatek spánku či špatná životospráva, ke které patří převážně nadměrná konzumace alkoholu. Ačkoliv existují léky na snížení těchto svalových záškubů, většinou nebývají příliš účinné.[30]

3.6. Sexuální problematika

Téměř většina pacientů po úraze míchy se domnívá, že sexuální život se pro ně stal tabu. Utvrzuje je v tom fakt, že na toto téma s handicapovanými po úrazu nikdo nehovoří, neexistuje žádná informovanost ohledně sexuálního života jedinců po úrazech míchy. Z dostupných pramenů ani z dotazů handicapovaných klientů mi není mi známa následná péče sexuologů, internistů, psychologů, která by komplexně pojala tuto problematiku. Léčba pacientů se orientuje především na oblast získání co možná největší soběstačnosti a obnovení hybnosti. Přitom tu zůstává fakt, že u mladých paraplegiků je v budoucnu sexuální nečinnost mnohem více tíživá než samotná nemožnost pohybu. Každý jedinec je totiž biologicky naprogramován nejen k rozmnožování, ale i k uspokojování svých sexuálních potřeb. Proto je osvěta v této oblasti velice důležitá. Dále i proto, že je statisticky prokázáno, že úrazy zapříčiňující poškození míchy, postihují převážně mladé lidi, kteří se nachází ještě v období sexuálního zrání a jsou tedy na počátku svého sexuálního života.[31]

Je pravdou, že bezprostředně po úrazu dochází u jedince nejen k fyzickým, ale i psychickým změnám, pacient se nachází v depresi a má často i pocity méněcennosti, proto většinou dochází k sexuální nechuti. To znamená, že jedinec má v tomto období sníženou sexuální touhu. Později, kdy se jedinec začíná se svým handicapem vyrovnávat a smiřovat a zvýší se mu sebevědomí, začíná sexuální apetit opět růst. Jedinec, který si tedy do této doby není jist svou funkčností v dané oblasti, se dostává do velice těžké situace.

Pokud jsou překlenuty prvotní zábrany a dojde k sexuálnímu styku, je dobré mít na paměti, že schopnost erekce u mužů je značně omezena. Šrámková uvádí, že až 70% mužů po úraze míchy trpí erektivní dysfunkcí.

---

[30] SVAZ PARAPLEGIKŮ. *Paraplegie, tetraplegie*. Svaz paraplegiků- Centrum Paraple, Praha : edice Paraple, 56s.
[31] ŠRÁMKOVÁ T. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha : Svaz paraplegiků centrum Paraple, 108s.

Problém s erekcí ještě neznamená nemožnost sexuálního styku, zvlášť dnes, v době mnoha existujících pomůcek, které erekci napomáhají. Mezi základní možnosti k pomoci s erekcí patří nejrůznější mechanické pomůcky navozující, nebo napomáhající erekci, implantace penilní protézy (protéza pomáhajícím mužům s erekcí, dnes již spíše ojedinělé východisko pro řešení problémů mužské erekce), nebo injekce vazoaktivních látek (přirozeně jsou tyto látky vylučovány endotelem a mimo jiné napomáhají k erekci. Jejich injekční aplikaci ovšem velké procento pacientů špatně snáší) do topořivých těles, dále pak jsou to vibrátory. V případě samotného sexuálního styku je naopak dobré vědět, že pouze 1-3% mužů po úraze míchy je schopno ejakulace.

Kvalitní resocializace v sexuální oblasti osob po úraze míchy je tedy velice důležitá, a to pro zvýšení sňatečnosti a posléze naplnění reprodukční potřeby.[32]

4. Prvotní ošetření pacientů s poraněním páteře a míchy

„Těžké dopravní nehody, pády z výšky při práci, sportu, nebo úrazy kriminální, skoky po hlavě do mělké vody a přimáčknutí těla v ohnuté poloze vedou často k poranění páteře a míchy. Bolesti v zádech nebo za krkem kombinované s poruchou citlivosti nebo pohyblivosti svalových skupin nebo oboje vyžaduje myslet na poranění páteře a míchy. Když takový neurologický deficit není patrný, závažnost úrazu a obraz bolestivosti svědčí pro poranění osového orgánu.

První pomoc při podezření na poranění páteře musí probíhat tak, aby nenastalo aktivním nebo pasivním ohybem páteře poškození centrálního nervového orgánu-míchy. V popředí laické a odborné pomoci je zajištění dostatečného dýchání a krevního oběhu. I pro zranění na páteři platí všeobecné zásady první pomoci, to je zajištění průchodnosti dýchacích cest povytažením zapadlého jazyka, odstranění zvratků, částí chrupů apod., založením vzduchovodu, eventuálně dýcháním z úst do úst při zástavě dýchání. Při této manipulaci musíme myslet na možné poranění krční páteře. Další manipulace či odsun poraněného je nejlépe provádět vleže na zádech v anatomické pozici páteře. Podložením malých polštářků pod krk a pod bedra docílíme transport pacienta do nemocnice v anatomické neutrální poloze. Hlava by měla být fixovaná. Vhodný prostředek pro přesun takového pacienta je vakuová matrace. Není-li vakuová

[32] ŠRÁMKOVÁ T. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha : Svaz paraplegiků centrum Paraple, 108s.

matrace k dispozici, musíme volit způsob improvizace, tj. lehátko s pevnou podlahou nebo dokonce jen dlouhé prkno. Při manipulaci musíme pochopitelně sledovat další poranění, poranění končetin, pánve, hrudníku nebo hlavy.

Zvláštní pozornost vyžaduje záchrana pacienta z havarovaného vozu nebo z jam apod. Záda narovnáme opatrně tahem. Rány a zlomeniny končetin ošetříme podle zásad první pomoci. Známky oběhového šoku, bledost, chladný pot, nehmatný nebo slabý rychlý tep jsou alarmující známky pro život ohrožující poranění vnitřních orgánů břišních nebo hrudních. Izolovaná poranění páteře, nebo míchy nevyvolávají oběhový kolaps nebo šok. Je nejlépe při našich krátkých dopravních vzdálenostech těžce zraněného co nejdříve po poskytnutí první pomoci dopravit do traumatologického centra či na spinální jednotku. Malá nemocnice nesplní tento požadavek a zbytečně se oddaluje vhodný „timing“ k ošetření úrazů páteře a míchy. Bylo prokázáno, že pacienti s izolovaným míšním poraněním, převezení ihned na specializované pracoviště- i přes větší vzdálenost- měli lepší pozdní výsledky než prvotně ošetření v nemocnicích základního typu.“ [33]

5. Problémy ošetřování v postakutní fázi na specializovaném pracovišti

Ošetřovatelská péče osob po úrazech míchy se v podstatě neliší od péče o soby jinak pohybově postižené. Velice důležitá je zde znalost převážně všech specialit v péči o takto postižené osoby, mezi základní znalosti v této věci patří převážně prevence dekubitů. Osoby s tímto postižením, které mají znemožněnou hybnost, mají totiž změněnou trofiku, proto jsou k dekubitům náchylnější. Mezi další specifikum patří fakt, že tito jedinci často nemají schopnost dostatečně odkašlávat, proto je velice důležité poklepávání zad, nebo podpora odkašlávání břišním lisem či případné odsátí, to vše patří rovněž k důležitým zvláštnostem péče o takto nemocné. Další ošetřovatelská péče spočívá převážně v měření a sledování fyziologických funkcí, pomocí s hygienou, dále řádná výživa pacientů, podávání léků, možné převazy, péče o vyprazdňování moče a

[33] WENDSCHE P. a kol. *Poranění páteře a míchy*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1993. s.10-11. ISBN 80-7013-159-4

stolice, rehabilitace a v neposlední řadě i péče o psychiku, jak již podotýkal největší římský satirik Iuvenalis „Ve zdravém těle, zdravý duch“. [34]

5.1. Hygiena pacienta

Mezi základní hygienickou péči o takto nemocné jedince patří převážně umývání pacienta na posteli i celková koupel ve vaně, nebo sprše, péče o vlasy a nehty i o dutinu ústní, péče o kůži a hygiena ložního i osobního prádla. [35]

5.2. Dekubity

Dekubity jsou defekty měkkých tkání (kůže, podkoží i hlubších struktur) vznikající díky působení nadměrného, nebo dlouhodobého tlaku kostních prominencí.

„Dekubity vznikají obvykle u těžkých celkových onemocnění spojených s nehybností pacienta, jako jsou těžké úrazy s bezvědomím a nervovými lézemi, dále septické stavy, metabolická kómata, některé ortopedické a neurologické choroby atd…

U těchto onemocnění vzniká v akutní fázi enormní snížení odolnosti tkání na tlak. Dekubity se mohou vytvořit již za ½ až 1 hodinu.“[36]

5.3. Vznik dekubitů

V běžném životě tlak na jednotlivé části těla působí přiměřeně krátkou dobu a tkáně jsou tomuto tlaku schopné odolávat. Osoby, které jsou upoutány na lůžko či na vozík jsou ovšem vystaveny tlaku po mnohonásobně delší dobu. V případě, že by byl zdraví jedinec tomuto tlaku vystaven vědomě, nebo podvědomě změní polohu a zabrání tak nepříjemnému pocitu, který tlakem vznikl. Osoba upoutána na lůžko či vozík ovšem této změny polohy není schopná, proto může vlivem tohoto tlaku dojít ke vzniku dekubitů. Vlivem tohoto vznikají především hlubší struktury a kůže pomalu odumírá.

Mezi první klinické projevy patří zarudnutí a otok tlakem namáhaného místa. Postupně se barva kůže nadále mění, až dojde k úplnému zčernání. [37]

---

[34] WENDSCHE P. a kol. *Poranění páteře a míchy*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1993. s. 29. ISBN 80-7013-159-4
[35] Tamtéž. 83s.
[36] Tamtéž. s. 53.
[37] Tamtéž. 83s.

5.4. Léčba dekubitů

Nejdůležitější není přímo léčba dekubitů, ale především jejich prevence, tedy předcházení jejich vzniku. Dekubitům lze předcházet především častými změnami poloh pacienta, tedy jeho častým otáčením na měkkém lůžku. Intervaly otáčení jsou značně závislé na typu lůžka, či vozíku, hmotnosti pacienta i jeho postižení, v zásadě ovšem platí, že by se dotyčná osoba měla otáčet minimálně každé dvě hodiny ve dne i v noci. U paraplegiků je pak možné za tímto účelem používat otočné lůžko tzv. Strykerův rám (speciální polohovací lůžko umožňující handicapovaného lehce otočit do požadované polohy), který usnadňuje otáčení pacienta a zároveň stabilizuje jeho páteř, ve specializovaných centrech pro takto nemocné či v některých nemocnicích jsou dnes navíc k dispozici vodní lůžka, nebo lůžka plněná cirkulujícím vzduchem a keramickým granulátem. Mezi další důležité prevence proti vzniku dekubitů patří např. důkladná hygiena, suchá vyrovnaná podložka, podkládání míst s nejčastějším výskytem dekubitů.

Samotná léčba již vzniklých dekubitů je velice zdlouhavý a náročný proces a je možná jen u lehkých forem. Tyto lehčí formy dekubitů ošetřujeme genciánovou violetí, posléze přecházíme k obkladům s roztokem hypermanganu, nebo borovou vodou. Tímto způsobem lze ovšem léčit pouze malé dekubity, nejčastěji v oblastech bérce, paty či kotnících, vzácně i na méně dostupných místech. U hlubších či rozsáhlejších dekubitů je nutná chirurgická léčba.[38]

6. Léčba osob po úrazech míchy v chronické fázi

„Nemocní, kteří absolvovali léčení v rámci akutní a postakutní poúrazové péče, nejlépe na specializovaném spinálním centru, bývají překládáni k další léčbě a to pokud možno do ústavního rehabilitačního zařízení. V českých zemích je to Hrabyně, Kladruby a Luže- Košumberk.“[39]

I tato fáze léčení hraje v životě jedince po úraze míchy nezastupitelnou roli. V této fázi léčení stojí rehabilitační a ošetřovatelskou péči zásadní úkoly, mezi které patří převážně snaha o obnovení funkcí, a to rozsahu pohybů i svalové síly těch svalových skupin, které nebyly plně postiženy, naopak u těch svalových skupin, kde

[38] WENDSCHE P. a kol. *Poranění páteře a míchy*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1993. 83s. ISBN 80-7013-159-4
[39] Tamtéž. s. 75.

byla volní intervence naprosto a nevratně zničena je třeba pomocí pasivního cvičení, elektrostimulací, polohováním, dlahováním a masážemi, dosáhnout zmírnění vznikající spasticity. Dále je i v této fázi třeba snažit se zabránit vzniku možných dekubitů a jak již bylo výše zmíněno zapojit pacienta do nácviku vyprazdňování močového měchýře, čímž by se měla snížit možnost výskytu infekce močových cest, která je jedním z nejzávažnějších faktorů ohrožujících život nemocného. Další nezvratnou složkou v této fázi léčení je napomáhat pacientovi cvičit potřebnou sebeobsluhu. Je dobré využívat možnost léčby prací, při níž nemocní mají možnost zjistit svou reálnou míru sebeobsluhy. Samozřejmostí je neustálá psychická podpora ze strany personálu zařízení, ale i rodiny a přátel. Zároveň je ovšem důležité pacienty nenásilným způsobem informovat o jejich stávajícím stavu i jejich možnostech do budoucna. Je naprosto nežádoucí, aby žila osoba v mylných domněnkách o svém zdravotním stavu. S tím souvisí i pomoc nemocnému s objasněním sociálních problémů, důležité jsou i rady při přiznání invalidity, zajištění odškodnění za úraz. Sociální problémy nemocného je dobré, v případě, že je to možné, řešit i za přítomnosti rodiny nemocného. Patří sem i zvážení možného omezení při uplatnění v zaměstnání. Jedním z hlavních úkolů v této fázi léčení je opatřit pro nemocného dostatečné množství potřebných kompenzačních pomůcek, jako je vozík, dlahy, ortézy, perorální pásky a další. Důležité je i pacienta naučit i manipulaci s potřebnými kompenzačními pomůckami.

Všechny tyto výše zmíněné úkony i míra jejich plnění závisí nejen na míře postižení, ale především na píli nemocných a jejich ošetřujícího lékaře i dalšího personálu rehabilitačních a jiných zařízení. V důsledku správné rehabilitace a nápravné péče jsou nemocní s mírnějším postižením nezřídka schopni zařadit se po návratu ze zařízení zpět do rodinného a společenského života.[40]

6.1. Psychická rehabilitace

Nejen v léčbě po úrazech míchy v chronické fázi, ale po celou dobu léčby a rehabilitace pacienta je velice důležitá psychická pomoc a podpora pacienta. Poranění míchy patří k nejtěžším poraněním, které může člověka v jeho životě potkat. Dochází totiž nejen ke změně tělesného stavu, ale i psychického, nebo duševního stavu jedince.

[40] WENDSCHE P. a kol. *Poranění páteře a míchy*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1993. 83s. ISBN 80-7013-159-4

Vlivem úrazu dochází k radikálním změnám v životě nejen postiženého, ale i celé jeho rodiny. Proto je v případě odborníků dobré pracovat nejen s postiženým, ale i s jeho bezprostředním okolím. Jaro Křivohlavý[41] popsal model psychické krize, která člověka doprovází bezprostředně od úrazu až do doby smíření se s nastalou situací.

Tento proces zahrnuje pět jednotlivých fází, které se navzájem prolínají.

1. Fáze výkřiku

   Pro fázi výkřiku je charakteristický strach a panika, zmatek, bolest nejen fyzická, ale i psychická a pocit nejistoty. Fáze výkřiku je nazvaná podle venkovních projevů, které se vyznačují křikem a pláčem, nebo naopak apatií a depresí. Proto je velice důležité přistupovat k nemocnému individuálně, protože nikdy nemůžeme přesně vědět, jak moc intenzivně nastalou situaci jedinec prožívá. Protože to, že nepláče, ještě neznamená, že se nenachází ve stavu neštěstí a beznaděje.

2. Fáze popření

   Ve fázi popření se pacient snaží svůj úraz i následný defekt vytěsnit. Svůj handicap nepřipouští sobě, ani okolí. Zároveň je tato fáze charakteristická ztrátou smyslu pro realitu, rigiditou myšlenkových postupů a apatií. Tyto znaky si pacient ať už záměrně či nevědomě navozuje jako prostředek, který má zamezit vzniku depresí. Fáze popření je nezbytnou poúrazovou fází, pokud by ovšem přetrvávala příliš dlouho, stává se hrozbou a velikou brzdou pro rekonvalescenci, možnou rehabilitaci i resocializaci.

3. Fáze intruze

   Tato fáze přináší do vědomí pacienta myšlenky spojené s úrazem, defektem i jeho handicapem. Jedinec v podstatě není schopen myslet na nic jiného, není schopen normálně fungovat. Fáze se projevuje u každého jedince jinak, základem jsou ovšem poruchy spánku, strach, úzkost, agrese vůči sobě samému i okolí, zlost a vztek, to vše je navíc doprovázeno sugestivně laděnými otázkami typu: „Proč zrovna já?“.

[41] KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha : Avicentrum,1985. 164s. ISBN:08-032-85

4. Fáze vyrovnání

   Díky předchozím fázím a zdoláním nejrůznějších překážek v životě pacienta po jeho úrazu nastává fáze vyrovnání. Fáze vyrovnání má za následek vyrovnání se pacienta se svým momentálním stavem. Pacient si začíná být vědom svého defektu, začíná se s ním sžívat, začíná ho chápat jako svou součást

5. Fáze smíření

   Až teprve poslední pátá fáze, fáze smíření umožňuje pacientovi naprosté smíření s defektem. Pacient začíná být schopen nad úrazem přemýšlet, aniž by to v něm vyvolávalo deprivaci.[42]

Každý pacient vnímá svůj handicap rozdílně, zároveň se i jiným způsobem vyrovnává s krizí, tudíž i fáze přijetí defektu se u jednotlivých pacientů liší. Na průběh krize má největší vliv okolí pacienta a pacientova osobnost, zda je vyzrálá, aktivní a zvyklá překonávat těžkosti, dále je důležitá i pacientova schopnost adaptace na změny. Všeobecně ovšem platí, že se ve fázi krize u většiny pacientů často střídá převážně fáze popření a intruze. Zároveň je třeba připomenout, že ne každý pacient se dopracuje do fáze adaptace. Často si naopak můžeme u takto handicapovaných pacientů všimnout pocitů naprosté apatie a tzv. odepsání, nebo naopak naprosté agresi vůči všemu. V případě, že se pacient dostane do takovéhoto stavu a nedokáže si pomoci sám a ani jeho rodina mu nedokáže patřičně pomoci, nastupuje většinou pomoc nějakého odborníka. Každý odborník by měl mít osvojeny alespoň základní vědomosti ohledně práce s takto nemocným člověkem a měl by brát v potaz práva a povinnosti nemocného. Důležitý je i správný psychologický přístup.[43]

7. Rehabilitace

„V somatopedii je chápán pojem rehabilitace jako proces uschopnění tělesně postiženého, nemocného, nebo zdravotně oslabeného jedince k jeho společenskému zapojení. Protože využívá pedagogických metod, prostředků a forem, je označován jako výchovná rehabilitace. Ta je součástí celého komplexu rehabilitační péče, která je

[42] KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha : Avicentrum,1985. 164s. ISBN:08-032-85

[43] WENDSCHE P. a kol. *Poranění páteře a míchy*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1993. 83s. ISBN 80-7013-159-4

souhrnem všech opatření usilujících o socializaci nebo o resocializaci pohybově postižených dětí, mládeže i dospělých. Tradičně je členěna do čtyř základních složek (rehabilitace léčebná, výchovně-vzdělávací, pracovní a sociální) a do čtyř složek odborných (péče psychologická, technická, právnická a ekonomická).“[44]

7.1. Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace má za úkol obnovit plně, nebo alespoň částečně zdravotní stav pacienta, a to co možná za nejkratší časové období. Čas by ovšem neměl být na úkor možnosti pacientovi rekonvalescence.

Léčebná rehabilitace může mít mnoho podob, od fyzikální léčby, psychoterapii, balneoterapii, léčby ultrazvukem, teplem, až po kondiční, zájmové, nebo léčbu pomocí práce, tedy ergoterapii.[45]

7.2. Výchovně-vzdělávací rehabilitace

Tento druh rehabilitace zajišťuje tělesně postiženým jedincům, nemocným a zdravotně oslabeným výchovu a všeobecné i odborné vzdělání a přípravu na budoucí povolání. Výchovně-vzdělávací rehabilitace tedy probíhá především ve speciálních školách. Mezi tyto školské instituce pro tělesně postižené děti a mládež patří:

- Speciální mateřské školy pro tělesně postižené Speciální základní školy pro tělesně postižená
- Zvláštní školy pro tělesně postižené
- Pomocné školy pro tělesně postižené
- Gymnázia pro tělesně postižené
- Obchodní akademie pro tělesně postižené
- Odborná učiliště pro tělesně postižené
- Střední školy různého typu pro tělesně postižené
- Odborné školy různého typu pro tělesně postižené
- Praktické školy pro tělesně postižené

[44] RENOTIÉROVÁ M. *Somatopedické minimum*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta, 2003. s. 56. ISBN 80-244-0532-6
[45] Tamtéž. 87s.

Je důležité dbát na to, aby se v případě dítěte začalo se vzděláváním hned, jak dítě dosáhne školního věku a je schopno vzdělávat se, případně hned po odeznění akutní poúrazové fáze. Není dobré na výuku čekat až do dokončení léčebné rehabilitace, jedinec by tímto mohl ztratit motivaci k učení i potřebné návyky.[46]

7.3. Sociální rehabilitace

Základním úkolem rehabilitace je zajištění pracovního místa pro osoby s tělesným postižením. Toto zajištění pracovního místa má poté za úkol socializovat jedince. Zajištění pracovního místa má ovšem mnoho nečekaných úskalí. Není tomu pouze samotné zajištění práce, ale především potřeba úpravy pracoviště, bydlení i dopravu handicapovaného do práce. Při plné pracovní neschopnosti by měl být jedinci zajištěn plný invalidní důchod, zatímco při částečné pracovní neschopnosti invalidní důchod částečný. Navíc osoby těžce postižené mají tu možnost být umístěni do příslušného sociálního zařízení, nebo mají nárok na pečovatelskou či asistenční službu. Dále se sociální rehabilitace snaží zabezpečit pohybově postiženému jedinci spoluúčast na životě veřejném, kulturním, společenském, zájmovém i sportovním.[47]

7.4. Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitaci tvoří tři základní složky, mezi které patří výchovné poradenství, příprava na pracovní uplatnění a začlenění do zaměstnání. Zároveň lze říci, že pracovní rehabilitace je v podstatě rehabilitací výchovně-vzdělávací, která připravuje své klienty na vstup do zaměstnání, nebo na jeho opětované nastoupení. Pracovní rehabilitace zároveň navazuje na rehabilitaci léčebnou, přičemž spojnicí mezi těmito terapiemi je ergoterapie.

Mezi pracovní rehabilitací a výchovou existuje velice úzká souvislost. Zatímco ovšem u mládeže se jedná především o přípravu na budoucí povolání a utvoření pracovních návyků, u dospělých osob se jedná především o převýcvik či přizpůsobení se jedinců na změněné pracovní schopnosti.[48]

---

[46] RENOTIÉROVÁ M. *Somatopedické minimum*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta, 2003. 87s. ISBN 80-244-0532-6
[47] Tamtéž. 87s.
[48] Tamtéž. s. 87.

7.5. Psychologická rehabilitace

Psychický stav pacientů je po celou dobu rehabilitace velice důležitý, proto by o něj mělo být velice dobře pečováno. Dobrý psychický stav má pozitivní vliv nejen na proces rehabilitace, ale i na začleňování nemocných osob do společenského i pracovního života. Předpokladem dobrého psychického stavu pacienta je emoční podpora nejen odborných pracovníků, ale i rodiny a okolní společnosti, která na jedince působí. Díky pozitivnímu vlivu okolí by měl nemocný jedinec mít dobrý pocit z průběhu léčby i jejího pozitivního zakončení. Zároveň je velice důležité, aby klient získal zpět svou sebedůvěru.[49]

7.6. Technické služby

Mezi základní technické služby patří např. výzkum a výroba ortopedických (kloubní), ortodontických (zubní), ortopických protéz a jiných pomůcek, patří sem i výroba pracovních protéz, speciálních pracovních nástrojů i celková úprava pracoviště, případně výchovně vzdělávacího institutu. Patří sem v podstatě všechny složky, které zamezují vzniku bariér handicapovaného člověka.[50]

7.7. Právnické služby

Mezi práva zajišťující základní ochranu nemocných jedinců patří ústava, Zákon o zdraví, zákon o soustavě základních a středních škol, zákon o mateřských školách a zákon o sociálním zabezpečení. Tyto zákony a ještě mnohá další opatření by měla handicapovaným umožnit žít alespoň v rámci možností plnohodnotný život bez větších omezení, případné šikany a dalších nežádoucích jevů. Je ovšem pochopitelné, že ne každý tyto uvedené zákony zná, proto je dobré vědět o odbornících, kteří nám mohou v právní sféře pomoci. Tito odborníci by měli znát všechny právní dokumenty zajišťující postiženým jejich práva na léčbu, výchovně-vzdělávací právo, právo na společenskou ochranu před vykořisťováním, právo na sociální péči, na život v rodinném prostředí, nebo zařízení, které je rodinnému prostředí blízké.[51]

---

[49] RENOTIÉROVÁ M. *Somatopedické minimum*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta, 2003. 87s. ISBN 80-244-0532-6
[50] Tamtéž. 87s.
[51] Tamtéž. 87s.

7.8. Ekonomické služby

Ekonomické služby by měly zajišťovat možnost pracovního uplatnění handicapovaných jedinců, a to nejčastěji zřizováním speciálních pracovních míst. Zároveň by ovšem tyto služby měly, v případě potřeby, zavádět nové potřebné obory a rozšiřovat tak nabídku pracovních míst pro takto handicapované. Pracovní začlenění je velice důležitým aspektem v životě handicapovaného jedince, a to nejen z důvodu ekonomického zabezpečení, ale především z důvodu socializace a psychorehabilitace.[52]

7.9. Rehabilitační zásady

V rehabilitaci, stejně jako při jakékoliv jiné práci s nemocným je třeba používat jisté zásady, mezi které patří:

1. Zásada komplexnosti

   Tato zásada by měla zajišťovat, aby rehabilitace nemocného jedince probíhala ve všech složkách jedincovi osobnosti, aby byla komplexní.

2. Zásada jednotnosti

   Zásada jednotnosti určuje to, že veškeré rehabilitační služby by měly být na stejné úrovni a měly by být vzájemně koordinovány ve všech svých oblastech.

3. Zásada dispenzarizace

   Je žádoucí, aby byli všichni pacienti rehabilitačních služeb evidováni a sledováni po celý jejich život.

4. Zásada socializace

   Tato zásada by měla být zárukou, že rehabilitace vede k socializaci jedince, nebo jeho resocializaci.

5. Zásada optimálního prostředí

   Je žádoucí, aby handicapovaní jedinci byli zařazováni do skupiny jedinců, jejichž úroveň tělesného postižení je nižší a jejich výkonnost tím pádem vyšší. Důvodem tohoto počínání je možnost náročnějších podnětů pro klienta.

[52] RENOTIÉROVÁ M. *Somatopedické minimum*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta, 2003. 87s. ISBN 80-244-0532-6

6. Zásada prevence

   Prevence jako taková se snaží zamezit dalšímu vzniku tělesného, mentálního, nebo smyslového postižení.[53]

7.10. Rehabilitační metody

Existuje několik jednotlivých rehabilitačních metod. Tyto metody se často překrývají, každá ovšem ale vychází z jiného principu. Je dobré si při práci s klientem uvědomit, že každý je individualita, a že tedy každému „sedne“ jiná rehabilitační metoda.

Rehabilitační metody rozdělujeme podle zaměření působení na jedince:

1. Metoda fyzioterapeutická
2. Metoda psychoterapeutická

Další dělení rehabilitačních metod dělíme podle způsobu působení:

1. Metoda reparační

   Mezi metody reparační patří metody rehabilitačně léčebné, jako jsou např. nejrůznější chirurgické metody, ortopedické, neurochirurgické… Tyto metody jsou zaměřeny na úpravu nesprávně vyvinutých, nebo poškozených tkání.
2. Metoda reedukační

   Jak již název vypovídá, reedukační metody jsou zaměřené pedagogicky, tedy na vzdělávání v nějaké oblasti. Tyto metody ovšem nejsou využívány pouze pro výchovu a vzdělávání, ale i pro pracovní a léčebnou rehabilitaci tělesně, zdravotně, smyslově a mentálně handicapované jedince.
3. Metoda kompenzační

   Tato metoda bývá používána pouze v případech, kdy není možné užití metod reparačních, nebo kdy reparační metody nejsou možné v plném rozsahu. Metoda je zaměřená na rozvoj náhradních orgánů či jejich funkcí a na nácvik náhradních činností. Metoda kompenzační jde často ruku v ruce s metodou reedukační.
4. Metoda psychorehabilitační

[53] KÁBELE F. a kol. *Somatopedie*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 1992. 232s. ISBN 80-7066-533-5

Psychorehabilitační metoda, nebo-li metoda psychoterapeutická je zaměřena na celkovou psychiku handicapované osobnosti.

5. Metoda sociorehabilitační

   Metoda sociorehabilitační je zacílená na působení socializace jedince, tedy převážně na začlenění jedince zpět do chodu společnosti.

Jak již bylo řečeno, je sice pravda, že se vzájemně rehabilitační metody prolínají, ale také je třeba vědět, z čeho jednotlivé metody vycházejí a jakým způsobem s jedincem pracují.[54]

[54] RENOTIÉROVÁ M. *Somatopedické minimum*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta, 2003. 87s. ISBN 80-244-0532-6

PRAKTICKÁ ČÁST

8. Experiment „Den na vozíku“

Cíle

- Zjistit reálnou míru diskriminace tělesně handicapovaných v běžném životě
- Zjistit míru bezbariérovosti úřadů, škol, obchodů případně i jiných veřejných prostor

Dílčí cíle

- Porovnat postřehy z role handicapovaného a nehandicapovaného občana Prahy a osobního asistenta klienta s tělesným handicapem
- Srovnat časové dotace jednotlivých úkonů člověka s handicapem a bez něj

Obsah projektu

Podstatou mého projektu je nejen prožití „Dne na vozíku“ a jeho vyhodnocení, ale především ověření výše stanovených cílů, zvláště míry diskriminace tělesně handicapovaných jedinců. K tomuto cíli by měla napomoci nejen možnost srovnání tohoto jevu z pohledu handicapovaného, ale i osobního asistenta a zdravého občana. Dalším důležitým úkolem projektu je zjištění rozdílnosti komunikace veřejnosti s handicapovaným, a to za přítomnosti osobního asistenta i bez jeho přítomnosti.

Organizace a časová dotace

Jelikož se experiment „Den na vozíku“ skládá ze dvou samostatných projektů, bylo třeba jeho organizaci rozdělit na dva samostatné celky.

V první části experimentu, tedy „Dne na vozíku“ budu potřebovat pomoc osobního asistenta. Zatímco v druhé části „Dne na vozíku „bez vozíku“ “ se obejdu bez jeho pomoci, já sama tedy budu plně soběstačná.

Důležité je přesně naplánovat časové dotace jednotlivých úkonů, abych posléze mohla dobře porovnat míru jejich rozdílnosti z role handicapovaného a zdravého jedince.

Experiment probíhal ve středu 2. 11. 2011 a 9. 11. 2011.

Domnívám, že to, jak se cítí člověk, který je díky své nehodě či z jiného důvodu upoután na vozík, nikdy fyzicky nehandicapovaný člověk nemůže pochopit, rozhodla jsem se, že se i já stanu na celý jeden den vozíčkářkou.

Občanské sdružení Vlastní Cestou mi poskytlo vozík a ve Vyšší odborné škole sociálně právní, kde studuji, jsem požádala vedení školy, aby zda by bylo možné daný den přesunout všechny naše přednášky do bezbariérových poslucháren. Škola mi v mém požadavku vyhověla. Dále jsem si domluvila osobní asistentku a přesně naplánovala celý den. Snažila jsem se přesně naplánovat si celý den, a to převážně z důvodu, abych mohla porovnat tento den, tedy středu 2. 11. 2011 se středou nastávající, tedy se středou 9. 11. 2011, kdy se již budu pohybovat jako zdravý jedinec. Oba dva dny se měly skládat z přibližně stejných časových celků i úkonů. Důvodem bylo porovnání převážně časové dotace daných dnů, dále pak intenzita cizí pomoci i práce s vlastními pocity a emocemi.

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, zda jsou osoby upoutané na vozík opravdu diskriminované, jak se o tom neustále hovoří v masmédiích, mezi handicapovanými i širokou veřejností. Chtěla jsem zjistit, zda bezbariérovost úřadů, škol, obchodů případně i jiných prostor je opravdu téměř nulová a zda jsou naši spoluobčané ochotní pomoci handicapovanému či nikoliv. Dále jsem se snažila spoluobčany pozorovat a své postřehy a dojmy z pozice handicapovaného jsem porovnávala s rolí osobní asistentky, kterou několik let provozuji a porovnávala své pocity s osobní asistentkou, která se mnou celý den absolvovala. Výhodou pro mne byl i fakt, že se dotyčná osobní asistentka v této pozici ocitla poprvé. Její postřehy byly tak ryzí a ničím nezkreslené.

8.1. Experiment na téma „Den na vozíku“

Experiment „Den na vozíku“ vznikl z vlastní iniciativy a jeho úkolem bylo vyzkoušet si roli tělesně handicapovaného občana. Tento experiment měl předem pevně stanovené cíle, obsah, organizaci i časovou dotaci.

8.1.1. Cíle

- Dopravit se za pomoci asistenta do školy, absolvovat všechny přednášky
- Navštívit za pomoci asistenta do nákupní centrum Palladium
- Koupit bílou halenku s dlouhým rukávem za cca 500Kč

Dílčí cíle

- Zvládnout pohyb na vozíku v centru Prahy, včetně jízdy MHD, s pomocí osobního asistenta
- Dodržet časové dotace jednotlivých úkonů
- Zajistit komunikaci s okolním a přitom pozorovat specifika komunikace s tělesně handicapovaným jedincem

8.1.2. Obsah projektu

Obsahem tohoto experimentu je převážně splnění stanovených cílů. Nejdůležitějším úkolem bude zvládnutí pohybu handicapovaného jedince s doprovodem osobního asistenta městskou hromadnou dopravou. Důležitá bude co největší snaha o dodržení časových dotací jednotlivých úkonů.

Dalším hlavním cílem projektu je zvládnutí nákupu předem zvoleného zboží.

8.1.3. Organizace a časová dotace

Pro zjištění stanovených cílů budou použity následující metody:

- Pozorování (vozíčkář/ já i asistent budeme pozorovat reakce lidí kolem sebe)
- Přímá komunikace s okolím

Experiment probíhal v odpoledním i dopoledním čase ve středu 2. 11. 2011.

8.1.4. Vlastní realizace

Po předem promyšleném a rozvrženém experimentu včetně přesně stanovených cílů i dílčích cílů, předpokládané časové dotaci i přesně stanoveném harmonogramu došlo k vlastní realizaci projektu.

Den na vozíku byl stanoven na datum 2. 11. 2011. Je důležité zmínit, že jsem měla předem naplánovanou trasu všech cest i jejich předpokládanou časovou dotaci. Počítala jsem ovšem s tím, že má předpokládaná časová dotace je relativní, a že se tedy může během dne zcela změnit.

Tabulka č. 1 - Časový harmonogram „Den na vozíku“

Předpokládaná časová dotace	Činnost	Reálná časová dotace	Poznámky
8:34	Odjezd tramvají číslo 10 ze zastávky „U Zvonu“ na „I. P. Pavlova“	8:38	Zpoždění tramvaje
8:50	Přestup na zastávce „I. P. Pavlova“ na tramvaj číslo 22 směr „Sídliště Zahradní Město“	9:17	Díky zpoždění předešlé tramvaje nestíháme naplánovaný spoj
9:40	Příchod na první přednášku	10:00	Pozdní příchod na přednášku
15:10	Konec poslední přednášky	15:10	
15:17	Odjezd Tramvají číslo 26 ze zastávky „Sídliště Zahradní Město“ na „Náměstí Republiky“	15:41	Naplánovaná tramvaj ujíždí
15:47	Výstup na „Náměstí Republiky“ před obchodním centrem „Palladium“	16:15	
16:00	Začátek nakupování	16:30	Zpoždění začátku nakupování
18:00	Konec nakupování	18:00	
19:00	Návrat domů	19:10	

Přesto, že již 5 let pracuji jako osobní asistentka a s klienty se běžně pohybuji po centru Prahy, mě splnění mnou předem stanovených cílů občas dělalo větší či menší problémy. Přesto jsem s pomocí osobní asistentky obsah téměř všech předem vytyčených cílů zvládla naplnit.

Jediným a hlavním problémem bylo splnění dílčího cíle „Dodržet časové dotace jednotlivých úkonů“. Převážně při cestě do školy jsem díky zpožděné tramvaji a tudíž získání velikého časového skluzu při čekání na další potřebnou bezbariérovou tramvaj, získala značný časový deficit, a tudíž jsem přijela pozdě do školy.

8.1.5. Výstup

Před začátkem „Dne na vozíku“ jsem si pokládala otázky jako: „Jak se asi budu cítit jako handicapovaný jedinec?“, „Jak moc mne bude okolí pozorovat?“, „Bude na mě okolní společnost milá, nepříjemná, budou se stranit, nebo budou naopak přehnaně nápomocní?“, „Co mi asi tak bude vadit nejvíc?“, „A zvládnu se vůbec celý den pohybovat jen na vozíku?“. Večer, když jsem se poté snažila odpovědět si na své předem kladené dotazy, tak jsem zjistila následující fakta:

Pohyb na vozíku jako takový, vezmeme-li ovšem v úvahu fakt, že jsem jinak zdravý, fyzicky nikterak handicapovaný jedinec, nebyl nejtěžší částí mého dne. Pohyb po Praze za pomocí asistenta se dal bez větších problémů zvládnout. I když je pravda, že „kočičí hlavy“ jsou s největší pravděpodobností hlavním nepřítelem všech vozíčkářů a bez pomoci osobní asistentky bych asi těžko zvládla zařídit vše potřebné. Jízda bezbariérovými spoji MHD byla občas náročnější, dané spoje nejezdily na čas, tudíž nám čas od času něco ujelo a my zůstaly v 10°C čekat i 45 min. na zastávce. Řidiči byli ovšem ve většině případech milí a vstřícní mi pomoci, vždy nám pomohli s výsuvnou plošinou, dokonce se i nabízeli, že mi pomohou z daného dopravního prostředku vyjet. Jízdě metrem jsme se vyhýbali, jednak na mnou potřebných stanicích není bezbariérový výjezd a jízda na vozíku po eskalátorech je zakázaná, za druhé nám jízda povrchovou dopravou přišla i přes všechny přestupy nakonec jednodušší. Se spolucestujícími už to bylo jiné. Zvlášť první jízda pro mě byla lehce nepříjemnou a stresující záležitostí. Ostatní spolucestující po mě většinou nenápadně, ale i viditelně pokukovali. Často jsem si všímala soucitných pohledů i nenápadných diskuzí o mé osobě. Většinou však byli všichni milí a ochotní mi pomoci, pouštěli mou asistentku sednout a uhýbali, pokud tomu bylo třeba. Setkala jsem se ale i s nepříjemnými pohledy a připomínkami, že překážím.

Ve škole, kterou studuji, jsem vedení požádala o přesun přednášek do bezbariérových prostor a škola mi vyhověla, tudíž jsem se mohla bez problémů zúčastnit všech přednášek. Co se ovšem připomínek k mému pohybu po škole týče, nejsem si jistá, jestli vše mohu objektivně posoudit. Spolužáci vědí, že jsem zdravý jedinec, tudíž zde nevypadal můj handicap věrohodně, pohyb po prostorách školy byl ale bezproblémový. Jediný důležitý postřeh, který jsem zde učinila, byl ten, že moji spolužáci, budoucí sociální pracovníci, jsou opravdu nastavení k tomu pomáhat. Pohyb

a komunikace zde byl mnohem jednodušší, než kdekoliv jinde a ochota a obětavost okolí byla také mnohonásobně markantnější. Nutno podotknout, že někdy na úkor mých vlastních osobních potřeb zbytečně až moc veliká.

Nejnáročnější částí dne byly nákupy. Dlouho jsem přemýšlela, co budu nakupovat. Moje požadavky byly sice jasné, ale vybrat konečný produkt chvíli trvalo. Chtěla jsem koupit něco, co bych mohla potřebovat jako handicapovaný jedinec, ale i jako zdravý člověk. Něco, co lze běžně koupit, ovšem výběr nebude úplně jednoduchý. Chtěla jsem, aby cenová relace daného zboží byla přiměřená normálnímu platu, příjmu studenta, handicapovaného, ale i pracujícího člověka. Rozhodla jsem se tedy, že si koupím společenské oblečení, a to bílou halenku s dlouhým rukávem, bez jakýchkoliv výstředností v cenové relaci cca 500Kč. O týden později, kdy se budu po obchodech pohybovat jako běžný zdravý jedinec si k ní dokoupím černé kalhoty okolo 800Kč. Budu mít tímto společenské oblečení pro nejrůznější příležitosti v ceně maximálně 1 300Kč. Pro nákupy jsme zvolili obchodní centrum Palladium na Náměstí Republiky, důvodem bylo dobré dopravní spojení i bezbariérovost objektu. S nákupy jsme skončili po 1,5 hod. naprosto vyčerpaní. Halenku jsme sice sehnali, ovšem prostředí, ve kterém jsme se pohybovali, bylo naprosto energie beroucí. Ze začátku jsme byly plni energie a okolních nepříjemností jsme si nevšímali, po čase nás ovšem tato nevraživost začala dohánět. Samozřejmě byly obchody, kde se ke mně prodavači, prodavačky i ostatní nakupující chovali velice hezky, snažili se mi s výběrem pomoci a hlavně se mnou komunikovali. Druhým a mnohem častějším typem chování byla ignorace mé osoby. Domnívám se, že okolní společnost naší země zatím opravdu není schopná komunikace s handicapovaným. V případě, že jsem já přišla s jasným požadavkem, se prodávající s odpovědí obracel na mého asistenta a vypadal, že daný produkt prodává jemu, nikoliv mě. Ve chvíli, kdy asistent vyjádřil fakt, že já jsem nakupující, nikoliv on byla vidět jasná nejistota prodavačů. Nemyslím si, že by chyba byla přímo v nich samých, ale v našem společenském nastavení. Zatím u nás chtě nechtě není zcela běžná integrace. Handicapované nevídáme často v ulicích měst. Fakt ignorace mé osoby ovšem nebyl ještě tolik nepříjemným jako v některých obchodech zcela zjevná neomalenost, někdy až jistá nesnášenlivost k mé osobě. Naprostým šokem pro mě byla reakce prodavačky v obchodě s parfémy Sephora, kde mi po vyřčení mého požadavku prodávající zeptala, jestli si uvědomuji, že se nacházím v poměrně exkluzivním obchodě. Po mé odpovědi,

že si ráda za vybraný produkt (červený lak na nehty) zaplatím, mě dovedla k regálu s nejmenovanou značkou kosmetiky a oznámila mi, že toto je nejlevnější co mají, že zbytek mi ukazovat ani nebude a s klidem odešla. Pocity, které se ve mně v tu chvíli mísily, byly velice silné a nikterak pozitivní.

Na základě výše uvedené zkušenosti s nákupem v obchodním řetězci Sephora jsem se rozhodla vypíchnout obchody s nejlepším přístupem prodavačů k mé osobě i přístupu k regálům či vchodu do kabinek a naopak obchody, které se těmito prioritami nepyšní. Za nejlépe uzpůsobený obchod bych zvolila obchod Reserved, kde jsem si nakonec koupila i sháněnou halenku, dále obchod Camai a Tally Weijl či Promod. Nejlepší přístup k mé osobě měli pracovníci obchodu Pylones a řetězec s parfémy Marionaud. Nejhorší přístup byl naopak, kromě Sephora, v obchodech Pimkie, nebo Orsay. V obchodech Mixer a C&A se nelze na vozíku absolutně pohybovat, není zde místo pro vozík. Nutno podotknout, že i matky s kočárky musí mít s pohybem po uvedených obchodech problém.

Zhodnotit celý proběhnutý den pro mě nebylo snadné. Na jedné straně milí, usměvaví, vstřícní a ochotní spoluobčané, na straně druhé neochota, pohledy i slova s nejrůznějším více i méně jasným podtextem ignorace. Přes veškerá uvedená negativa bych zhodnotila svůj den na vozíku kladně. Já osobně jsem čekala horší průjezd Prahou pomocí MHD i samotný pohyb po městě. S pomocí asistenta jsem v podstatě zvládla vše, co jsem potřebovala. Mé cíle dne tedy byly splněny. Za zmínku ovšem stojí fakt, že mnoho osob s postižením míchy nemá dostatečné finanční prostředky pro to, aby si mohli dovolit zaplatit osobního asistenta.

8.2. Experiment na téma „Den na vozíku „bez vozíku““

Experiment „Den na vozíku „bez vozíku““ měl především za úkol zjistit rozdílnost jednotlivých dnů pohledem zdravého jedince a pohledem tělesně handicapovaného. Tento experiment měl opět pevně stanovená pravidla, a to jak cíle, obsah, organizaci, tak i časovou dotaci.

8.2.1. Cíle

- Zjistit rozdílnost časové dotace jedince po úraze míchy a zdravé osoby
- Koupit černé společenské kalhoty v maximální hodnotě 800Kč

Dílčí cíle

- Zajistit komunikaci s okolní společností a přitom porovnávat s dřívějšími postřehy s komunikací s tělesně handicapovaným jedincem
- Dodržet časové dotace jednotlivých úkonů

8.2.2. Obsah projektu

Tento experiment slouží převážně pro porovnání časových dotací jednotlivých úkonů handicapovaného jedince a zdravého člověka, dalším úkolem projektu zjistit míru rozdílnosti komunikace okolní společnosti s handicapovaným.

Jedním z hlavních cílů je také zakoupení předem vybraného zboží, černých společenských kalhot a opět porovnat čas strávený v obchodním centru.

8.2.3. Organizace a časová dotace

Pro zjištění stanovených cílů budou použity následující metody:

- Pozorování
- Přímá komunikace s okolím

Experiment probíhal v odpoledním i dopoledním čase ve středu 9. 11. 2011.

8.2.4. Vlastní realizace

Vlastní realizaci projektu opět předcházela přesně stanovená pravidla experimentu, kterých jsem se během průběhu celého experimentu snažila držet.

Den na vozíku „bez vozíku“ jsem uskutečnila přesně o týden později, tedy ve středu 6. 11. 2011. Důvodem byl fakt co nejméně zkreslených informací a postřehů, které jsem získala ze „Dne na vozíku“ a taky maximálně možně přesné porovnání údajů, převážně časových dotací dne.

Tabulka č. 2 - Časový harmonogram „Den na vozíku „bez vozíku““

Předpokládaná časová dotace	Činnost	Reálná časová dotace	Poznámky
8:55	Odjezd tramvají číslo 9 ze zastávky „U Zvonu“ na metro linky B, stanice „Anděl“	8:52	Začátek dne bez komplikací
8:57	Přestup na metro ze zastávky „Anděl“ na přestupní stanici „Můstek“	8:57	
9:07	Metrem z „Můstku“ z linky B na stanici „Skalka“ na lince A	9:07	
9:30	Ze stanice „Skalka“ autobusem číslo 177 na autobusovou zastávku „Sídliště Zahradní Město“	9:30	
9:40	Začátek první přednášky	9:40	
15:10	Konec poslední přednášky	15:10	Včasný příchod na přednášku
15:17	Cesta tramvají číslo 26 ze zastávky „Sídliště Zahradní Město“ na „Náměstí Republiky“	15:17	
15:47	Výstup na „Náměstí Republiky“ před obchodním centrem „Palladium“	15:47	
16:00	Začátek nakupování	16:00	
19:00	Návrat domů	17:25	Předčasný návrat domů

Se splněním všech předem stanovených cílů jsem neměla nejmenší problém. Časové dotace všech úkonů byly o poznání nižší. Tudíž základní cíl „Zjistit rozdílnost časové dotace jedince po úraze míchy a zdravé osoby“ byl splněn. Výstup tohoto cíle je tedy ten, že dotace jedinců po úraze míchy a zdravých osob je nesrovnatelně vyšší.

8.2.5. Výstup

Když porovnám předpokládané časy a reálné časy „Dne na vozíku s vozíkem“ značně se od sebe liší téměř o polovinu, zatímco porovnáme-li časy „Dne na

vozíku bez vozíku“ časy jsou totožné, všechny požadované spoje jsem stihla a všude tedy byla o značnou dobu dříve, než jako handicapovaný jedinec.

Okolní společnost si mě absolutně nevšímala, byla jsem téměř neviditelná. V obchodech se mnou podávající komunikovali jako s běžným nakupujícím.

8.3. Závěr experimentu

Při zamyšlení se nad celkovým hodnocením „Dne na vozíku“ uvědomuji si ve vzduchu jasně visící fakt. Fakt, že ačkoliv jsem se, byť na jeden jediný den, snažila stát handicapovanou, můj handicap nikdy nemohl být opravdivým. Pro nic netušící okolní společnost jsem byla handicapovanou. Ale pro mě samotnou, pro emoce a pocity, které mě celou dobu provázely, jsem byla zdravá. Večer jsem se z vozíku zvedla a opět začala žít jako zdravý člověk. Když na mě bylo okolí nepříjemné a dávalo mi můj handicap na vědomí, jsem myslela na to, jestli se z vozíku nezvednu a dotyčnému vše bez obalu nevysvětlím. Nikdy jsem se nezvedla, málo kdy jsem hlasitě zaprotestovala, ale v hloubi duše jsem si musela stále opakovat „je to jen na chvíli“. Ano, společnost umí být opravdu zlá!

Díky výše uvedenému se tedy domnívám, že hodnocení mého „Dne na vozíku“ nebude zcela objektivní. Jednalo se ovšem o velice zajímavou zkušenost a řekla bych, že tento den by si měl vyzkoušet každý, kdo s takto handicapovanými pracuje.

Je zřejmé, že jako vozíčkářka jsem potřebovala mnohem větší časovou dotaci na vše. I přes pomoc asistenta jsem pak večer byla mnohonásobně unavenější, a to nejen fyzicky, ale i nápor na psychiku to byl ohromný. Komunikace s lidmi je složitá, nepřirozená, často až nepříjemná. Člověk se nemůže stát neviditelným, ačkoliv by si to mnohdy asi moc přál. Tímto se mi potvrdila slova jednoho mého klienta: „To, že nemůžu chodit, je to nejmenší omezení, které jsem po nehodě získal.“ Ano, i pro mě byl největším omezením fakt, že mi chtělo okolí stále pomáhat, a to i v takových banalitách, jako je odnesení odpadků do koše, zvednutí upadlého pera či podání předmětu. Já maximálně akční člověk, co neposedí a na nic nemá čas, vše chce mít hotové nejlépe hned, jsem se dostala do stádia, že jsem prosila okolí, ať mě nechá, že si udělám vše raději pomalu sama, než abych byla odkázána na absolutní pomoc okolí. Okolí to mnohdy zdá se nechápalo Proč dělat něco mnohonásobně pomaleji? Proč čekat, než já danou věc zvednu, otočím celý vozík, odjedu k odpadkovému koši, vyhodím danou věc,

otočím vozík a dojedu zpět, s tím že musím dát pozor, abych svůj vozík zaparkovala pokud možno na původní místo. Když pro ně je to otázka otočení, zvednutí a udělání dvou kroků. Proč? Protože každý z nás je osobností, každý chce být soběstačný, nikdo nechce být zcela odkázán na pomoc druhého a pokud už je to nezbytně nutné, tak v co možná nejmenší míře.

9. Kvantitativní výzkum- dotazníkové šetření

Druhá část praktické části práce se opírala o kvantitativní výzkumnou strategii. Získané informace jsou tedy výsledkem průzkumu dotazníkového šetření.

9.1. Cíl

- Zjistit potřebné nezkreslené informace o životě osob s postižením míchy a tím potvrdit či vyvrátit předem stanovené hypotézy
- V závěru porovnat získané postřehy a pocity z předchozího experimentu „Den na vozíku“ s výsledky, které poskytne kvantitativní výzkum.

9.2. Hypotézy

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že nejčastějším důvodem handicapů bude dopravní nehoda.

Hypotéza č. 2: Myslím si, že nejvíce úrazů se stává jedincům ve věku 16-25 let.

Hypotéza č. 3: Myslím si, že získaný handicap bude u 50 % oslovených respondentů důvodem k rozpadu partnerského vztahu.

Hypotéza č. 4: Myslím si, že 50 % oslovených handicapovaných, kteří vstoupili do vztahu až po nehodě způsobující poškození míchy, bude mít také tělesně handicapovaného partnera.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že 50 % dotázaných bude využívat některou z nabízených služeb pro tělesně handicapované.

Hypotéza č. 6: Předpokládám, že každý handicapovaný respondent bude mít problémy s objevením vhodného zaměstnání.

Hypotéza č. 7: Myslím si, že 70 % oslovených respondentů po úraze míchy je odkázáno na pomoc druhých lidí.

Hypotéza č. 8: Předpokládám, že všem dotazovaným se po úraze míchy změnil jejich pohled na okolní svět.

9.3. Dotazníkové šetření

K získání co možná největšího množství informací o dané problematice jsem zvolila kvalitativní výzkum, konkrétně dotazníkové šetření, která se opírala o teorie F. Zicha[55]. Důvodem této volby byl fakt, že mohu prostřednictvím kvantitativního výzkumu získat odpovědi od více respondentů, než by tomu bylo u výzkumu kvalitativního. Navíc se domnívám, že dotazníková forma dotazování je pro mnoho takto handicapovaných přijatelnější formou. Zároveň je v poměru získání potřebného počtu respondentů časově mnohem úspornější, než je tomu např. u rozhovoru. Na druhou stranu si uvědomuji fakt, že mnoho tělesně handicapovaných mohlo mít v případě dotazníku značné problémy s motorikou při jeho vyplňování, proto i v konečném součtu v dotaznících nebylo mnoho dalších postřehů a připomínek. Respondenti se mnohdy ani nerozepsali u jediné otevřené otázky dotazníku týkající se změny pohledu na okolní svět po získaném handicapu.

V první fázi kvantitativního výzkumu jsem vytvářela hypotézy, o které by se mohl opírat mnou vytvořený dotazník. Důležité při tvorbě dotazníku bylo pracovat s faktem, že dotazník bude předkládán jedincům s naprosto rozlišným vzděláním i sociálními podmínkami. Stejně tak i s jedinci s rozdílnou diagnózou i dobou úrazu, tudíž i rozdílnou délkou handicapu v životech všech jednotlivých respondentů.

Dotazník (viz příloha č. 1: Dotazník „Život na vozíku“) jsem posléze složila z 19ti pečlivě vykonstruovaných většinou uzavřených otázek. Otevřená byla pouze poslední otázka dotazníku, která se týkala změny pohledu po úraze, způsobující tělesný handicap na okolní svět. Důvod otevřenosti této otázky byl jasný- u každého jedince se změna pohledu může projevovat jiným způsobem a otevřená otázka umožní lépe rozkrýt jednotlivé odpovědi. Většina otázek zároveň umožňovala zodpovězení pouze pomocí jedné odpovědi, výjimku tvořila otázka týkající se myšlenek jednotlivých respondentů po zjištění své diagnózy. Další otázkou umožňující zaškrtnutí více odpovědí byla otázka nabízených služeb pro tělesně handicapované. Oslovení

[55] ZICH F. Úvod do sociologického výzkumu. Praha : Eupress, 2004. 116s. ISBN 80-86754-19-7

respondenti měli v závěru dotazníku zároveň možnost vyjádřit své náměty a připomínky. Tato fáze trvala v období listopad- prosinec 2011.

Další fáze výzkumu byl samotný sběr dat. Data jsem sbírala v období leden - březen 2012. Sběr dat byl prováděn v několika organizacích a dále byl rozesílán dalším známým a kamarádům klientů organizací pracujících s klienty s tělesným handicapem.

V poslední fázi probíhalo kódování získaných dat a vytvoření datové matice, určené k dalšímu zpracování v podobě tabulek a grafů, které jsou východiskem pro předložené informace.

9.4. Charakteristika zkoumaného souboru a technika výběru

Jako základní zkoumaný soubor jsem vybrala jedince s tělesným handicapem. Poté jsem zúžila výběr respondentů podle možnosti jejich získání v zařízeních zabývajících se danou tématikou. Zařízení, se kterými jsem na dotazníkovém šetření spolupracovala, byla Centrum Paraple a o. s. Vlastní Cestou. Jelikož o. s. Vlastní Cestou primárně pracuje s klienty s kombinovaným postižením, tak jsem dále zúžila soubor respondentů na jedince bez mentálního handicapu. Věk ani pohlaví respondentů nebylo rozhodující.

Celkově byli osloveni respondenti v organizaci zajišťující osobní asistenci o. s. Vlastní Cestou a v Centru Paraple, které pracuje s lidmi po postižení míchy. V o. s. Vlastní Cestu byli osloveni všichni momentální klienti plus klienti, kteří služby sdružení využívali dříve. Celkem bylo prostřednictvím o. s. Vlastní Cestou osloveno 20 respondentů. Někteří byli oslovováni přímo, jiní preferovali vyplnění dotazníku prostřednictvím e-mailu. V Centru Paraple byli sociálním úsekem zařízení přímo osloveni všichni respondenti ze dvou probíhajících pobytových turnusů. Každý z těchto turnusů probíhá vždy týden a účastní se ho 15 klientů zařízení. Celkem bylo tedy osloveno 30 klientů Centra Paraple. Poslední složku tvořilo 15 respondentů, jejichž kontakt jsem získala prostřednictvím svých dvou klientů. Jednalo se o přátelé či známé klientů o. s. Vlastní Cestou, kteří sami služby sdružení nevyužívají.

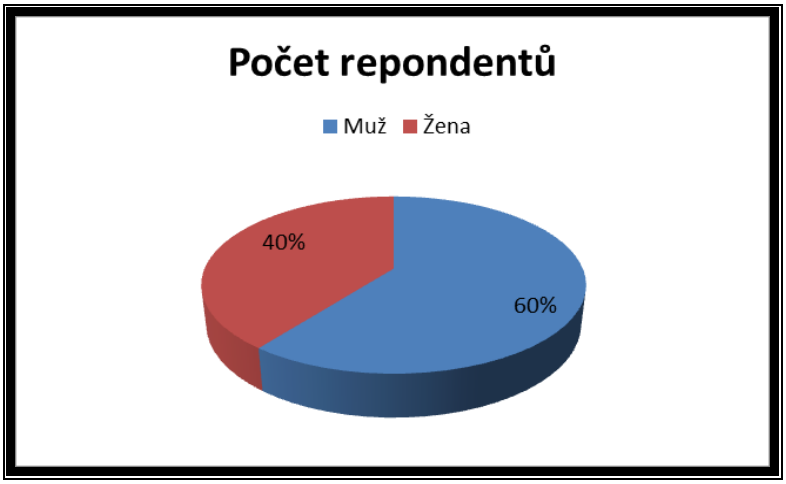
Celkem tedy bylo osloveno 65 respondentů.

9.5. Výsledky dotazníkového šetření

Po dekódování získaných dat pomohlo dotazníkové šetření nejen potvrdit a vyvrátit předem stanovené hypotézy, zároveň ale i napomohlo s podrobnějším vhledem do dané problematiky.

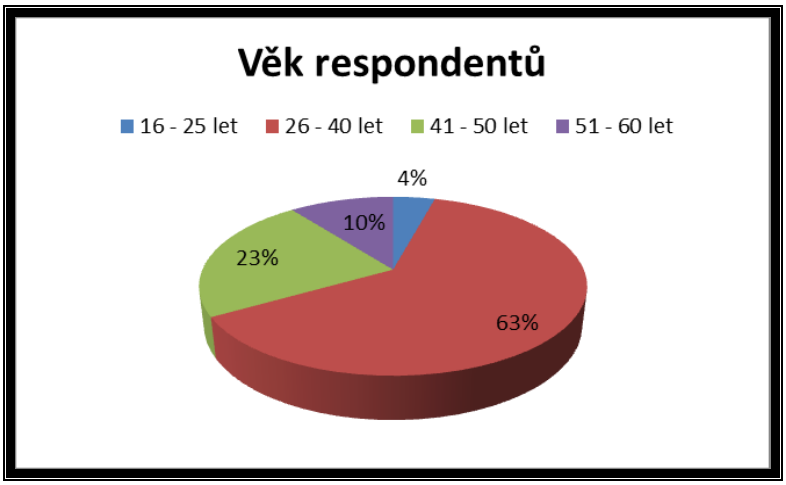
Osloveno bylo celkem 65 respondentů, 48 respondentů mé žádosti o vyplnění dotazníku vyhovělo. Návratnost dotazníkového šetření byla tedy 68,5 %.

Graf č. 1 - Rozložení respondentů podle pohlaví



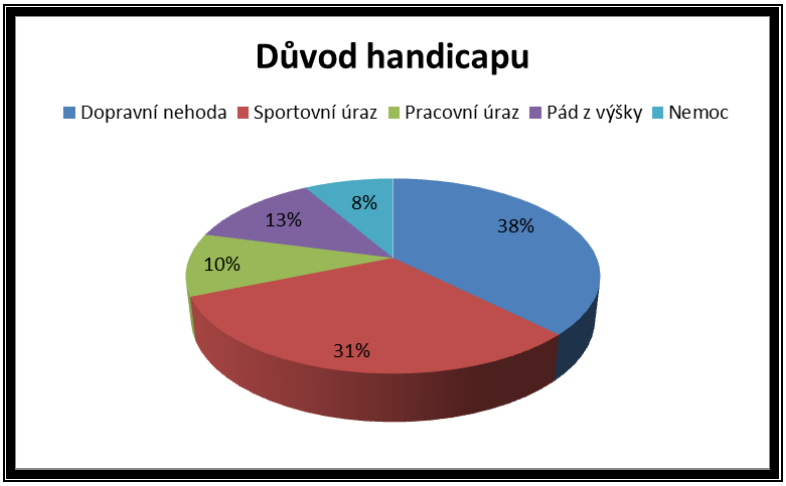
Z celkového počtu 48 oslovených respondentů bylo 29 mužů (60 %) a 19 žen (40 %).

Graf č. 2 - Rozložení respondentů podle věku



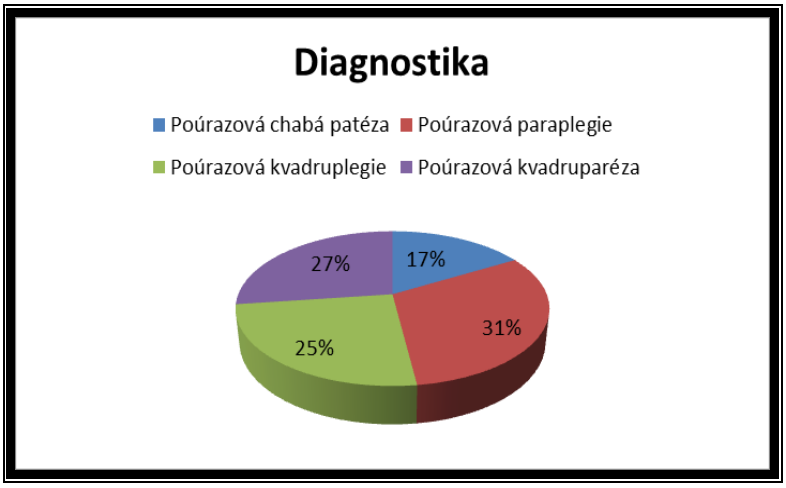
Věkové rozložení respondentů se pohybovalo převážně mezi 26 až 40 lety. Tento věk uvedlo konkrétně 30 dotázaných (63 %). To potvrdilo i předpoklad, že největší počet oslovených respondentů se bude pohybovat v tomto věkovém období. 11 oslovených (23 %) uvedlo věk v rozmezí 41 až 50 lety, věkové rozmezí 51 až 60 let přiznalo 5 respondentů (10 %). Minimální počet respondentů bylo ve věku mezi 16 až 25 lety. V tomto věku se nacházeli 2 respondenti (4 %).

Graf č. 3 - Rozložení respondentů podle důvodu handicapu



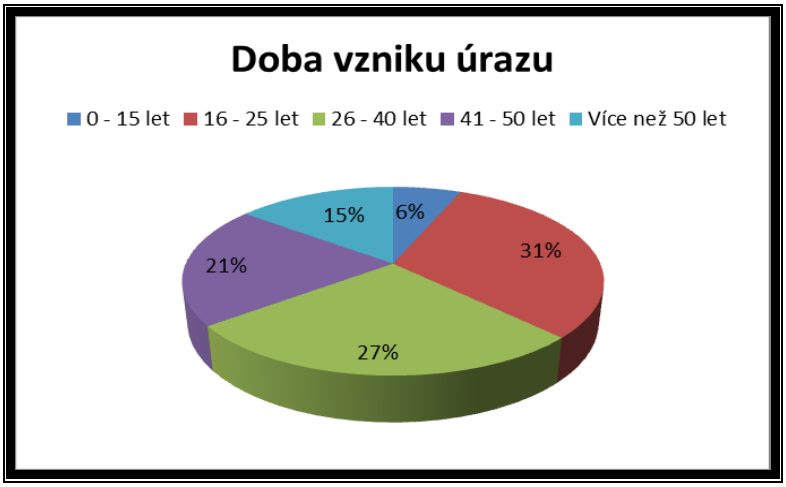
Úrazy, které oslovení respondenti uváděli, jako důvod vzniku handicapu potvrzují všeobecně platné informace. Největší množství úrazů zapříčiňujících porušení míchy způsobují dopravní nehody. Nehoda způsobila poškození míchy konkrétně 18 respondentům (41 %). Dále pak sportovní úrazy u 15 respondentů (34 %) V menší míře jsou to úrazy pracovní, které uvedli 5 oslovených (11 %). Nikdo z oslovených neuvedl jako důvod vzniku tohoto handicapu, že by se stal obětí násilného trestného činu, 6 respondentů (13 %) naopak připsalo jako důvod pád z výšky a 4 (8 %)oslovení uvedli jako příčinu tělesného handicapu nemoc.

Graf č. 4 - Rozložení respondentů podle diagnózy



U oslovených respondentů se nejčastěji objevovala poúrazová paraplegie. Tuto diagnózu uvádí 15 respondentů (31 %). Následovala poúrazová kvadruparéza, kterou přiznalo 13 oslovených (27 %), dále kvadruplegie u 12 dotázaných (25 %), nejméně oslovených respondentů, konkrétně 8 (17 %) se potýká s diagnózou chabé parézy.

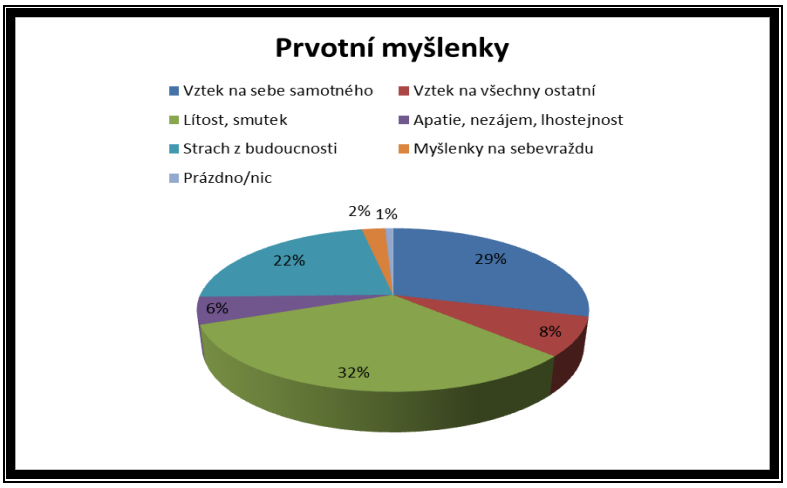
Graf č. 5 - Rozložení respondentů podle doby vzniku úrazu



Nejvíce úrazů způsobujících poranění míchy se stává jedincům v období 16 až 25 let, tento věk úrazu přiznává 15 dotázaných (31 %) následuje období 26 až 40 let s 13 odpověďmi (27 %), dále pak období 41 až 50 let, které udává 10 oslovených (21 %). V 50 letech a více se stal úraz 7 respondentům (15 %). Nejmenší

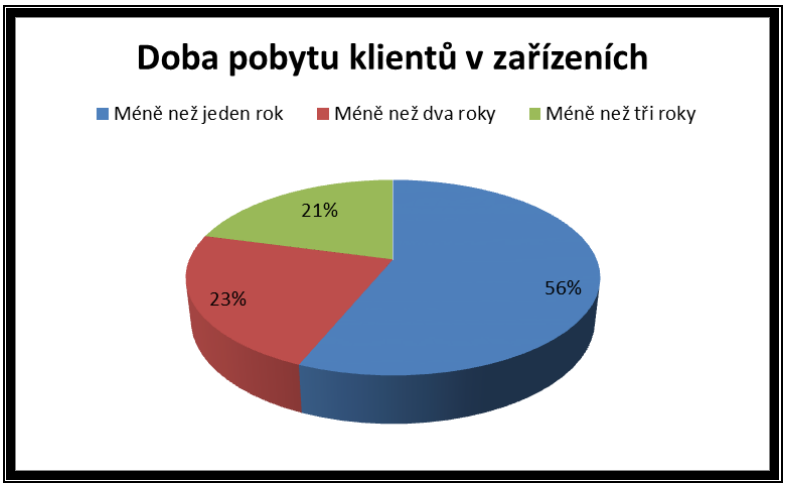
počet úrazů se stal respondentům ve věku 0 až 15 let. Tento věk uvedli 3 respondenti (6 %).

Graf č. 6 - Rozložení respondentů podle prvotních myšlenek po zjištění diagnózy



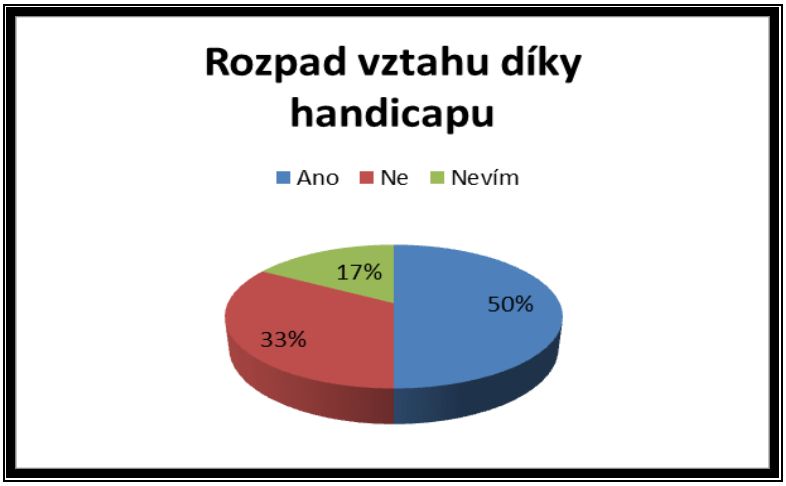
Zajímavou otázkou dotazníku byla otázka o prvotních myšlenkách handicapovaného po zjištění diagnózy. Většina, konkrétně 42 (33 %) dotázaných uvádí, že pociťovali lítost a smutek, dále pak vztek na sebe samého, což uvedlo 38 dotázaných (22 %), zatímco vztek na všechny ostatní přiznává pouze 10 respondentů (8 %). Strach z budoucnosti mělo 29 oslovených (22 %). 7 respondentů (6 %) pociťovalo apatii, nezájem či lhostejnost. Objevily se zde i myšlenky na sebevraždu, které přiznávají 3 (2 %) z oslovených. 1 z respondentů (1 %) připsal, že necítil absolutně nic.

Graf č. 7 - Rozložení respondentů podle délky pobytu v pobytových zařízeních



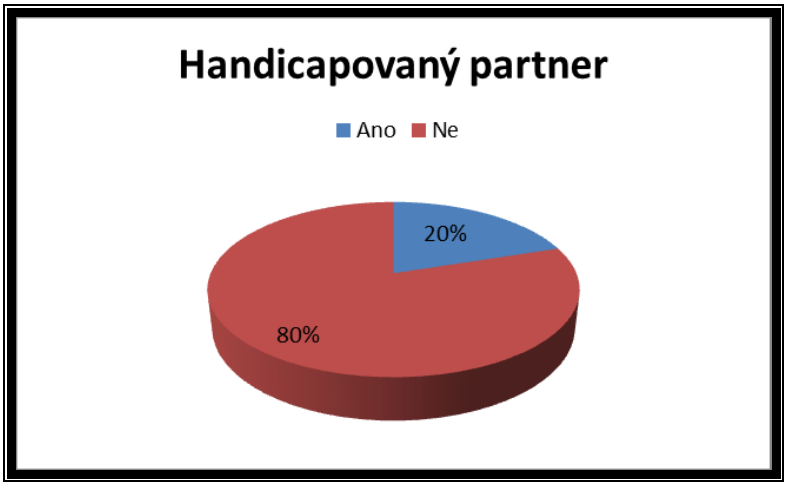
Doba pobytů takto handicapovaných jedinců v pobytových zařízeních po úrazu způsobující jejich handicap se různí. Obecně lze říci, že standartní doba pobytu se dle většiny dotázaných, pohybuje v rozmezí jednoho až dvou let. Konkrétně 27 oslovených (56 %) uvedlo, že byli v pobytových zařízeních méně než jeden roky. 11 respondentů (23 %) zaznamenalo dobu pobytu v pobytových zařízeních na méně než dva roky. Méně než tři roky pobývalo v těchto zařízeních 10 z dotázaných (21 %).

Graf č. 8 - Rozložení respondentů podle důvodu rozpadu partnerského vztahu



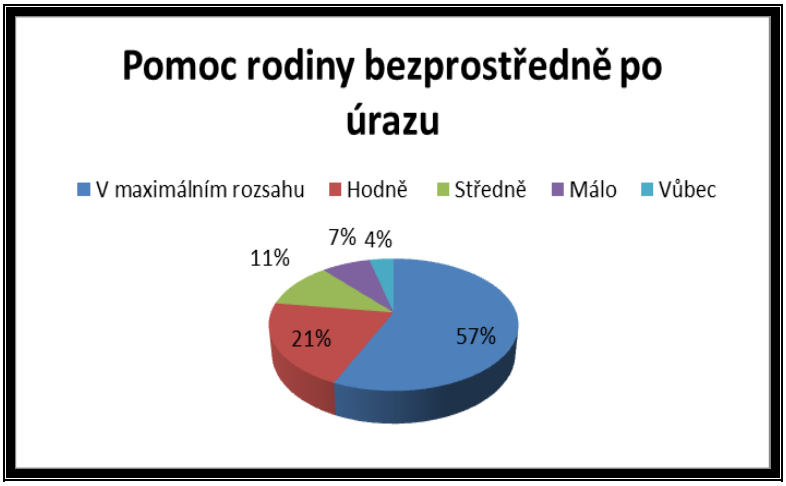
Jedna ze samostatných částí dotazníkového šetření byla část směřovaná na získání informací o partnerských vztazích tělesně handicapovaných. 29 respondentů (60 %) uvádí, že v době nehody mělo partnera, pouze 11 (38 %) tento vztah vydržel. U většiny oslovených se tedy vztah rozpadl, přičemž 9 z nich (50 %) se domnívá, že důvodem rozpadu vztahu byl právě jejich handicap, 6 oslovených (33 %) tento důvod popírá, 3 (17 %) neví.

Graf č. 9 - Rozložení respondentů podle partnerského vztahu



Nově vzniklý vztah udává 35 dotázaných (71 %), z čehož pouze 7 (20 %) z nich má rovněž tělesně handicapovaného partnera. 28 oslovených (80 %) není v partnerském vztahu s handicapovanou osobou.

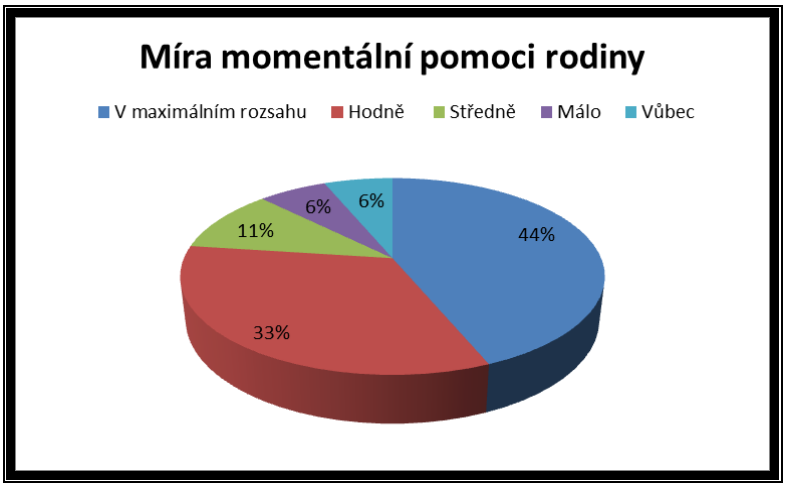
Graf č. 10 - Rozložení respondentů podle pomoci rodiny bezprostředně po úrazu



S tělesným handicapem je těsně spjata míra závislosti takto handicapovaných na pomoci druhé osoby. Z dotazníku vyplývá, že bezprostředně po úrazu, většině respondentům výrazně pomohla jejich rodina. Více než polovina dotazovaných, konkrétně 30 z nich (57 %) uvádí, že jim jejich rodina pomohla v maximálním možném rozsahu. 11 oslovených (21 %) přiznává, že jim rodina pomohla hodně. Střední míru pomoci uvádí 6 respondentů (11 %). 4 respondenti (7 %) se domnívají, že jim rodina

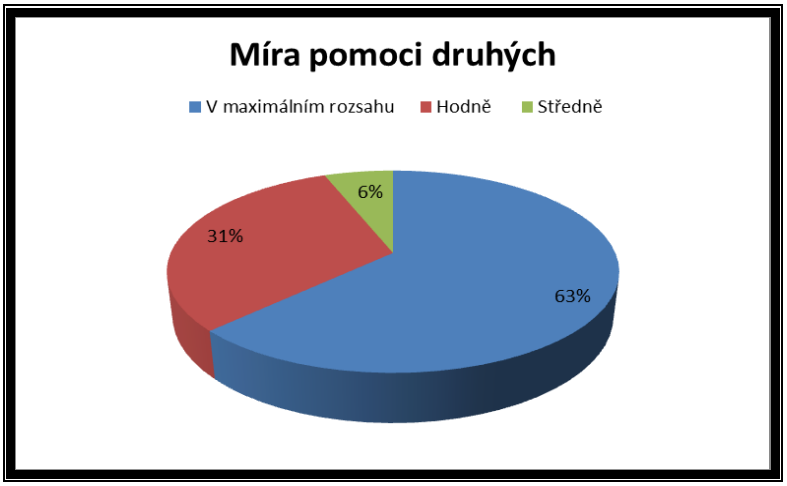
pomáhala málo. Pouze 2 respondenti (4 %), májí pocit, že jim jejich rodina nepomohla vůbec.

Graf č. 11 - Rozložení respondentů podle míry momentální pomoci rodiny



S odstupem času se úloha rodiny mění, její pomoc nemusí být až tak markantní, protože handicapovaný je často schopen se ve větší míře o sebe postarat sám, nebo je schopen obstarat si pomoc jiným způsobem. I přesto je úloha rodiny v životě handicapovaného velká. Téměř polovina oslovených, tedy 21 respondentů (44 %) má pocit, že jim jejich rodina stále pomáhá v maximální možné míře. 16 oslovených (33 %) uvádí, že jim pomáhá hodně. Střední míru pomoci přiznává 5 dotázaných (11 %). Malou či žádnou pomoc ze strany rodiny pociťují v obou případech 3 respondenti (6 %).

Graf č. 12 - Rozložení respondentů podle míry pomoci od druhých lidí



Zatímco celkovou pomoc druhých přiznává celých 32 handicapovaných (63 %) dotazovaných, 16 z nich (31 %) má pocit, že je odkázáno na druhé hodně a 3 (6 %) využívá pomoc okolí středně, nulovou nebo malou míru pomoci druhých nepociťuje nikdo z oslovených respondentů. Z toho vyplývá, že všichni si uvědomují svou potřebu pomoci od druhých.

Tabulka č. 3 - Rozložení respondentů podle využití některé z nabízených služeb

Půjčovna kompenzačních pomůcek	31
Přeprava speciálně upraveným vozidlem	35
Sociálně aktivizační kurzy (kurz PC, ...)	15
Program pro zvyšování kvalifikace	11
Služba agentury práce	2
Sociálně-aktivizační služby	4
Tematické programy	8
Odborné sociální poradenství	3
Rehabilitace	42
Sociálně rehabilitační programy	39
Osobní asistence	12
Pomoc dobrovolníka	4
Pečovatelská služba	3
Odlehčovací péče	5

Z dotazníkového šetření vyplývá, že každý tělesně handicapovaný využívá některou z nabízených služeb, nejvíce respondenti využívají rehabilitace, tuto službu využívá konkrétně 42 dotázaných (20 %), dále jsou to sociálně rehabilitační programy s 39 respondenty (18 %). Přepravu speciálně upraveným vozidlem využívá 35 respondentů (16 %), půjčovnu kompenzačních pomůcek 31 oslovených (15 %), další v pořadí jsou sociálně aktivizační kurzy s 15 oslovenými (7 %), osobní asistence s 12 respondenty (6 %), nebo nejrůznější programy pro zvyšování kvalifikace, které uvádí 11

respondentů (5 %). Tematické programy využívá 8 z dotázaných (4 %). 5 oslovených (2 %) uvedlo, že využívá službu odlehčovací péče. Pomoc dobrovolníka přiznali 4 respondenti (2 %), stejný počet respondentů uvedl, že využívá sociálně aktivizační služby. Pečovatelskou službu užívají 3 dotázaní (1 %), stejně tak službu agentury práce a odborné sociální poradenství.

Oslovovaní respondenti byli většinou klienty Centra Paraple, nebo občanského sdružení Vlastní Cestou, bylo tedy již předem jasné, že budou ve velké míře některé z nabízených služeb využívat.

Graf č. 13 - Rozložení respondentů podle zaměstnání

Další část dotazníku se zabývala zjišťováním informací týkajících se zaměstnanosti handicapovaných. 30 respondentů (62 %) uvádí, že má nyní nějaké zaměstnání, s tím že většina přiznává, že najít si vhodné zaměstnání bylo více či méně obtížné. 10 oslovených (38 %) uvedlo, že nyní nemá žádné zaměstnání.

Tabulka č. 4 - Rozložení respondentů podle míry začlenění handicapovaného do pracovního procesu

Ano-převážně najít si práci odpovídající možnostem a schopnostem	14
Ano-převážně začlenit se do pracovního kolektivu	3
Ano-dostupnost pracovních míst v mé blízkosti je malá	10
Ne-práci jsem našel/a bez problémů a s kolektivem nemám problémy	7
Ne-nastoupila/a jsem do původního zaměstnání	3

Jak již bylo řečeno, většina dotazovaných považuje začlenění se do pracovního procesu za náročné. Konkrétně 14 dotázaných (38 %) uvádí, že nejtěžší bylo najít si práci odpovídající jejich možnostem a schopnostem, 10 (27 %) má pocit špatné dostupnosti pracovních míst v blízkosti bydliště. Práci bez problémů našlo a s kolektivem nemá problémy 7 z dotázaných (19 %). 3 respondenti (8 %) měli problém začlenit se do pracovního kolektivu. Stejný počet, tedy 3 oslovení (8 %) nastoupilo do svého původního zaměstnání.

Velice specifickou otázkou byla samostatná otázka týkající se změny pohledu na okolní svět způsobené získaným handicapem. Zajímavá, ale i předpokládaná byla i odpověď respondentů na tuto otázku. Naprosto všichni, tedy 48 oslovených (100 %) respondentů uvedli, že se jejich pohled na okolní svět změnil. Mění se pouze důvod změny nebo dochází ke změnám jednotlivých pohledů. Mezi nejčastější změny pohledů jednotlivých respondentů patří změny hodnot a hodnotového systému, změna přístupu k okolní společnosti, často uvádí změnu vztahů s rodinou i přáteli, dochází zde nejen k utužení vztahů, ale i k jejich rozpadu.

9.6. Vyhodnocení hypotéz a diskuze

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že nejčastějším důvodem handicapů bude dopravní nehoda.

Ano, tato hypotéza se díky dotazníkové sondě potvrdila, z celkového počtu 48 respondentů, uvádí jako důvod svého tělesného handicapu 18 oslovených (38 %), což je

v porovnání s ostatními důvody vzniku handicapu podstatně převažuje (viz graf č. 3 - Rozložení respondentů podle důvodu handicapu, s. 51.).

Hypotéza č. 2: Myslím si, že nejvíce úrazů se stává jedincům ve věku 16-25 let.

Ano, nejvíce úrazů zapříčiňující tělesné postižení se podle provedeného dotazníkového šetření stává ve věku 16- 25 let. Z oslovených respondentů 15 uvádí (31 %), že se jejich úraz způsobující poškození míchy stal právě v tomto období. (viz graf č. 5 - Rozložení respondentů podle doby vzniku úrazu, s. 52.).

Hypotéza č. 3: Myslím si, že získaný handicap bude u 50 % oslovených respondentů důvodem k rozpadu partnerského vztahu.

Ano, získaný handicap je podle oslovených respondentů z 50 % důvodem k ukončení jejich partnerského vztahu. Celkem 29 respondentů uvedlo, že mělo v době úrazu způsobujícího jejich tělesný handicap partnera, pouze 11ti respondentům tento vztah vydržel dodnes. Z 18 (62 %) respondentů, kteří uvedli, že se jejich vztah v době po úrazu rozpadl, má přesně 9 (50 %) dotázaných pocit, že důvodem rozpadu byl právě jejich handicap, 6 (33 %) tento důvod zamítá a 3 (17 %) neví (viz graf č. 8 - Rozložení respondentů podle důvodu rozpadu partnerského vztahu, s. 55.)

Hypotéza č. 4: Myslím si, že 50 % oslovených handicapovaných, kteří vstoupili do vztahu až po nehodě způsobující poškození míchy, bude mít také tělesně handicapovaného partnera.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Domnívám se, že důvodem negativní odpovědi je všeobecně neplatný předsudek, že většina handicapovaných bude mít rovněž handicapovaného partnera. Oslovení jedinci, kteří vstoupili do vztahu, až po úrazu uvádí, že pouze 7 (20 %) z nich má rovněž handicapovaného partnera. Zbytek, tedy 80% dotazovaných nemá handicapovaného partnera (viz graf č. 9 - Rozložení respondentů podle partnerského vztahu, s. 55.).

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že 50 % dotázaných bude využívat některou z nabízených služeb pro tělesně handicapované.

Ano, z dotazníkového šetření vyplývá, že všichni respondenti využívají některou z nabízených služeb (viz tabulka č. 3 - Rozložení respondentů podle využití některé z nabízených služeb, s. 59.). Existují pouze rozdíly ve výběru služeb. Někteří handicapovaní uvádí nízkou nabídku těchto služeb, tudíž mají i omezenou možnost jejich využití, ale i přesto se uvedená hypotéza plně potvrdila.

Hypotéza č. 6: Předpokládám, že každý handicapovaný respondent bude mít problémy s objevením vhodného zaměstnání.

Ne, tato hypotéza se nepotvrdila. Ne všichni handicapovaní se potýkají s tímto problémem. Mezi oslovenými jedinci mělo problém s objevením vhodného místa pouze 27 (73 %) z nich. Ostatní nepociťují žádný problém s objevením pracovního místa i zařazením se do pracovního kolektivu. Dokonce 3 z dotázaných (8 %) se vrátili do svého původního zaměstnání (viz tabulka č. 4 - Rozložení respondentů podle míry začlenění handicapovaného do pracovního procesu, s. 60.). Z toho vyplývá, že míra integrace tělesně handicapovaných je, obzvláště v porovnání s minulostí, překvapivě poměrně vysoká.

Hypotéza č. 7: Myslím si, že 70 % oslovených respondentů po úraze míchy je odkázáno na pomoc druhých lidí.

Ano, tato hypotéza se zcela 100 % potvrdila. Míra odkázání handicapovaných je plně úměrná míře handicapu jedince. Všichni oslovených uvádí, že jsou ve větší či menší míře odkázáni na pomoc druhých. 32 (63 %) z nich dokonce uvádí, že jsou odkázáni na pomoc druhých v maximální možné míře (viz graf č. 12 - Rozložení respondentů podle míry pomoci od druhých lidí, s. 57.). Otázkou zůstává, do jaké míry je tato odpověď podmíněna místu, kde byly dotazníky rozdávány, nebo zda je tento fakt rozšířen mezi všemi takto handicapovanými.

Hypotéza č. 8: Předpokládám, že všem dotazovaným se po úraze míchy změnil jejich pohled na okolní svět.

Ano, tato hypotéza se opět v plném znění potvrdila, opravdu všichni oslovení uvedli, že se po úraze změnil jejich pohled na okolní svět. Rozdíl mezi jedinci je patrný pouze v typu změny. Většina respondentů ale uvádí změnu převážně v systému hodnot i jejich hierarchii, další změnou, která se v odpovědích jednotlivých respondentů objevovala častěji, byla míra selektování mezilidských vztahů. Mnoho jedinců uvádí změnu v sociálním cítění, někteří dokonce uvádí jakési ustálení nebo-li usazení se či se změnil pohled na způsob života, který dotyčná osoba vedla.

V úvodu své bakalářské práce jsem si kladla mnoho diskutabilních otázek.

Je pravdou, že nejvíce úrazů páteře zaviní dopravní nehody?

Při analýze získaných dat jsem opravdu zjistila, že nejčastějšími důvody vzniku tělesného handicapu jsou dopravní nehody, dále sportovní úrazy, úrazy pracovní, nebo pády z výšky (viz graf č. 3 - Rozložení respondentů podle důvodu handicapu, s. 51.). Tímto se potvrdily i informace, které jsou často uveřejňovány v odborných publikacích. O těchto důvodech např. hovoří P. Wendsche v publikaci Poranění páteře a míchy[56]

Skutečně vzniká nejvíce poranění míchy v mládí?

Předpoklad, že četnost vzniku handicapu se s věkem člověka mění, můj výzkum potvrdil. Obdobím, kdy nejčastěji vznikají úrazy způsobující poranění míchy a s tím související vznik tělesného handicapu, je v období 16 až 25 let, toto období uvedlo 15 dotázaných (31 %). Dále pak je to období 26 až 40 let, které uvádí 13 (27 %) respondentů (viz graf č. 5 - Rozložení respondentů podle doby vzniku úrazu, s. 52.). Z toho vyplývá, že největší koncentrace vzniku tělesného handicapu je v období puberty, adolescence a mladším věku dospělém. Je důležité si uvědomit, že v těchto jednotlivých životních etapách je každý jedinec jinak mentálně i tělesně zdatný, odlišně na nově vzniklý handicap reaguje a má individuální míru motivace k rehabilitaci. O tomto problému hovoří Z. Matějček v publikaci Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí[57]. S tím do určité míry souvisí nejen přijetí handicapu, ale i prvotní myšlenky takto handicapovaných, které se jak dotazníkové šetření ukázalo, u jednotlivých respondentů také liší (viz graf č. 6 - Rozložení respondentů podle prvotních myšlenek po zjištění diagnózy, s. 53.). Dotazníkové šetření ukazuje, že ačkoliv je každý člověk individualitou a jeho myšlenky se po zjištění diagnózy mění, všeobecně platí, že starší jedinci měli mnohem častěji strach z budoucnosti, než mladší ročníky. Mladší lidé naopak častěji uváděli myšlenky na sebevraždu a vztek na sebe samého. Důvodem častějšího uvedení myšlenky vzteku na sebe samého u mladších respondentů je fakt, že mladší lidé si svůj vzniklý tělesný handicap častěji zapříčinili sami. Důvodem je např. konzumace alkoholu za volantem či častější hazardování, než je tomu u starších lidí. Myšlenku na sebevraždu zároveň neuvedl žádný respondent ženského pohlaví. Rozdílnost panuje i v typech úrazů zapříčiňující vznik handicapu.

---

[56] WENDSCHE P. a kol. *Poranění páteře a míchy*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1993. 83s. ISBN 80-7013-159-4

[57] MATĚJČEK Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.přepr. vyd., Ústí nad Labem : H&H, 2001. 144s. ISBN 80-86022-92-7

Mladší jedinci častěji uváděli dopravní nehodu, sportovní úraz, zatímco příčinou úrazu v pozdějším věku je častěji pracovní úraz a nemoc.

Jak člověku změní handicap pohled na okolní svět?

Vzniklý handicap u všech dotázaných změnil pohled na okolní svět. Jako nejčastější změny respondenti uváděli změny hodnot a hodnotového systému i jeho hierarchii. Změnilo se i vnímání okolí a sociální vztahy respondentů. Někteří respondenti dále uvedli, že si nyní více váží všeho, co se jim dostává. Padla zde i zmínka o získání jistého druhu ponaučení za své dosavadní chování, kterou uvádí častěji mladí lidé v souvislosti s neuváženým chováním, které zapříčinilo jejich tělesný handicap. Mnoho dotázaných dále podotýká změnu v sociálním prostředí. Negativní stránkou změny pohledu je často zmiňovaná sobeckost a bezohlednost okolí k handicapovanému a zjištění o nedostatečné bezbariérovosti veřejných prostor včetně MHD, tento pocit uvádí všichni respondenti bez rozdílu věku, pohlaví a míry handicapu.

Jak dlouhý čas potřebuje osoba po úraze míchy rehabilitovat v pobytovém rehabilitačním zařízení?

Překvapila velká rozdílnost v délce pobytů handicapovaných v pobytových zařízeních (viz graf č. 7 - Rozložení respondentů podle délky pobytu v pobytových zařízeních, s. 53.). Většina dotázaných pobývala v těchto zařízeních méně jeden rok. Délka pobytů je přímo úměrná míře handicapu. Zatímco jedinci s poúrazovou kvadruparézou, nebo poúrazovou kvadruplegií pobývají častěji v pobytových zařízeních pro takto handicapované déle než dva roky u ostatních handicapů, poúrazové paraplegii a poúrazové chabé paréze, je to spíše méně než jeden rok.

Jak je to u handicapovaných s partnerskými vztahy?

Této otázce jsem věnovala samostatnou část dotazníkového šetření. Ačkoliv většina dotázaných se po úraze se svým partnerem rozešla, většina z nich si našla partnera nového. Z dotazníkového šetření zároveň vyplývá, že vztah započatý před vzniklým handicapem spíše vydržel jedincům vyššího věku, zatímco mladším lidem, nejčastěji ve věku 16 až 25 let se vztah většinou rozpadl. Zde se nepotvrdil můj předpoklad o míře handicapovaných partnerů. Dotazníkové šetření nepotvrdilo, že by polovina, tedy 50 % takto handicapovaných, mělo také handicapovaného partnera. Naopak, handicapovaného partnera uvádí pouze 7 (20 %) dotázaných (viz graf č. 9 - Rozložení respondentů podle partnerského vztahu, s. 55.).

O problematiku partnerských vztahů, a to nejen o problematiku sexuálního života tělesně handicapovaných se zajímá T. Šrámková, nejen v publikaci Poranění míchy pohledem sexuologa [58].

Do jaké míry je osoba upoutána na invalidní vozík odkázána na pomoc druhých?

Z dotazníkového šetření se stoprocentně potvrdilo, že handicapovaný je do větší či menší míry okázán na pomoc svého partnera, ale i rodiny či dalšího okolí. Všichni dotazovaní tento fakt v dotazníku potvrzují, liší se pouze míra pomoci (viz graf č. 12 - Rozložení respondentů podle míry pomoci od druhých lidí, s. 57.). Z dotazníkového šetření navíc vyplývá, že všichni oslovení navíc využívají nějakou z nabízených služeb (viz tabulka č. 3 - Rozložení respondentů podle využití některé z nabízených služeb, s. 59.). Nejvíce respondentů využívá služeb rehabilitace, kterým přisuzuje značný význam i M. Renotiérová[59] či F. Kábele.[60] Mezi další často využívané služby patří sociálně rehabilitační programy, nebo přeprava speciálně upraveným vozidlem a další. Je ovšem důležité připomenout, že dotazníky byly rozdávány převážně v zařízeních pracující s tělesně handicapovanými, tudíž předpoklad, že některou z nabízených služeb bude dotazovaný využívat byla více než pravděpodobná.

Do jaké míry je pro handicapovaného důležitá seberealizace a v jaké percentuální výši se postiženým osobám daří najít vhodné zaměstnání?

Seberealizace je skutečně důležitou potřebou každého člověka, jak potvrdil i můj dotazníkový průzkum. Uspokojování potřeb mají handicapovaní ve více rovinách značně ztížené. Předpokládala jsem, že každý tělesně handicapovaný respondent bude mít problém s nalezením vhodného zaměstnání. Tento předpoklad se ovšem nepotvrdil, problém se získáním vhodného zaměstnání mělo pouze 23 z dotázaných respondentů (73 %) (viz tabulka č. 4 - Rozložení respondentů podle míry začlenění handicapovaného do pracovního procesu, s. 60.).

Po provedení dotazníkového šetření, dekódování získaných dat a jejich následným porovnáním s nastudovanou odbornou literaturou jsem získala odpovědi na

---

[58] ŠRÁMKOVÁ T. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha : Svaz paraplegiků centrum Paraple. 108s.
[59] RENOTIÉROVÁ M. *Somatopedické minimum*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta, 2003. 87s. ISBN 80-244-0532-6
[60] KÁBELE F. a kol. *Somatopedie*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 1992. 232s. ISBN 80-7066-533-5

své otázky. Zároveň jsem došla k závěru, že nabízené informace se vesměs shodují. Jejich odchylky tak pouze nabízí doplnění informací, vzájemně se nevylučují.

ZÁVĚR

Díky nastudované literatuře a dotazníkovému šetření, které jsem dělala s osobami po úraze způsobující tělesný handicap, jsem mohla nejen potvrdit či vyvrátit předem stanovené hypotézy (viz kapitola 9. 2. Hypotézy, s. 47.), ale především tak získat cenné informace o dané problematice, které jsem mohla posléze popsat v této bakalářské práci a tím tak poskytnout potřebné informace všem, kterých se toto téma týká, nebo je zajímá.

Moje práce se snaží o zmapování nejen základních pojmů týkajících se tělesného handicapu vzniklého úrazem, ale především chce poskytnout ucelené informace o pomoci a podpoře takto handicapovaných jedinců. Cílem teoretické části je poskytnout ucelený přehled výše zmíněných informací. Praktická část práce se snaží o hlubší vhled do dané problematiky. V první části praktické části bakalářské práce popisuji experiment, díky kterému jsem se já, zdravý jedinec, mohla dostat do role handicapovaného. Druhá část je věnována dotazníkovému šetření s takto handicapovanými. Dotazníkové šetření se opíralo o předem přesně stanovené hypotézy, které vycházely nejen z předcházející zkušenosti získané z experimentu.

Myslím si, že výsledky experimentu i průzkumu jsou i přes omezený počet respondentů poměrně zajímavé. Troufám si říci, že mohu poskytnout potřebný vhled do dané problematiky. Zároveň získané informace opět potvrzují nejen můj předpoklad o neustále diskriminaci handicapovaných. I přesto že se míra integrace, nejen tělesně handicapovaných, stále zvyšuje, všeobecné přijímání těchto lidí většinovou společností je stále omezené. Důvodem může být fakt, že porevoluční doba, kdy se jedinci s handicapem pohybují po ulicích měst „zcela“ bez omezení je relativně krátká a velké procento populace si na tento fenomén ještě nestačilo zvyknout. Tato práce se tedy snaží poukázat na stále ztížené podmínky života jedinců s omezením. Důležité je si zároveň uvědomit, že případná městská bariérovost je mnohdy mnohem méně zatěžující než možné mezilidské bariéry. Snad to nebude dlouho trvat a tyto zbytečné bariéry budou zcela odstraněny.

Literatura

JANKOVSKÝ J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd., Praha : TRITON, 2001. 173s. ISBN 80-7254-192-7

KÁBELE F. a kol. *Somatopedie*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 1992. 232s. ISBN 80-7066-533-5

KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha : Avicentrum,1985. 164s. ISBN:08-032-85

MATĚJČEK Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.přepr. vyd., Ústí nad Labem : H&H, 2001. 144s. ISBN 80-86022-92-7

MĚKOTA K., BLAHUŠ P. *Motorické testy v tělesné výchově,* 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1983. 336s. ISBN 14-467-83

PIPEKOVÁ J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.roz. a přepr. vyd. Brno : Paido; edice pedagogické literatury, 2006. 204s. ISBN 80-7315-120-0

RENOTIÉROVÁ M. *Somatopedické minimu*m. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta, 2003. 87s. ISBN 80-244-0532-6

SLOWÍK J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha, Portál, s.r.o., 2010, 160s. ISBN 978-80-7367-691-9

SVAZ PARAPLEGIKŮ. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha : Svaz paraplegiků- centrum Paraple, 2004. 83s.

SVAZ PARAPLEGIKŮ. *Paraplegie, tetraplegie*. Svaz paraplegiků- Centrum Paraple, Praha : edice Paraple. s. 56.

ŠRÁMKOVÁ T. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha : Svaz paraplegiků centrum Paraple. 108.

VOKURKA M. a kol. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha, MAXDORF, 2009. 1144s. ISBN: 978-80-7345-202-5

WENDSCHE P. a kol. *Poranění páteře a míchy*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1993. 83s. ISBN 80-7013-159-4

ZICH F. Úvod do sociologického výzkumu. Praha : Eupress, 2004. 116s. ISBN 80-86754-19-7