

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Kvalita života handicapovaných

Zdeňka Kadavá

Bakalářská práce

2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zdeňka KADAVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Kvalita života handicapovaných**

Zásady pro vypracování:

1. Sběr informací, studium literatury a popis současného stavu a problematiky.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr vhodných respondentů a rozdání dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

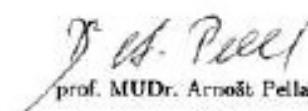
Seznam odborné literatury:

1. GILBERTOVÁ, S.; MATOUŠEK, T. Ergonomie-optimalizace lidské činnosti. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0226-6.
2. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1.vyd. Praha : Grada, 2002. ISBN 80- 247-0179-0.
3. PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
4. VÁGNEROVÁ, Z. a kol. Psychologie handicapu. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
5. VOTAVA, J. a kol. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Leona Dvořáková**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2009**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2009

Souhrn a klíčová slova

ANOTACE

Tématem této bakalářské práce je kvalita života handicapovaných. V teoretické části je popisován historický vývoj vztahu k osobám s postižením, jednotlivé skupiny tělesných postižení a jejich dělení. Dále zde jsou vysvětleny základní pojmy, popsána psychosociální problematika osob s tělesným postižením, rehabilitace a komunikace s těmito osobami.

Ve výzkumné části je popisována metodika výzkumu a dále jsou analyzovány výsledky zjištěné na základě dotazníkové metody. Výsledky jsou zpracovány v tabulkách, grafech a slovně popsány. V diskuzi, která je na konci výzkumné části, jsou rozebírány předem stanovené výzkumné záměry.

KLÍČOVÁ SLOVA

handicap; kvalita života; rehabilitace; péče; omezení; znevýhodnění

TITLE

Life quality of disabled people

ANNOTATION

The topic of this Bachelor Thesis is the life quality of disabled people. The theoretical part describes historical development of the attitude towards disabled people, individual groups of handicaps and their divisions. It also explains basic terminology, specifies psychosocial problems of disabled people, rehabilitation and communication with these people.

The research part deals with research methodology and analyses results found out by questionnaire method. The results have been processed into charts, graphs and verbally described. The discussion, placed at the end of the research part, analyses research aims set up in advance.

KEY WORDS

handicap; quality of Life; rehabilitation; care; limitations; disability

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 17. 4. 2009

Zdeňka Kadavá

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Leoně Dvořákové za metodickou pomoc a velice cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat Kateřině Kálesové a Blance Chaloupské za jejich podnětné rady, názory a podporu. Ráda bych také poděkovala celé své rodině přátelům za vytvoření dobrých podmínek při zpracovávání mé práce a za jejich psychickou podporu.

Obsah

Obsah.....	7
Úvod.....	8
Cíl práce.....	8
I Teoretická část.....	9
1 Historie.....	9
2 Vysvětlení základních pojmů.....	11
2.1 Kvalita života, její hodnocení.....	11
2.2 Osoba se zdravotním postižením (OZP).....	13
2.3 Handicap	13
2.3.1 Tělesný handicap = tělesné postižení.....	13
3 Vozíčkáři	14
3.1 Vozíčkáři s vrozeným těžkým tělesným postižením (1.skupina).....	14
3.1.1 DMO - (Dětská mozková obrna).....	14
3.1.2 Roztroušená skleróza mozkomíšní.....	15
3.1.3 Progresivní svalová onemocnění	16
3.1.4 Vrozená těžká deformace těla a končetin.....	16
3.2 Vozíčkáři se získaným těžkým tělesným postižením (2.skupina).....	16
3.2.1 Amputace.....	16
3.2.2 Cévní mozkové příhody.....	17
3.2.3 Úrazy páteře a míchy.....	17
4 Psychosociální problematika osob se zdravotním postižením.....	18
4.1 Vliv tělesného postižení na osobnost.....	18
4.1.1 Vliv omezení pohyblivosti.....	18
4.1.2 Vliv viditelné deformace.....	18
4.2 Psychická adaptace na získané postižení.....	18
4.3 Postoje společnosti k lidem s postižením.....	19
4.4 Sociální role člověka s postižením a sociální stigma.....	20
5 Léčba a péče o tělesně postižené.....	21
5.1 Pracovní rehabilitace.....	21
5.2 Přehled sociálních služeb.....	22
5.3 Komunikace s osobami s tělesným postižením.....	24
II Empirická část.....	25
6 Formulace výzkumných záměrů.....	25
7 Metodologie a popis výzkumu.....	26
8 Analýza výsledků.....	27
9 Diskuse.....	48
10 Závěr.....	50
11 Soupis bibliografických citací.....	52
12 Přílohy.....	54

Úvod

Získání zaměstnání, možnost vzdělávat se, cestování mezi domovem a prací či školou. Zajít si s přáteli na večeři nebo do kina, divadla. To jsou aktivity pro většinu z nás zcela samozřejmé, přístupné. Pro mnohé tělesně postižené osoby však tyto běžné aktivity mohou být těžko dosažitelné.

Pohyb patří k základním projevům života jedince. Jeho omezení nebo dokonce znemožnění má tedy samozřejmě určitý vliv na každého jedince, jehož pohyb je takto limitován. Pohybové omezení (v krajním případě až úplná imobilita – nepohyblivost) má vliv na jedince jak v rámci jeho individuálního vývoje (fyzického i psychického), tak i z hlediska jeho socializace.

Ve své práci bych ráda zjistila nějaké zajímavé skutečnosti týkající se tohoto tématu. Chci se zaměřit na základní informace o životě lidí s tělesným handicapem, na kvalitu jejich života a spokojenost se svým životem. Především bych ráda zjistila, jak jsou handicapovaní spokojeni s dostupností zdravotnických, kulturních zařízení, možnostmi si nakoupit v obchodě, cestovat, najít si zaměstnání, studovat.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož si myslím, že stále není této problematice věnovaná dostatečná pozornost. Handicapovaní jsou sice již více ve společnosti tolerováni, stále je ale na ně pohlíženo jako na něco neobvyklého, jiného.

Cíl práce

Zjistit kvalitu života vozíčkářů, získat jejich subjektivní hodnocení vlastního života a možností ve vybraných oblastech běžných denních aktivit.

I Teoretická část

1 Historie

Vztah k lidem, kteří se od ostatních odlišují, je v určitém smyslu založen už ve způsobu vývoje osobnosti, a to hlavně v sociální i emoční podmíněnosti osobnosti. Závislost jedince na sociálním prostředí je výrazná na primitivních úrovních vývoje společnosti. Čím nižší úroveň, tím více je člověk závislý na skupině a méně se od ní odlišuje. Už u zvířat pozorujeme odmítání jedinců stejného druhu, kteří nevykazují stejné fyzické známky druhu. Nejsou rozpoznáni jako příslušníci druhu.

U sociálně žijících primátů pozorujeme, že sociální status příslušníka skupiny závisí na jeho fyzickém vzhledu a zdatnosti. Slabí příslušníci naopak zůstávají na nižší úrovni, nebo se dostávají na okraj sociální skupiny. Tento biologický mechanismus zajišťuje další přežití druhu. Dá se předpokládat, že na nejprimitivnější úrovni vývoje lidské společnosti tyto vlivy přetrvávaly. Za následek měly odmítnutí slabších, fyzicky postižených jedinců ostatními příslušníky skupiny, obvykle ne však matkou. Jedná se o prehistorické období vývoje společnosti, podobné postoje můžeme jen předpokládat. (13, 10,16)

Na vnímání a postoj k postiženým jedincům společnosti měl určitě vliv i tlak vnějších okolností, v podstatě ekonomická situace skupiny. Ve společnosti, která s problémy zajišťuje své materiální přežití, lze těžko předpokládat, že by si mohla skupina dovolit žít jedince, kteří nepřinášejí skupině užitek, ale spíše ji zatíží nutnou péčí o ně. Kvalita každého člena dané skupiny je měřena jeho možným přínosem pro skupinu. Tímto způsobem docházelo k třídění dětí dle jejich předpokládané pozdější síly a zdatnosti ve staré Spartě. Jednalo se vlastně o rozhodování mezi prospěchem skupiny a jedince.

Tělesné postižení je jev nápadný tím, že je relativně řídký. Postižení jsou v populaci neobvyklí, výjimeční a odlišují se tím ve svůj nepospěch od norem populace. Postižení se také odlišují od určitého estetického ideálu kultury. Zvláště v antickém Řecku a Římě bylo toto výrazné - celá kultura byla založena na souladu krásy těla a duše (kalokagathia). Hodnota člověka se pak posuzovala podle těchto kritérií. Postižení může být považováno i za výraz, součást určité vnitřní kvality, většinou ale negativní. Dodnes se někdy setkáváme s názorem, že tělesně postižený je i mentálně postižený. Často se u tělesných postižení předpokládá i určité pokřivení charakteru. Samostatné postižení se pak stává určitým znamením, stigmatem.

Vlivem náboženství, u nás hlavně křesťanstvím a židovstvím, vstupuje do chápání a vnímání postižení i boží vůle, úmysl. Postižení je chápáno jako trest i jako boží zkouška. I mimo naši kulturu se objevuje vnímání postižení nebo choroby jako trest od Boha, či bohů, za nějaké provinění. U hinduistů se dokonce zachází i do minulých životů. Na druhé straně se postižený člověk ve středověku vyskytuje jako objekt soucitu a lásky, ze které plyne nutnost o něj pečovat.

V průběhu naší historie se tedy vystřídalo hned několik postojů k lidem s postižením:

- represivní přístup – v období starověku, kdy docházelo ke zbavování se nemocných, postižených lidí
- charitativní přístup – typický zejména pro křesťanský středověk, kdy ochranné postojy a snaha o pomoc přichází hlavně ze strany církve. Jsou zakládány řeholní řády, klášterní špitály, hospice
- humanistický přístup – s celkovým rozvojem vědeckého poznání a medicíny nastupuje přímo programová péče o handicapované osoby se specializací v přístupu dle druhu postižení. Osobnost člověka začíná být vnímána více komplexně
- rehabilitační přístup – propojování léčby s výchovou a vzděláním
- preventivně-integrační přístup – snaha o prevenci a začlenění znevýhodněných osob
- inkluzivní přístup – lze ho charakterizovat zcela přirozeným začleňováním handicapovaných osob do běžné populace

Projevy všech v minulosti převládajících přístupů společnosti k lidem s postižením zaznamenáváme i dnes. Řadu represivních prvků registrujeme v oblasti zaměstnávání a zaškolování těchto osob. Charitativní atmosféru zase navozují různé benefice, koncerty, sbírky a další akce. Nejsilněji se moderní pohledy obracejí k humanistickému a preventivně-integračnímu přístupu, které zvyšují u postiženého člověka jeho lidskou důstojnost.

Zvláště pak v posledních letech se začíná objevovat skutečná snaha o reálnou pomoc. V současné době tato linie pokračuje rozvojem speciálně pedagogické péče. (10,16, 19)

2 Vysvětlení základních pojmů

2.1 Kvalita života, její hodnocení

Kvalita života je termín objevující se v poslední době se vzrůstající intenzitou. Vyskytuje se nejen ve vědeckých studiích, ale i v obecných úvahách. Postupně proniká i do nemedicínské oblasti, do jazyku politiků a členů státní správy. Užívá se i v sociálních službách.

Přesně a výstižně definovat „kvalitu života“ je nesnadné. Kvalita života je velice široký, nejednoznačně definovaný termín. V současné době existuje řada definic kvality života, ale žádná z nich není všeobecně akceptovatelná.

Pokud hovoříme o kvalitě života, většinou sledujeme, jaký vliv má onemocnění, handicap na celkový stav jedince, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. Část fyzického prožívání bývá charakterizována hlavními ukazateli zdravotního stavu – přítomností či nepřítomností zdravotních potíží, skutečností, jestli dané potíže vyžadují léčbu, nakolik jsou pro člověka omezující, zda je přítomna bolest, další nepříjemné příznaky a skutečnosti. Psychické prožívání bývá nejčastěji určováno přítomností pozitivních a absencí negativních emocí, dále pocitem vitality, síly.

V sociologii je termín kvalita života běžně používán. Ze sociologického hlediska jsou nejčastěji ve výzkumech sledovány oblasti vzdělání, ekonomická situace, zaměstnání, partnerství, rodina, etnická příslušnost. Dalším vlivem je úroveň sociálních služeb, sociální zabezpečení, politické zřízení i celkové společenské klima. I když chybí jasná shoda o obsahu kvality života, nabývá tento koncept stále více na významu a stává se klíčovým při hodnocení lidského života individua i kolektivu. (6, 3)

Na kvalitu života lze pohlížet ze dvou stran. Můžeme sledovat objektivní a subjektivní hledisko.

- Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkající se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.
- Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem tak, jak je jedinec hodnotí sám ze svého pohledu. V subjektivním přístupu je pak kvalitou života míněno to, jak jedinec vnímá a hodnotí své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu (18)

Payne (2005) shrnuje definici kvality života jako důsledek interakce mnoha různých faktorů: jako sociální, zdravotní, ekonomické, enviromentální podmínky, které ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. (6)

Všechny pohledy i definice mají jedno společné. Pojem kvalita života by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a psychosociálním stavu jedince. Na kvalitu života je pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Zahrnuje nejen pocit pohody u fyzicky handicapovaných a nepřítomnost limitujících symptomů onemocnění či léčby, ale z globálního hlediska také psychickou kondici, možnost společenského uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty.

Hodnocení kvality života:

Ve výzkumné a klinické praxi se používá pět různých metodik sledování kvality života:

- spontánní oznamování (výpověď člověka)
- psychometrické testy (umožňují pozorovat i jemnější změny kvality života)
- aktivní dotazování (rozhovor, dotazníky)
- nepřímá měřítka (používají se u osob s omezenou schopností se vyjadřovat)
- pozorování

Byly vymezeny oblasti, ve kterých se kvalita života hodnotí.

Švédský rehabilitační lékař prof. Fugl-Meyer navrhl, aby se kvalita života posuzovala ze čtyř hledisek:

1. Kvalita života vnímaná jako celek
2. Kvalita života vnímaná v základních šesti doménách
3. Množství pozitivních zážitků, které kvalitu života zlepšují
4. Množství negativních zážitků, které kvalitu života zhoršují

Další možností je francouzský dotazník SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis). Posuzuje 17 oblastí dvojím způsobem; jednak důležitost každé oblasti pro dotazovaného, jednak spokojenost v té dané oblasti.

Existuje řada dalších hodnotících dotazníků. Světová zdravotnická organizace například doporučuje WHOQOL (WHO Quality of Life). (3, 9, 10)

2.2 Osoba se zdravotním postižením (OZP)

Hranice mezi osobou s postižením a nepostiženým člověkem není přesně určená. OZP má funkční omezení vytvářející mimořádné požadavky na její životní, nebo i pracovní podmínky. OZP potřebuje péči, jenž přesahuje oblast zdravotní, dostává se do oblasti sociální, případně pedagogické či pracovní. (13)

2.3 Handicap

Handicap je nevýhoda, újma vyplývající z poškození či zneschopnění, které je překážkou ve snaze plnit úlohu, která je pro danou osobu normální. Handicap je tedy sociálním pojmem, reprezentujícím sociální a životní překážky a z nich vyplývající důsledky, poškození a zneschopnění osoby.

Slovník Petit Robert definuje termín handicap jako slovo, které se objevuje v Anglii kolem roku 1827 jako termín „hand in cap“ (ruka v klobouku) a který původně označoval „los určující lehčí, trénovanější koně, kteří ponosou větší zátěž, aby byly podmínky pro všechny vyrovnány.“ Mnohem později začal tento termín označovat i u lidí „zátěž“ ve smyslu nějakého onemocnění, tělesné vady, postižení. Znamená to tedy znevýhodnění určitých osob vůči jiným osobám – většinou bez vlastního zavinění (znevýhodnění dané genetickými, vrozenými, získanými nebo v průběhu života působícími sociálními a sociálně psychologickými faktory). (13, 15)

Definice handicapu dle zákona o zaměstnanosti

Osobami handicapovanými jsou dle § 67 odst. 2 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti fyzické osoby, které byly

- a) orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními (osoby s těžším zdravotním postižením)
- b) orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními
- c) rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení uznány zdravotně znevýhodněnými (16, 20)

2.3.1 Tělesný handicap = tělesné postižení

Za tělesné postižení označujeme přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní (poznávací), emocionální a sociální výkony. Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového systému nebo jiné organické poškození. (13, 16)

3 Vozíčkáři

Vozíčkáři se zařazují do různých skupin a podskupin. Pro účely této práce uvádím dvě hlavní skupiny, se kterými se můžeme setkat nejčastěji. Jedná se o dělení na podkladě příčiny, tzn. proč a z jakého důvodu se dotyční lidé na vozíku ocitli.

První skupina je tvořena vozíčkáři s vrozeným tělesným postižením

Druhou skupinou jsou vozíčkáři, kteří své postižení získali během života, díky úrazu nebo onemocnění. Tato postižení mohou vzniknout v kterémkoliv věkovém období a mohou být neméně závažná. (10, 11)

3.1 Vozíčkáři s vrozeným těžkým tělesným postižením (1.skupina)

Vady vrozené vznikají v době nitroděložního života, při porodu nebo krátce po narození. Příčiny vzniku mohou být různé – onemocnění matky v době těhotenství (zarděnky, ledvinové poruchy), negativní vliv některých léků v počátku těhotenství, toxikomanie, alkoholismus matky, záření, nedostatečná výživa matky, vlivy prostředí atd. Zaznameneáme-li výskyt vady u více členů rodiny, či zjistíme-li, že se objevovala v témže rodě i v minulosti, jedná se o vrozenou vadu dědičnou. Vada může být patrná ihned po narození, nebo se může začít projevovat až v průběhu života v různém věku. Většinou lze říci, že hloubka postižení závisí na tom, kdy se objeví jeho první příznaky, a je zpravidla tím těžší, čím dříve určité odchylky nastanou. (10, 11)

3.1.1 DMO - (Dětská mozková obrna)

Jedná se o širokou skupinu stavů, ve které jsou motorické poruchy v popředí klinického obrazu. Jedná se o různé poruchy hybnosti a svalového tonu a ne vždy jen o obrny. Vedle nevyrovnaného a retardovaného motorického vývoje se může objevit i psychická retardace a epileptické příznaky, smyslová postižení - oční, ušní. Etiologické faktory DMO se často kombinují a jsou různorodé. Faktory mohou být z období prenatalního (infekce, gestózy a úrazy matky, působení fyzikálních a toxických látek jako je alkohol, rtg záření, metabolické poruchy, genetické faktory). V průběhu porodu – perinatálně – je významná novorozenecká asfyxie, porodní poranění, atd. Mezi poporodní (postnatální) vlivy patří infekce, dyspeptické stavy, úrazy hlavy a novorozenecká žloutenka.

DMO se vyskytuje stále poměrně často. Příčinou je i nižší novorozenecká úmrtnost, přežívání i nezralých dětí s poškozením, dětí s ohroženým vývojem. Prognóza významně závisí na včasné diagnostice poruchy a následném zahájení léčby. Základem léčby je speciální rehabilitace pod vedením odborníků, ale i provozovaná rodiči. Rodina musí být zapojena do celého léčebného programu. Úspěch léčby závisí nejen na včasném zahájení, ale i na dlouhodobosti a systematickosti jejího provádění. (1, 10, 12)

3.1.2 Roztroušená skleróza mozkomíšní

Sclerosis multiplex cerebrosppinalis (SM, RS) je poměrně časté dlouhodobé onemocnění. Prevalence v našich geografických podmínkách se pohybuje v četnosti případů kolem 80-120/100 000 obyvatel. Řadíme ho mezi demyelinizační nemoci. Příčina tohoto onemocnění není známá, RS se v současné době považuje za chronickou zánětlivou imunitní poruchu, jenž je zprostředkována poruchou buněčné imunity

Vznik a další rozvoj onemocnění je ovlivňován genetickými faktory i zevním prostředím. Onemocnění začíná obvykle mezi 20. – 30. rokem, v malém procentu se nemoc manifestuje již v dětství a v pozdním věku. Rozložení podle pohlaví je ve prospěch žen, s výskytem choroby nejčastěji v poměru 2:1.

Typický průběh nemoci je ze začátku v atakách a remisích, později přechází v chronicko-progresivní průběh s postupnou invalidizací až imobilizací nemocného. Symptomatologie je různorodá. Další vývoj je variabilní, jako krajní varianty existují formy maligní, kdy se nemocný stává imobilním během několika let a může dojít i k úmrtí. Lehké, benigní formy mají lehčí symptomatologii. Většinou ale dochází v průběhu několika let k postupnému zhoršování hybnosti.

Nejčastější komplikací RS jsou infekční nemoci. Mezi komplikace posledních stádií patří kontraktury u spastických paréz a dekubity. Kauzální léčba RS není dosud známá. Základní léčebnou metodou je potlačení nadměrné imunity. V období ataky mají při léčbě dominantní místo kortikoidy. Další fází je prevence relapsu, oddálení další ataky a stabilizace procesu. K tomu se používají udržovací dávky prednisonu a nebo i dalších imunosupresiv. Léčba symptomatická se řídí dle klinických projevů onemocnění. Součástí medikamentózní léčby je rehabilitace. Vzhledem k existenci určitých provokačních faktorů, je významná i léčba režimová a životospráva.(1, 5, 11, 12)

3.1.3 Progresivní svalová onemocnění

Myopatie, nebo-li svalová onemocnění jsou charakterizována primárním postižením svalu. Dělí se na primární a sekundární. Jednotlivé skupiny se od sebe liší četností výskytu, typem dědičnosti, rozmanitou etiologií, distribucí svalových atrofií, věkem nástupu obtíží a rychlostí průběhu. Spojují je ale obecná klinická kritéria, daná příznaky a typickými nálezy pro tzv. myopatický syndrom. Mezi prvními příznaky se objevuje zhoršení chůze do schodů a do kopce. Postižení hybnosti se stupňuje. Progrese je různě rychlá, některé pacienty trvale upoutá na invalidní vozík. Většina svalových onemocnění tedy začíná v dětském věku, nebo v průběhu adolescence. Z posudkového hlediska se jedná o pacienty od dětství většinou těžce zdravotně postižené, jejichž chronický a navíc neustále narůstající pohybový handicap s sebou přináší celou řadu nejen zdravotních, ale i psychických a sociálních problémů. (1)

3.1.4 Vrozená těžká deformace těla a končetin

Příčinami těchto postižení bývají nemoci nebo úrazy matky v průběhu těhotenství, vlivy prostředí. Významnou roli hraje i dědičnost. Vrozené postižení se projevuje ihned. Některé deformace těla, končetin a jejich poškozenou funkci lze vhodně zvolenou léčbou zmírnit, či vyrovnat prostřednictvím speciálních pomůcek. Jiné se vlivem růstu a dalšího vývoje organismu stupňují. (1)

3.2 Vozíčkáři se získaným těžkým tělesným postižením (2.skupina)

3.2.1 Amputace

Amputace je umělé odnětí orgánu, části nebo celé končetiny od trupu. Nejvýznamnější a nejčastější příčinou je úraz. U dospělých lidí bývá další častou příčinou cévní onemocnění, metabolické onemocnění (komplikace Diabetes Mellitus) a zhoubné nádory na končetinách. Amputace mohou nastat v důsledku úrazu již v dětství. Platí, že čím dříve k amputaci dojde, tím lépe se dítě s důsledky vyrovnává. Důsledkem každé amputace je anatomická a funkční ztráta a viditelná kosmetická vada. Vždy se jedná o mimořádnou životní událost jak pro samotného postiženého člověka, tak i pro jeho rodinu a okolí. Tyto změny mohou vyvolávat psychické poruchy.(1)

3.2.2 Cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody (CMP, iktus, mozková mrtvice) jsou v současné době v rozvinutých západních zemích nejčastější příčinou smrti. Jde o náhle vzniklou mozkovou poruchu, především ložiskovou (méně často i globální), která je způsobena poruchou cerebrální cirkulace, ischemií (80%) nebo hemoragií (20%). Následkem mohou být hemiparézy až hemiplegie, poruchy řeči (afázie), zmatenost. Příznaky se vyvíjejí rychle. (1, 7)

3.2.3 Úrazy páteře a míchy

Poranění páteře je poměrně časté. Postižení míchy je vzácnější a mnohem závažnější. Vzhledem k tomu, že nejčastěji dochází k poranění míchy a současně i k poranění páteře, používá se označení vertebrospinální poranění. Nejčastější příčinou je pád z výšek, dopravní nehody, úrazy při sportu nebo během rekreačních aktivit a pracovní úrazy. Typickými příznaky jsou paraplegie (oboustranné úplné ochrnutí dolních končetin) nebo kvadruplegie (úplné ochrnutí všech končetin) dle výškového postižení. Dále se objevuje retence (zadržení) moče a míšní šok. Základem diagnostiky je určení výšky postižení pomocí neurologického vyšetření - vyšetření motoriky, cití, reflexů. Dále je indikováno cílené rtg vyšetření, počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR).

Mezi další získaná tělesná postižení můžeme zařadit stavy po mozkových zánětech (encephalitis), mozkové nádory, traumatické obrny (otřes mozku, stlačení mozku, zhmoždění mozku), degenerativní onemocnění mozku, degenerativní onemocnění míchy. (1, 7)

4 Psychosociální problematika osob se zdravotním postižením

4.1 Vliv tělesného postižení na osobnost

Tělesné postižení je spojeno s mnoha omezeními v různých oblastech. Pro člověka mohou představovat dlouhodobý stres. Možné důsledky lze rozdělit do dvou základních skupin:

- Pohybový defekt – funkční handicap
- Tělesná deformace - estetický handicap

4.1.1 Vliv omezení pohyblivosti

Postižení pohybu je příčinou omezení samostatnosti, posiluje závislost na dalších lidech. Je určitou zábranou pro získání mnoha zkušeností a s tím i související omezení socializace, sociální adaptace. V této souvislosti jde hlavně o omezení množství a kvality podnětů, o redukci zkušeností, především sociálního charakteru. Na druhou stranu člověk, který prožije a zvládne takové trauma, se stává citlivějším, vnímavějším (někdy mohou naopak zahořknout). I proto se může cítit i celkově tolerantnější. Významným faktorem ovlivňujícím psychický vývoj je rozsah a závažnost pohybového postižení. Podstatná je i míra soběstačnosti a nezávislosti. (11, 12)

4.1.2 Vliv viditelné deformace

Pohybové postižení bývá spojeno i s estetickým handicapem, s deformací těla nebo jeho části. I toto představuje určitou, především psychosociální zátěž. Viditelná tělesná deformace má vždy nějaký, většinou negativní, sociální význam. Nápadné změny a odlišnosti snižují sociální postavení, status jedince. Nepříznivě ovlivňují sociální hodnocení i akceptaci okolím. Tyto reakce pak zpětně ovlivňují postoje i chování takto handicapovaných lidí. Handicap v oblasti tělesného vzhledu ovlivňuje celkové sebehodnocení člověka. Důležité pak není jen to, jak se vlastní tělo prezentuje sociálně, ale i způsob, jak je člověk vnímá a prožívá sám. (11, 12)

4.2 Psychická adaptace na získané postižení

Každé postižení nepostihuje jen určitý orgán, systém, ale ovlivňuje celou osobnost jedince s postižením a vytváří specifickou sociální situaci. Riziko, že následkem postižení vznikne i psychická odchylka, souvisí hlavně s typem postižení a jeho závažností. Sekundárně ji mohou ovlivnit vlastnosti osobnosti člověka s postižením i různé faktory vnějšího prostředí.

Některé osobnostní nápadnosti mohou být podmíněné postižením, jiné na něm ale vůbec nemusí záviset. Vnitřní a vnější faktory jsou vždy ve vzájemné interakci. Trvalé postižení znamená změnu životní situace jedince, která ovlivní vývoj člověka s postižením, ale bude měnit i chování a postoje ostatních lidí v jeho okolí. Různorodost odlišností v nejrůznějších složkách psychiky i celé osobnosti jako celku je závislá na samotném jedinci i na prostředí, v němž žije. Tělesné postižení představuje určitý, relativně stabilní znak organismu. Jeho nositel proto pak získává roli postiženého se všemi pozitivními a negativními znaky, jaké tato role v dané společnosti nebo sociální skupině má. (11, 12, 13)

4.3 Postoje společnosti k lidem s postižením

Postoje se vytvářejí jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Mají svoji racionální i emotivní složku a projevují se v chování. Rozumová složka zahrnuje znalosti a informace, které člověk o problému má. Citová složka vyjadřuje základní hodnotící kritérium, odmítání či přijetí, které nabývá na významu zejména tehdy, když lidé o daném problému mnoho nevědí.

Podobně je tomu i v případě postojů k lidem s postižením. Tato problematika byla dlouhou dobu tabu. Laikům bylo jasné, že lidé s nějakým postižením existují. Pokud se s nimi ale osobně nesetkali, nebo je neměli v rodině či okolí, o jejich problémech, omezeních a možnostech v podstatě nic nevěděli.

Emocionální složka postojů k lidem s postižením má často ambivalentní charakter. Obsahuje jak pozitivní, tak i negativní citové hodnocení. Na příčině je fakt, že nemoc či defekt jsou hodnocené z obecného hlediska jako něco nechtěného, nežádoucího. Takto postižení jedinci jsou pak předmětem soucitu, protože je potkalo neštěstí, měli smůlu a to většinou bez vlastního zavinění. Na druhou stranu tyto lidé vyvolávají určitý strach, odpor či hrůzu, jelikož symbolizují něco negativního, čemu je lepší se vyhnout. Významnou roli zde má neinformovanost, protože neznámé a méně časté nemoci a postižení vzbuzují v člověku více strachu než běžná onemocnění. Výsledkem pak bývá citová ambivalence v postojích, která spojuje soucit s odporem, pozitivní emoce s emocemi negativními.

Postoje ve své konečné podobě nejsou vrozené, ale vytváří se učením a jsou značně podmíněny sociokulturními vlivy prostředí, ve kterém daný jedinec žije. Postoje se vždy těžce mění, často se dá mluvit až o stereotypu, předsudku. Předsudek slouží jako laické diagnostické kritérium, určující jak jsou posuzováni lidé s postižením. Ve vztahu k některým druhům defektů se upevnily záporné a odmítavé postoje, které se stěží překonávají. Tím brání uspokojivé integraci takto postižených lidí do společnosti zdravých. Jedním z projevů stereotypu v postoji k postiženým jedincům je tendence ke generalizaci, sklon vidět všechny stejně, bez ohledů na individuální odlišnosti.(12)

4.4 Sociální role člověka s postižením a sociální stigma

Není možné považovat trvalé tělesné postižení jen za biologickou odchylku. Postižený člověk získává i specifickou sociální roli, podobně jako člověk nemocný. Podstatným znakem této role je uznání některých privilegií. Na druhé straně pak ztráta některých práv, jenž mají jen zdraví lidé. Člověk s postižením získává právo na ohleduplnost, ale zároveň je považován za nesrovnatelného se zdravými. Většinou se od něho neočekává to, co od zdravých jedinců. Společnost svým chováním pak nutí postiženého přijmout pasivní roli člověka, který má právo na zabezpečení, ale dále nemá právo usilovat o vyrovnání se ostatním lidem.

Trvalé postižení může být za určitých okolností označeno jako sociální stigma. Stigmatizující jsou defekty, které se projevují v sociálním kontaktu. Vyvolávají určitou nechuť až odpor. V případě stigmatizujícího postižení nejde ani tak o omezení psychických nebo somatických funkcí, ale mnohem více o způsob, jakým jsou tito jedinci vnímáni, hodnoceni, akceptováni, či spíše neakceptováni. Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu přisouzeno. Mění roli takového jedince, jeho sociální status a mnohdy i identitu. (12, 18)

5 Léčba a péče o tělesně postižené

Léčebné metody jsou zaměřeny na kompenzaci tělesného handicapu, ale někdy i na změnu postojů k vlastním problémům. Nutný je individuální přístup.

- Medicínská léčba – cílem je zlepšení či udržení přijatelného stavu v závislosti na typu postižení, minimalizace bolesti, udržení samostatnosti a soběstačnosti, prevence komplikací
 - Léčba medikamentozní
 - Operační léčba
 - Rehabilitační péče– různé typy rehabilitace slouží k dosažení maximálně možného stupně hybnosti, k uchování stávajícího stavu (v případě rizika jeho zhoršení)
 - Kompenzační pomůcky umožňující dosažení alespoň určitého stupně pohybové samostatnosti
 - Psychoterapeutická péče individuální – psychoterapeutické vedení se často zaměřuje na změnu postojů k vlastním potížím. Jsou využívány behaviorální metody, nedirektivní nácvik sociálních dovedností, skupinová terapie, apod.
 - Terapeutická práce s rodinou – pomoc potřebují i ostatní rodinní příslušníci. Pomoc mohou nabídnout pod odborným vedením skupiny rodičů nebo partnerů tělesně postižených, které pomáhají sdílením obdobných problémů, mnohdy i v získávání užitečných informací a zkušeností
- Socioterapie – člověk s omezenou hybností může potřebovat pomoc při zařizování osobních záležitostí, při uplatňování práv a oprávněných zájmů, při hledání bezbariérového bydlení, vhodného zaměstnání. U dětí se pak zaměřuje především na podporu školní docházky a mimoškolní činnosti (2, 10, 13)

5.1 Pracovní rehabilitace

Problém zaměstnávání občanů se zdravotním postižením má dlouhou historii. Nový prvek vnesly světové války, kdy se z války vracelo mnoho mužů s nejrůznějšími druhy zranění. Ve světě se začínal užívat pojem rehabilitace jako označení pro součinnost mezi zdravotnictvím, sociální oblastí, vzděláváním a zaměstnaností. U nás se této problematice věnoval prof. Rudolf Jedlička a MUDr. Karpin. Začal se používat pojem změněná pracovní schopnost (ZPS). Občanem se ZPS je ten, kdo má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podstatně omezenou možnost pracovního uplatnění, případně přípravy na pracovní uplatnění.

Lidem se zdravotním postižením se poskytuje ochrana na trhu práce.

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Úřad práce ve spolupráci s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace. (16, 17, 19)

5.2 Přehled sociálních služeb

Sociální služby se poskytují ambulantní, pobytové nebo terénní.

- Centrum denních služeb

Zařízení, ve kterém se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo věku a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Zahrnuje výchovné, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

- Denní stacionář

Ambulantní služba je určena osobám se sníženou soběstačností, která obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

- Týdenní stacionář

Pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností, která zahrnuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

- Domov pro osoby se zdravotním postižením

Pobytová služba pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního stavu a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Kromě poskytnutí ubytování obsahuje služba i zajištění stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

- Domovy se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Azylové domy
- Domy na půl cesty
- Zařízení pro krizovou pomoc
- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

- Odborné sociální poradenství

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých osob z různých okruhů sociálních skupin.

- Odlehčovací služby

Jedná se o terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.

- Osobní asistence

Osobní asistence je služba, jejímž posláním je vyrovnávat příležitosti lidem, kteří ke svému životu nezbytně potřebují pomoc druhé osoby. Cílem osobní asistence je umožnit žít lidem tak, aby se mohli běžně zapojovat do společnosti podle toho, jak si sami zvolí. Osobní asistenci mohou tedy využívat jak v domácnosti, tak při studiu, zaměstnání, volno časových aktivitách a podobně. Osobní asistence probíhá tak, že jeden nebo více osobních asistentů pomáhají klientovi ve všech činnostech, které by dělal sám, kdyby mohl. Poskytuje se dle potřeb a přání klienta a dle časových možností asistenta po vzájemné dohodě. U Nadace Charty 77 - Konta Bariéry lze žádat o příspěvek na hrazení osobní asistence. Stejně tak může přispět na osobní asistenci také Nadace Olgy Havlové - Výbor dobré vůle.

- Pečovatelská služba

Je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti osob a v zařízeních sociálních služeb určité úkony.

- Ranná péče

Terénní, popřípadě ambulantní služba, která je poskytována dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo s ohroženým vývojem.

- Sociálně aktivizační služby

Ambulantní, případně terénní služby poskytované osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

- Sociální rehabilitace, centra sociálně rehabilitačních služeb

Jedná se o soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich schopností a dovedností. Poskytuje se

formou terénních a ambulantních služeb nebo formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

- Sociálně terapeutické dílny

Ambulantní služba poskytovaná lidem se sníženou soběstačností. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím pracovní terapie

- Terapeutické komunity
- Sociální poradny
- Sociálně terapeutické dílny
- Centra sociálně rehabilitačních služeb

(12, 17, 20)

5.3 Komunikace s osobami s tělesným postižením

Lidé s tělesným postižením, pokud není doprovázeno postižením smyslů nebo intelektu, nevyžaduje zvláštní přístupy v komunikaci. Ve zdravotnictví, na úřadech i v běžném životě však lidé s postižením často čelí situacím, kdy s nimi lidé mluví jinak než mezi sebou. Nejčastější chybou je, že komunikujeme s doprovodem člověka s postižením, nebo komunikujeme způsobem, který se používá u lidí s mentálním postižením.

Pro správnou komunikaci je nutné vzít v úvahu, zda se jedná o dlouhodobé, trvalé postižení, nebo zda je člověk nepohyblivý akutně. Významnou roli hraje i rozsah postižení. Například při těžkých formách ochrnutí dochází také k postižení mimických pohybů, špatné artikulaci. Komunikace je pak tedy obtížnější, ochuzená. Pokud je postižení doprovázeno viditelnými deformitami, mimovolnými záškuby, neartikulovanými zvuky, je zařazení člověka s postižením do běžných sociálních vztahů o to obtížnější. (8, 14)

Zásady komunikace s lidmi s postižením pohybového aparátu:

- Zjistit rozsah postižení a možná omezení v komunikaci
- Zachovat běžná společenská pravidla v komunikaci
- Přizpůsobit postoj a pohled postiženému, zajistit setkání tváří v tvář
- Vytvořit prostor bez bariér
- Nemanipulovat s vozíkem bez vědomí vozíčkáře
- Neupozorňovat na problémy způsobené pohybem na vozík

II Empirická část

6 Formulace výzkumných záměrů

- Lidé s tělesným postižením budou mít častěji postižení získané než vrozené, přičemž oba typy postižení budou mít vliv na získání zaměstnání.
- Vozíčkáři s vyšším vzděláním budou častěji využívat kurzy, rekvalifikace, poradenské služby pro získání zaměstnání, než vozíčkáři s nižším vzděláním.
- Lidé upoutáni na vozík budou spíše nespokojeni než spokojeni s podmínkami a možnostmi pro vozíčkáře v místě bydliště, s možnostmi a kvalitou bydlení, s možnostmi zaměstnání.

7 Metodologie a popis výzkumu

V této práci jsem se snažila zjistit, jak jsou dotazovaní lidé na vozíku spokojeni se svým životem, jaké mají možnosti a omezení ve svém každodenním životě, zda využívají všech dostupných příležitostí a pomoci. Tato problematika je velice široká a jsem si vědoma, že v této práci není zahrnuta celá oblast. Snažila jsem se proto alespoň o zachycení nejpodstatnějších oblastí.

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila teoreticko – výzkumnou práci a jako způsob sběru dat pro svůj výzkum jsem zvolila metodu dotazníku.

Na počátku jsem si určila cíl a hypotézy a podle nich vytvořila dotazník.

Dotazník byl zcela anonymní a respondenti jej vyplňovali v období od října 2008 do konce února 2009. Rozesláno bylo celkem 80 dotazníků, přičemž se mi vrátilo 64 (80%) vyplněných. Čtyři z nich byly vyplněny jen částečně, proto jsem je do zpracování nezařadila. V praktické části je tedy zpracováno 60 dotazníků (75%).

Dotazník má 17 otázek. V první části jsem se zaměřila na obecné otázky. Druhá část je zaměřena na zjištění spokojenosti lidí s tělesným postižením. První dvě otázky jsou identifikační. Dále byly využity otázky uzavřené, tedy otázky kdy respondenti mohli odpovědět pouze na jednu z nabízených možností a polouzavřené, tedy otázky kdy si respondenti mohli vybrat jednu z nabízených odpovědí, nebo odpovědět vlastními slovy.

V poslední části dotazníku je otázka škálovací a otevřená.

Všechny otázky byly určeny všem respondentům.

Dotazník, který byl rozdán je zařazen v příloze na konci této práce.

Odpovědi jsou zpracovány do tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Excel.

Výsledky, diskuse a závěr jsou uvedeny v následujících kapitolách.

Použité zkratky v empirické části:

n_i – symbol pro vyjádření absolutní četnosti

f_i – symbol pro vyjádření relativní četnosti

8 Analýza výsledků

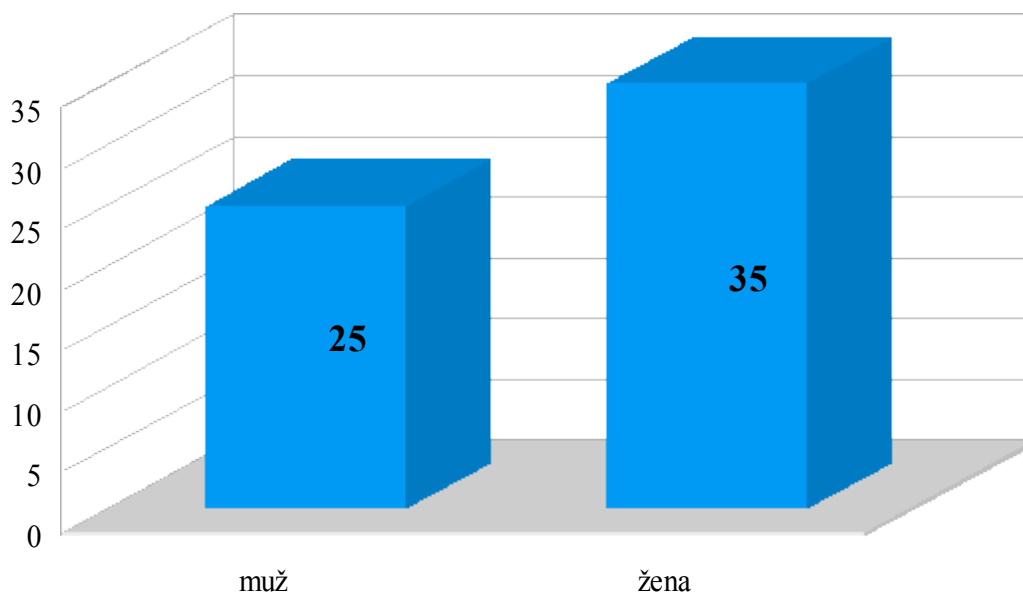
Otázka č. 1

Vaše pohlaví:

- a) muž
- b) žena

Tabulka č.1 – Pohlaví respondenta

odpověď	n_i	f_i (%)
a) muž	25	41,67%
b) žena	35	58,33%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. 1 Graf – Věk

Z celkového počtu 60 dotazovaných lidí bylo 35 žen (58,33%) a 25 mužů, což činí 41,67%. (viz tab.1 a obr. 1)

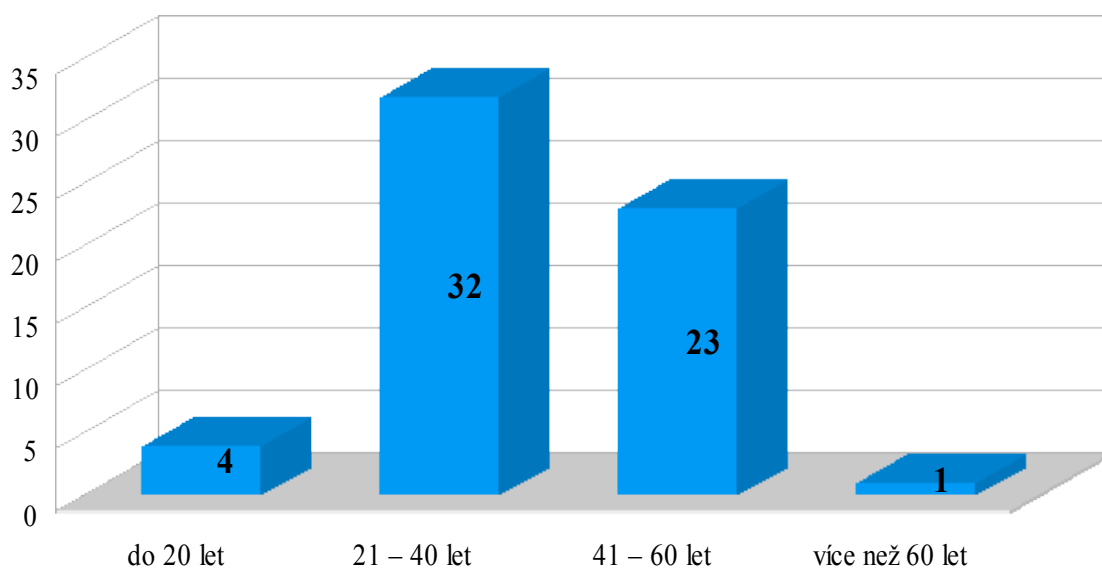
Otázka č. 2

Váš věk je:

- a) do 20 let
- b) 21 – 40 let
- c) 41 – 60 let
- d) více než 60 let

Tabulka č.2 –Věk respondenta

odpověď	n_i	f_i (%)
a	4	6,67%
b	32	53,33%
c	23	38,33%
d	1	1,67%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. 2 Graf – Věk respondentů

Největší počet respondentů byl ve věkové skupině 21 – 40 let. Dotazovaných v této věkové kategorii bylo 32, což činí 53,33% ze všech respondentů. Ve věkové kategorii 41 – 60 let bylo 23 dotazovaných, což činí 38,33%. Do 20 let vyplnili dotazník 4 respondenti (6,67%). Pouze jednomu respondentovi (1,67%) bylo nad 60 let. (viz tab.2 a obr. 2)

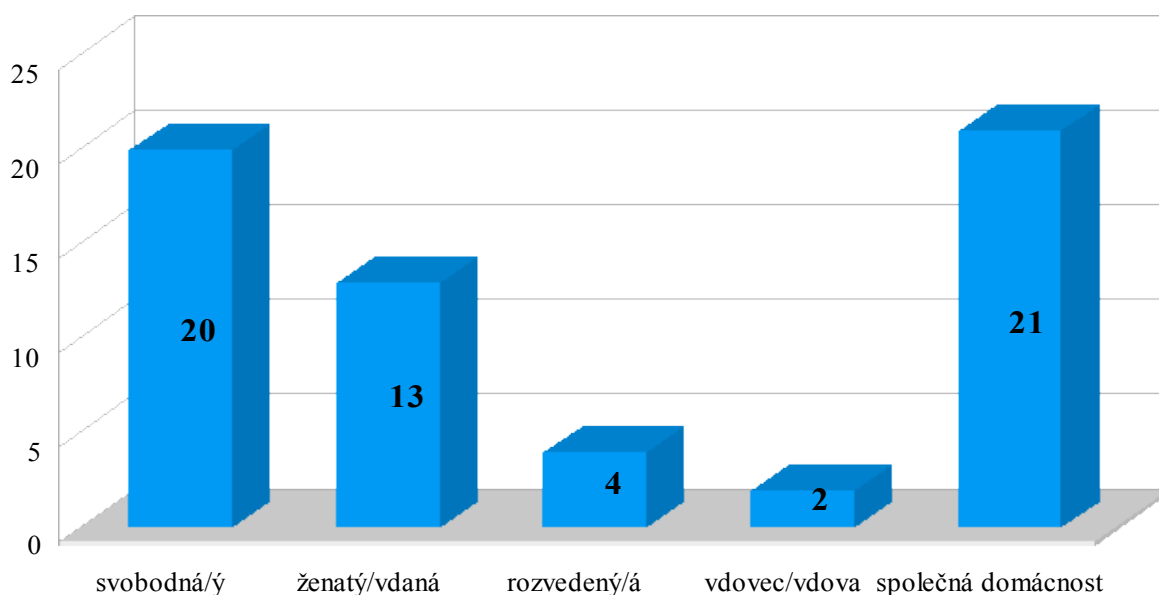
Otázka č. 3

Váš rodinný stav. Jste:

- a) svobodný/á
- b) ženatý/vdaná
- c) rozvedený/á
- d) vdovec/vdova
- e) žiju ve společné domácnosti s partnerem, partnerkou, rodiči, nebo dětmi

Tabulka č.3 – Rodinný stav respondentů

odpověď	n_i	f_i (%)
a	20	33,33%
b	13	21,67%
c	4	6,67%
d	2	3,33%
e	21	35,00%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. 3 Graf – Rodinný stav respondentů

Z této tabulky a grafu vyplývá, že nejvíce dotazovaných žije ve společné domácnosti s partnerem, partnerkou, rodiči, nebo dětmi – přesněji 21 dotazovaných (35%). Další větší skupinu tvořili svobodní lidé – 20 respondentů (33,33%). 13 respondentů je ženatých či vdaných (21,67%). Rozvedení byli 4 dotazovaní (6,67%) a ovdovělí 2 dotazovaní (3,33%). (viz tab.3 a obr. 3)

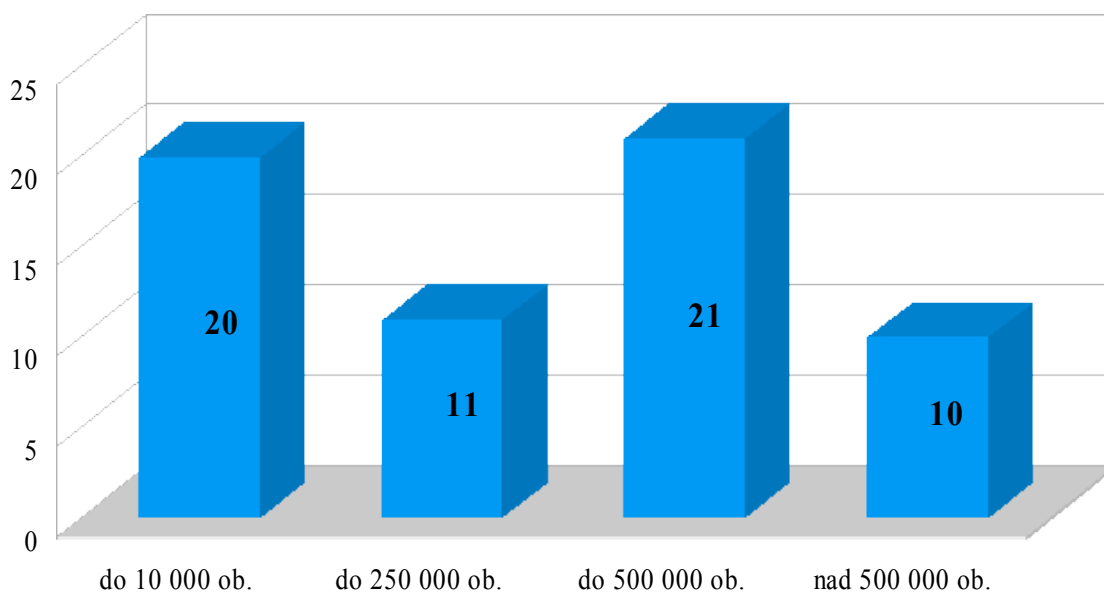
Otázka č. 4

Místem Vašeho bydliště je:

- a) obec do 10 000 obyvatel
- b) město do 250 000 obyvatel
- c) město do 500 000 obyvatel
- d) město nad 500 000 obyvatel

Tabulka č.4 –Místo bydliště respondenta

odpověď	n_i	f_i (%)
a	20	32,26%
b	11	17,74%
c	21	33,87%
d	10	16,13%
Suma (Σ)	62	100,00%



Obr. 4 Graf – Místo bydliště respondentů

Z těchto údajů vychází, že nejvíce respondentů – 21 (33,87%) žije ve městech do 500 000 obyvatel a v obcích do 10 000 obyvatel, kde jich žije 20 (32,26%). Z měst do 250 000 obyvatel pak pocházelo 11 dotazovaných (17,74%). Z měst nad 500 000 obyvatel odpovědělo 10 dotazovaných, což činí 16,13%. (viz tab.4 a obr. 4)

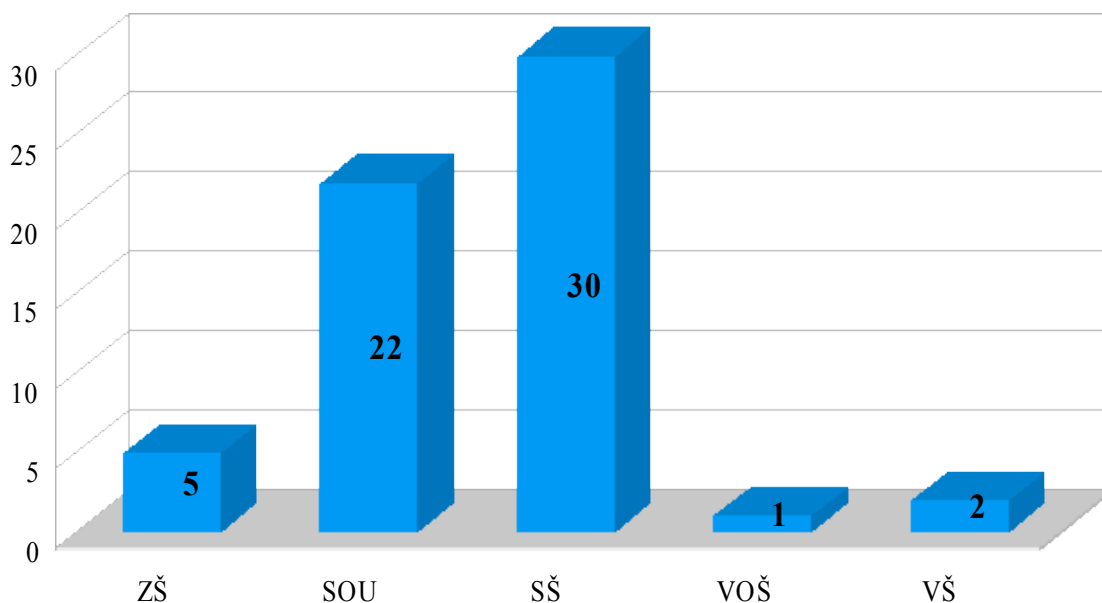
Otázka č. 5

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- a) základní škola (ZŠ)
- b) střední odborné učiliště (SOU)
- c) střední škola (SŠ)
- d) vyšší odborná škola (VOŠ)
- e) vysoká škola (VŠ)

Tabulka č.5 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

odpověď	n_i	f_i (%)
a	5	8,33%
b	22	36,67%
c	30	50,00%
d	1	1,67%
e	2	3,33%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. 5 Graf – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvíce respondentů má dokončené střední vzdělání na střední škole (30 respondentů, 50%) a nebo na středním odborném učilišti (22 respondentů – 36,67%). Základní vzdělání má 5 respondentů, což je 8,33%. Jeden z dotazovaných vystudoval vyšší odbornou školu (1,67%), dva vysokou školu (3,33%).

(viz tab.5 a obr. 5)

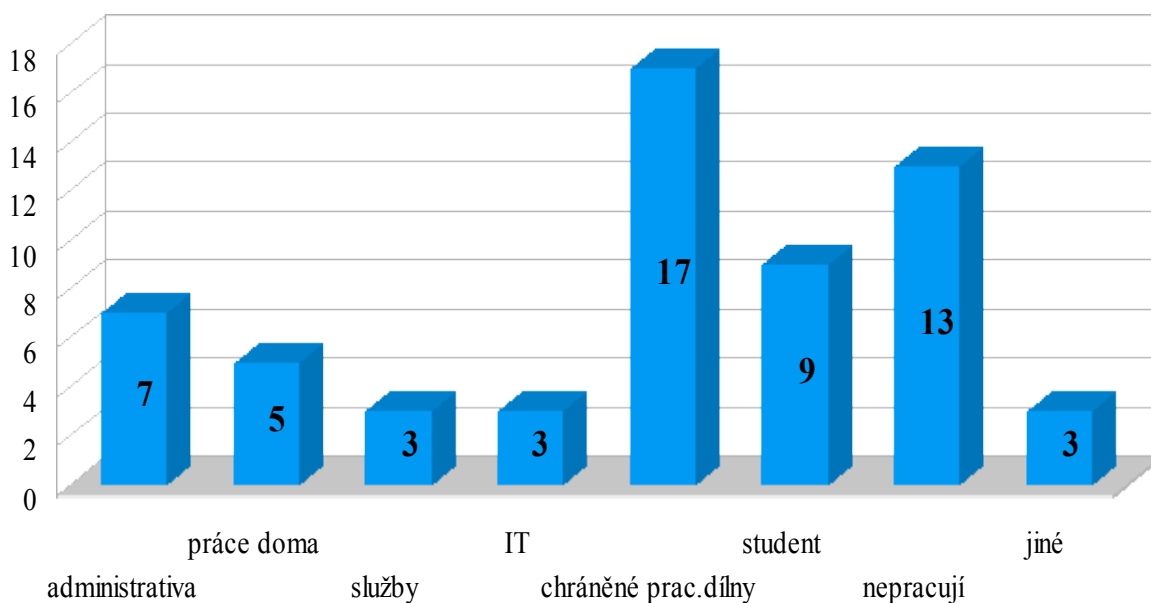
Otázka č. 6

Pracujete v oblasti (pracovní pozice):

- a) Práce doma
- b) Služby (stravovací provoz, zdravotnictví,)
- c) Informační technologie (IT)
- d) Chráněné pracovní dílny
- e) Stále studuji
- f) nepracuji, nemohu pracovat
- g) Jiné, uveďte jaké

Tabulka č.6 –Oblast, ve které respondenti pracují

odpověď	n_i	f_i (%)
a	7	11,67%
b	5	8,33%
c	3	5,00%
d	3	5,00%
e	17	28,33%
f	9	15,00%
g	13	21,67%
h	3	5,00%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. 6 Graf – Oblast, ve které respondenti pracují

Nejvíce respondentů pracuje v chráněných pracovních dílnách - 17 respondentů, což činí 28,33%. Druhou nejpočetnější skupinou byli nezaměstnaní a lidé, kteří nemohou pracovat. V této skupině bylo 13 respondentů, tedy 21,67%. Třetí nejpočetnější skupinou byli studenti, celkem 9, což činí 15,00%. V administrativě pracuje 7 z dotazovaných lidí (11,67%). Odpověď práce doma označilo 5 respondentů, což je 8,33%. Shodný počet respondentů pracuje v oblasti služeb a informační technologie. Každou skupinu označili 3 respondenti (5,00%). Tři respondenti (5%) odpověděli možnostmi jinými, přičemž dva z nich pracují ve skladu a jedna jako malířka. (viz tab.6 a obr. 6)

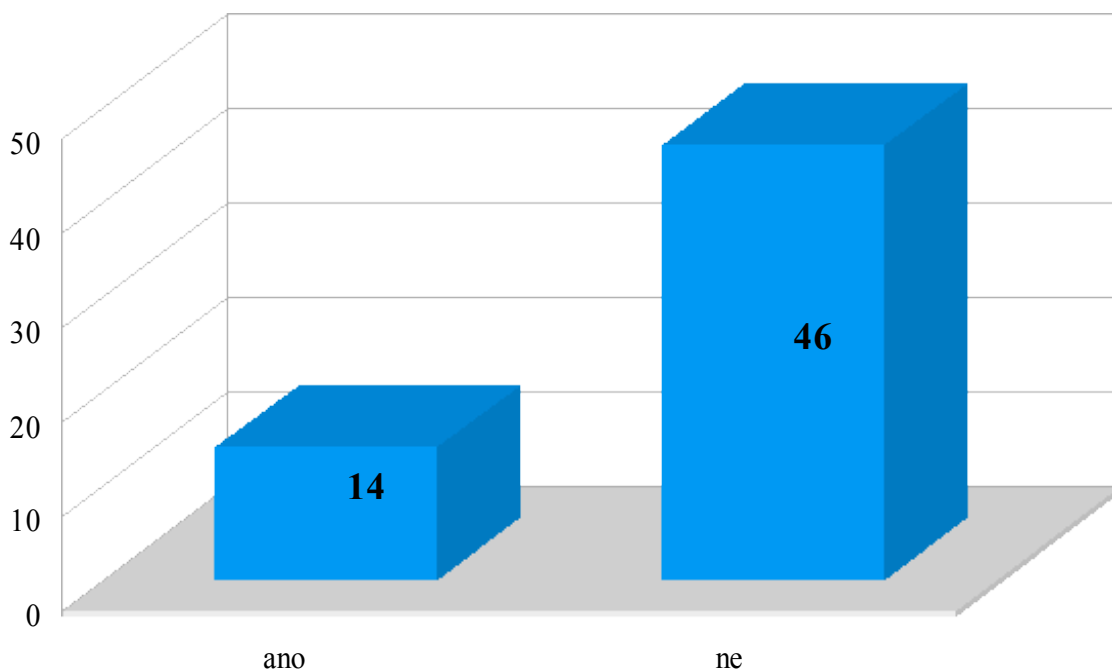
Otázka č. 7

Absolvoval/a jste nějaké kurzy, rekvalifikace, výcviky, semináře pro získání zaměstnání jako člověk s handicapem?

- a) Ano, uveďte jaké
- b) b) ne

Tabulka č.7 – Využití kurzů, rekvalifikace, seminářů pro získání zaměstnání

odpověď	n_i	f_i(%)
a	14	23,33%
b	46	76,67%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. 7 Graf – Využití kurzů, rekvalifikace, seminářů pro získání zaměstnání

Na tuto otázku odpovědělo 46 respondentů záporně, což je 76,67%. Odpověď ano uvedlo zbylých 14 respondentů (23,33%). Z kurzů sedm respondentů uvedlo počítačový kurz, dva respondenti uvedli kurzy účetnictví a pro práci v sociální sféře. Ostatní neodpověděli. (viz tab.7 a obr. 7)

Otázka č. 8

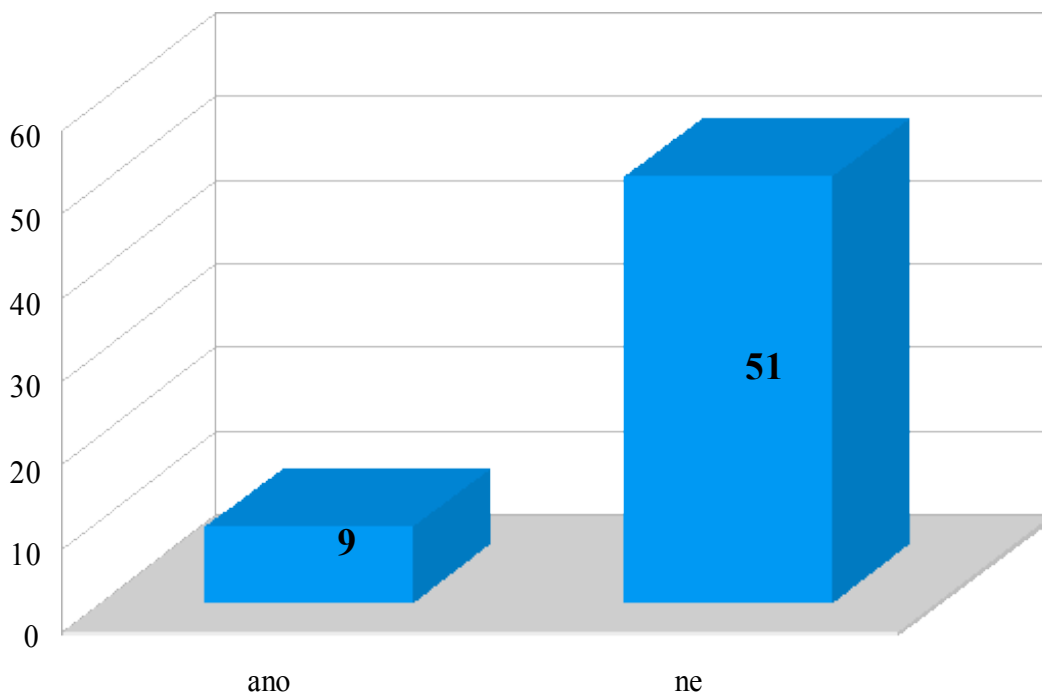
Využil/a jste někdy poradenských služeb pro volbu povolání?

a) ano, jakých

b) ne

Tabulka č.8 – Využití poradenských služeb pro volbu povolání

odpověď	n_i	f_i (%)
a) ano	9	15,00%
b) ne	51	85,00%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. Graf 8 – Využití poradenských služeb pro volbu povolání

Jak vyplývá z grafu, poradenských služeb při výběru povolání využilo jen 9 respondentů, což je z celkového počtu 15%. Zbýlých 51 respondentů (85%) této možnosti nikdy nevyužilo. (viz tab.8 a obr. 8)

Otázka č. 9

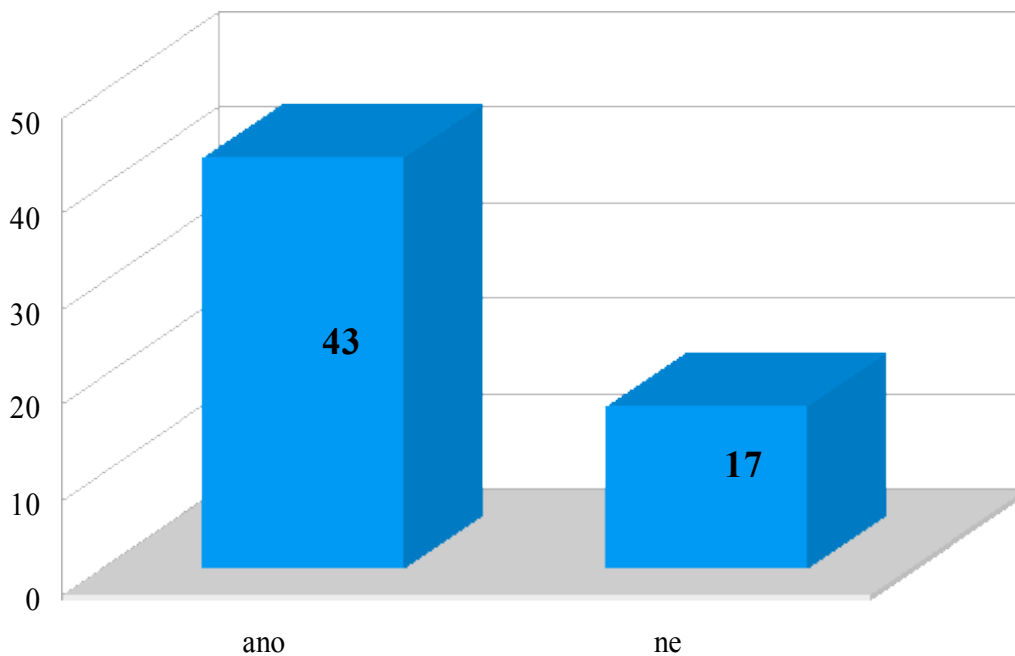
Omezuje či omezoval Vás Váš zdravotní stav při výběru povolání?

a) ano

b) ne

Tabulka č.9 –Vliv zdravotního stavu při výběru povolání

odpověď	n_i	f_i (%)
a	43	71,67%
b	17	28,33%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. Graf 9 – Vliv zdravotního stavu při výběru povolání

Při výběru povolání omezoval nebo omezuje zdravotní stav 43 respondenty, tedy 71,67%. Problémy nepocíťovalo 17 z dotazovaných (28,33%).
(viz tab.9 a obr. 9)

Otázka č. 10

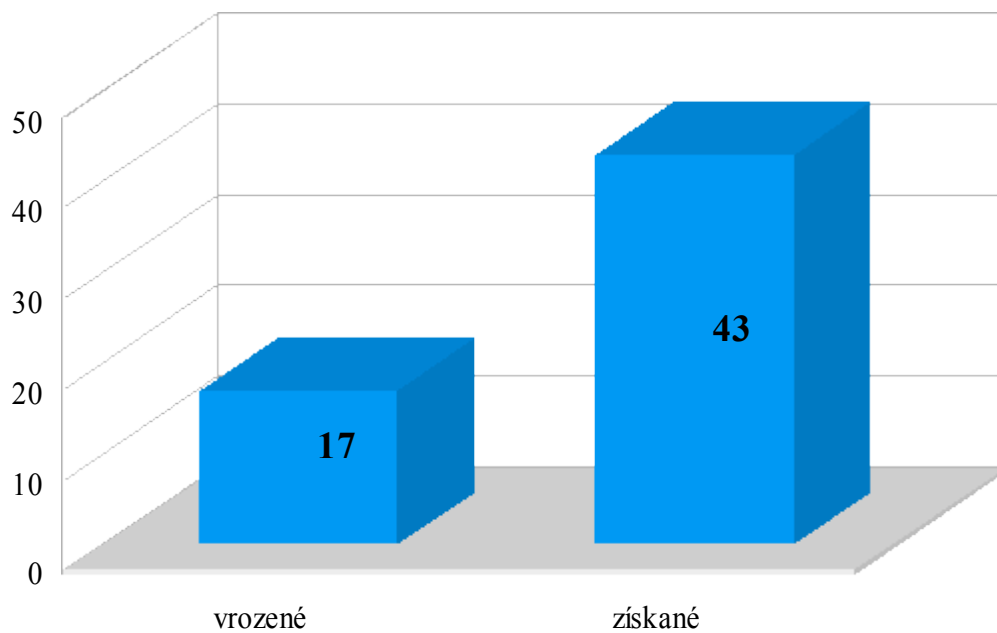
Vaše tělesné postižení je:

a) vrozené

b) získané

Tabulka č.10 – Typ tělesného postižení

odpověď	n_i	f_i (%)
a	17	28,33%
b	43	71,67%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. Graf 10 – Typ tělesného postižení

S tělesným postižením se narodilo 17 respondentů, tedy 28,33%. Získané tělesné postižení uvedlo 43 respondentů, což je 71,67%. (viz tab.10 a obr. 10)

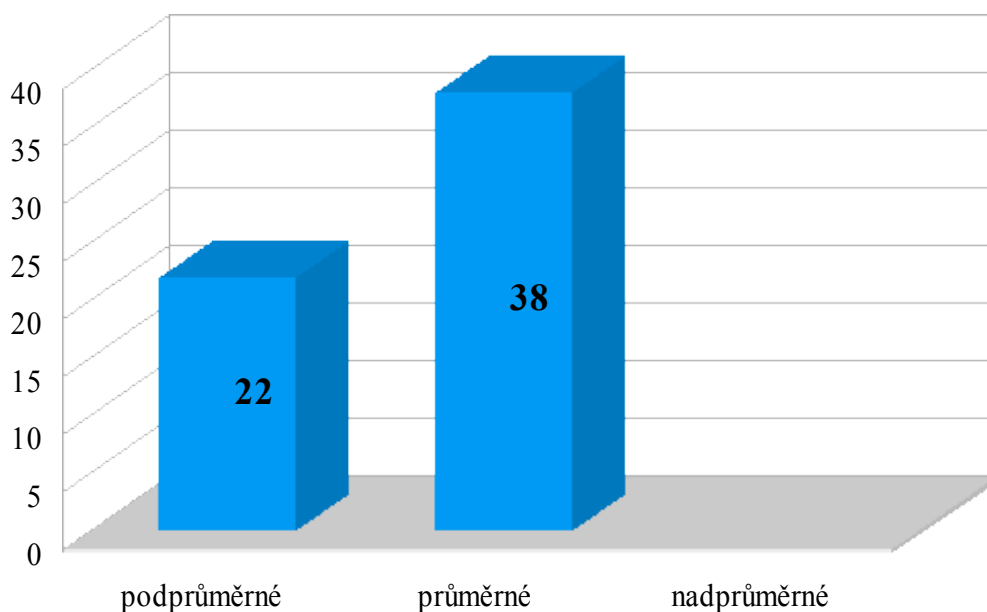
Otázka č. 11

Vaše hmotné zabezpečení je

- a) podprůměrné
- b) průměrné
- c) nadprůměrné

Tabulka č.11 – Hmotné zabezpečení respondentů

odpověď	n _i	f _i (%)
a	22	36,67%
b	38	63,33%
c	0	0,00%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. Graf 11 – Hmotné zabezpečení respondentů

V této otázce měli respondenti subjektivně hodnotit své hmotné zabezpečení. Možnost nadprůměrné hmotné zabezpečení neuvedl ani jeden z dotazovaných. Možnost druhou, tedy průměrné označilo 38 respondentů (63,33%). Zbývajících 22 respondentů (36,67%) označilo své hmotné zabezpečení jako podprůměrné. (viz tab.11 a obr. 11)

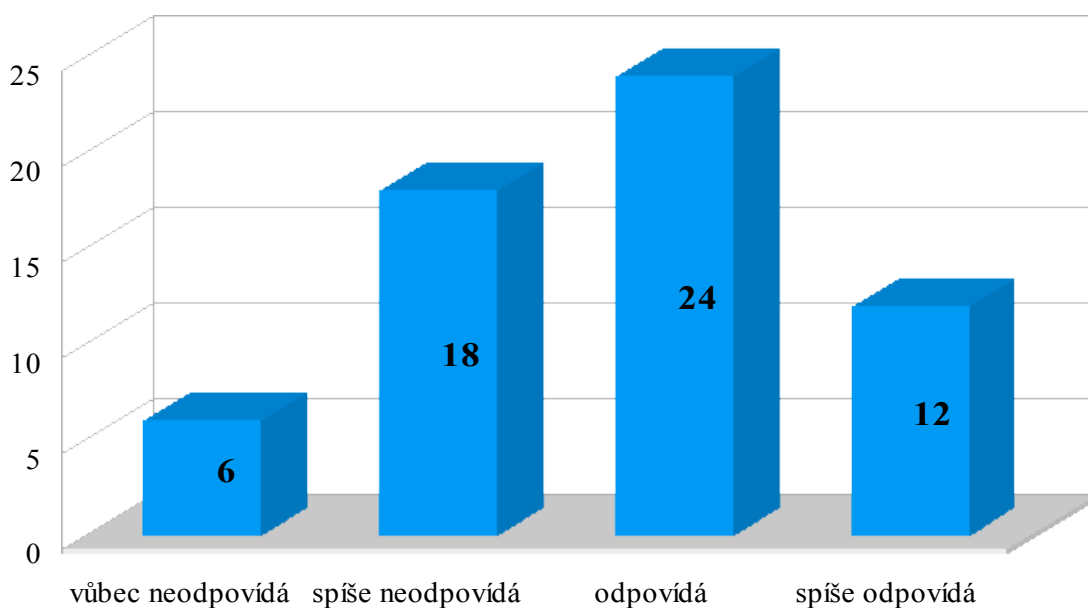
Otázka č. 12

Nakolik odpovídá kvalita Vašeho bydlení Vaším potřebám?

- a) vůbec neodpovídá
- b) spíše neodpovídá
- c) odpovídá
- d) spíše odpovídá

Tabulka č.12 – Kvalita bydlení

odpověď	n_i	f_i (%)
a	6	10,00%
b	18	30,00%
c	24	40,00%
d	12	20,00%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. Graf 12 – Kvalita bydlení

V této otázce respondenti hodnotili své bydlení vzhledem k jejich potřebám. Bydlení vůbec neodpovídá u 6 respondentů (10%), spíše neodpovídá u 18 respondentů (30%). 24 respondentů (40%) hodnotí své bydlení jako odpovídající, 12 respondentů (20%) jako spíše odpovídající. (viz tab.12 a obr. 12)

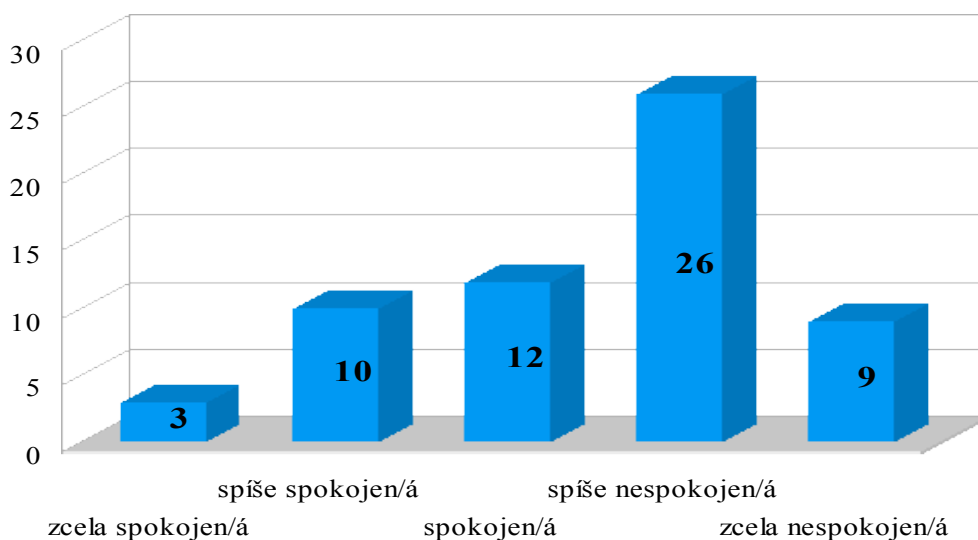
Otázka č. 13

Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

- a) zcela spokojena
- b) spíše spokojena
- c) spokojena
- d) spíše nespokojena
- e) zcela nespokojena

Tabulka č.13 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče

odpověď	n_i	f_i (%)
a	3	5,00%
b	10	16,67%
c	12	20,00%
d	26	43,33%
e	9	15,00%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. Graf 13 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče

S dostupností zdravotní péče jsou zcela spokojeni 3 respondenti (5%). Spíše spokojeno je 10 respondentů, tedy 16,67%. Spokojeno je 12 respondentů, což je 20%. Nejvíce odpovědí měla možnost spíše nespokojen/á a to od 26 respondentů, což je 43,33%. Zcela nespokojeno je 9 respondentů, tedy 15%. (viz tab.13 a obr. 13)

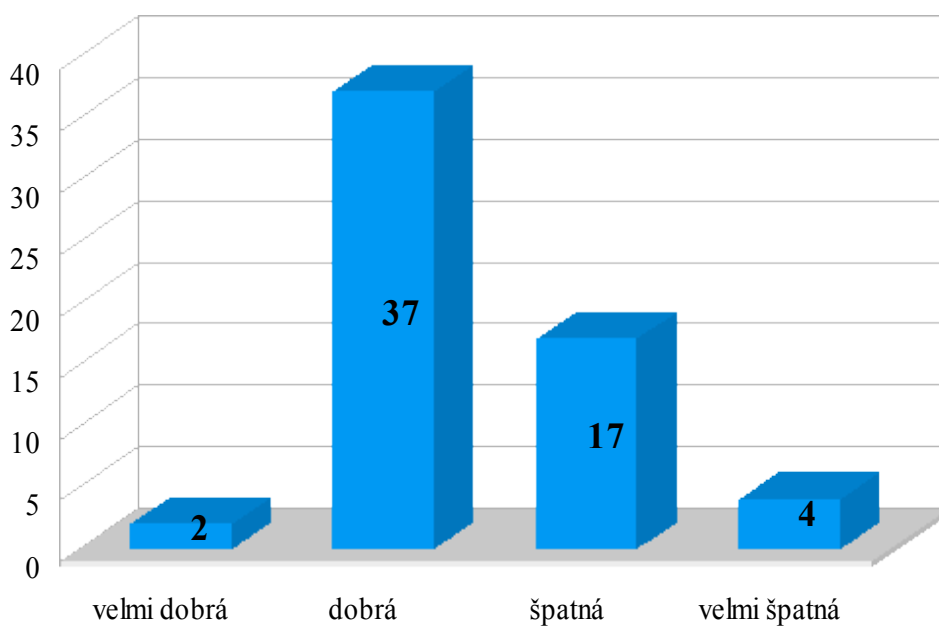
Otázka č. 14

Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života:

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) špatná
- d) velmi špatná

Tabulka č.14 – Hodnocení kvality života

odpověď'	n_i	f_i (%)
a	2	3,33%
b	37	61,67%
c	17	28,33%
d	4	6,67%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. Graf 14 – Hodnocení kvality života

V této otázce měli dotazovaní hodnotit svoji kvalitu života. Jako dobrou ji označilo 37 respondentů (61,67%), jako velmi dobrou 2 dotazovaní, tedy 3,33%. Naopak špatnou kvalitu svého života pociťuje 17 dotazovaných, což je 28,33%. Zcela nespokojeni jsou 4 respondenti, tedy 6,67%. (viz tab.14 a obr. 14)

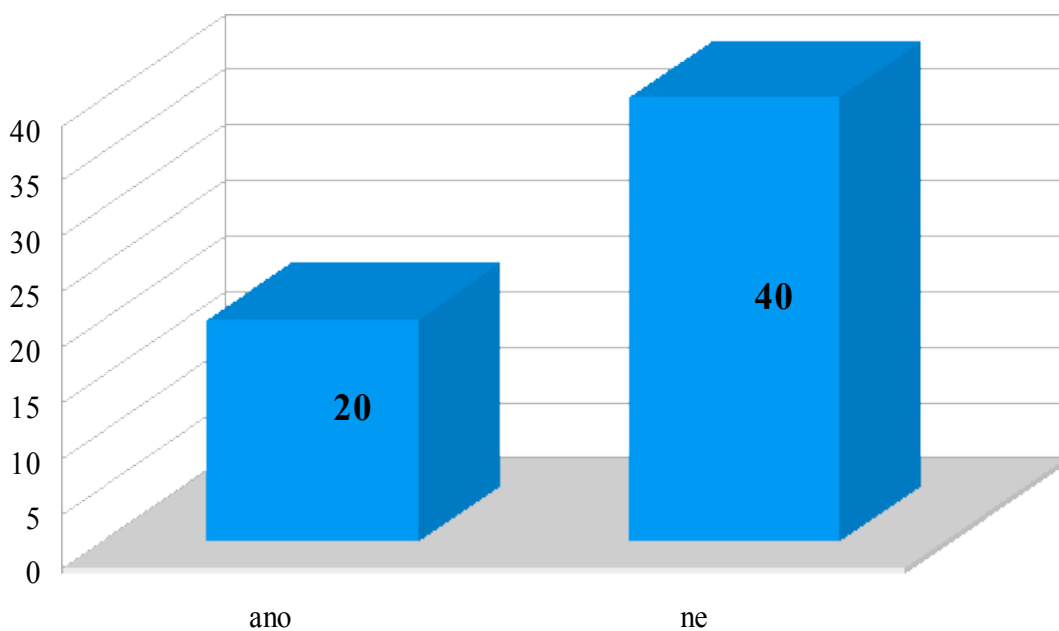
Otázka č. 15

Využíváte služeb osobního asistenta?

- a) ano – jak často a za jakým účelem
- b) ne

Tabulka č.15 –Využívání osobních asistentů respondenty

odpověď'	n_i	f_i (%)
a	20	33,33%
b	40	66,67%
Suma (Σ)	60	100,00%



Obr. Graf 15 – Využívání osobních asistentů respondenty

Z celkového počtu 60 dotazovaných osob využívá osobního asistenta 20 lidí. Ne všichni odpověděli jak často této možnosti využívají, ale nejčastěji dotazovaní uváděli denně. 40 respondentů (66,67%) služeb osobního asistenta nevyužívá vůbec. (viz tab.15 a obr. 15)

Otázka č. 16

Jak jste spokojen/a s podmínkami, možnostmi pro vozíčkáře v místě Vašeho bydliště?

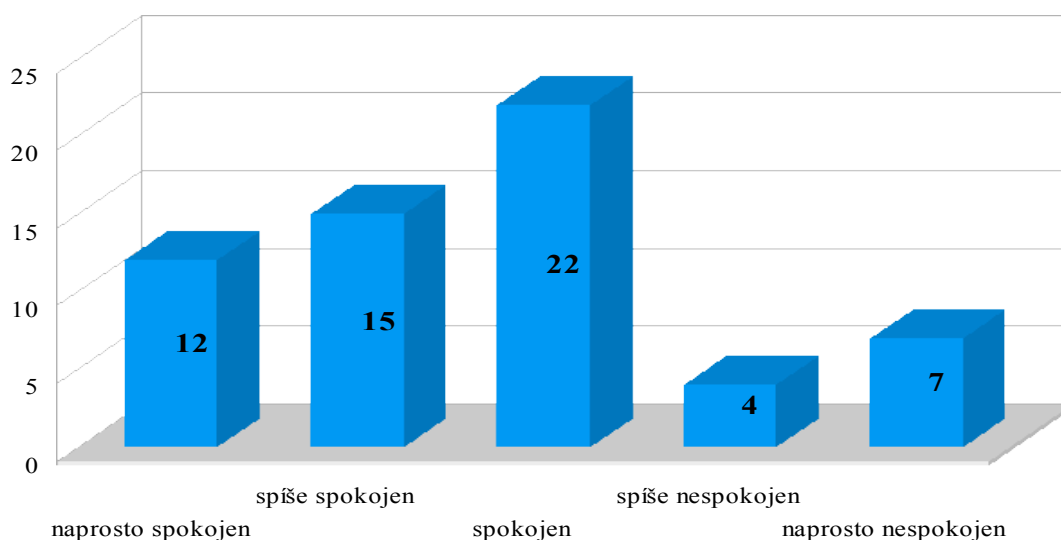
(oznámkujte jako ve škole, 1 = naprosto spokojen/a, 2 = spíše spokojen/a, 3 = spokojen/a, 4 = spíše nespokojen/a, 5 = naprosto nespokojen/a)

- Přístupnost úřadů (a)
- Přístupnost obchodů, možnost nakoupit si (b)
- Možnost parkování (c)
- Možnost dopravy (d)
- Dostupnost zdravotní péče (e)
- Kultura (f)
- Možnosti trávení volného času (g)

Otázka č.16 je souhrně zpracována do jedné tabulky. Grafické znázornění jednotlivých oblastí bude již zvlášť pro lepší a srozumitelnější přehlednost výsledků.

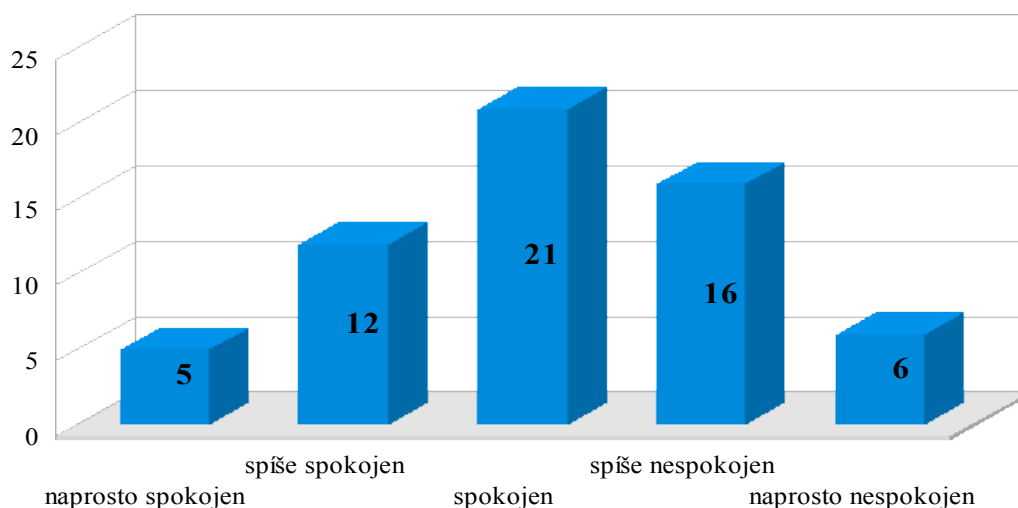
Tabulka č.16 Spokojenost respondentů v jednotlivých oblastech

	Počet	Přístupnost úřadů	Přístupnost obchodů,..	Možnost parkování	Možnost dopravy	Dostupnost zdravotní péče	Kultura	Trávení volného času
1	n_i	12	5	3	0	5	5	3
	f_i (%)	20%	8,33%	5%	0%	8,33%	8,33%	5%
2	n_i	15	12	13	13	16	12	15
	f_i (%)	25%	20%	21,67%	21,67%	26,67%	20%	25%
3	n_i	22	21	24	18	22	21	16
	f_i (%)	36,67%	35%	40%	30%	36,67%	35%	26,67%
4	n_i	4	16	12	15	14	9	18
	f_i (%)	6,67%	27%	20%	25%	23,33%	15%	30%
5	n_i	7	6	8	14	3	13	8
	f_i (%)	11,67%	10%	13,33%	23,33%	5%	21,67%	13,33%
Suma	n_i	60	60	60	60	60	60	60
	f_i (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



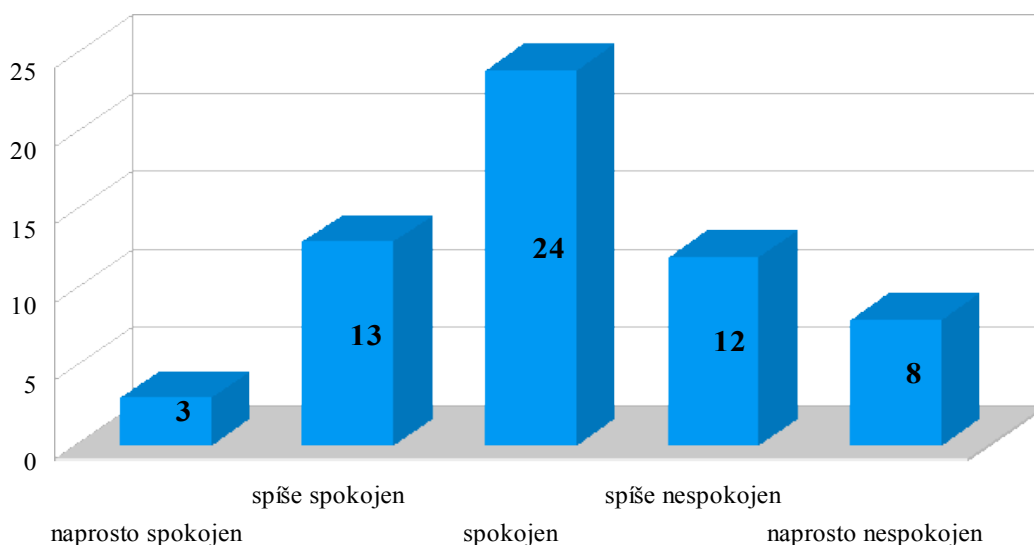
Obr. Graf 16 a – Spokojenost s přístupností úřadů

S přístupností úřadů a dalších budov je naprosto nespokojeno 7 respondentů (11,67%). Spíše nespokojeni jsou 4 respondenti, tedy 6,67%. Spokojeno je 22 respondentů, což je 36,67%. Možnost spíše spokojen/á byla označena od 15 respondentů, což je 25,00%. Naprosto spokojeno je 12 respondentů, tedy 20%. (viz tab.16 a, obr. 16 a)



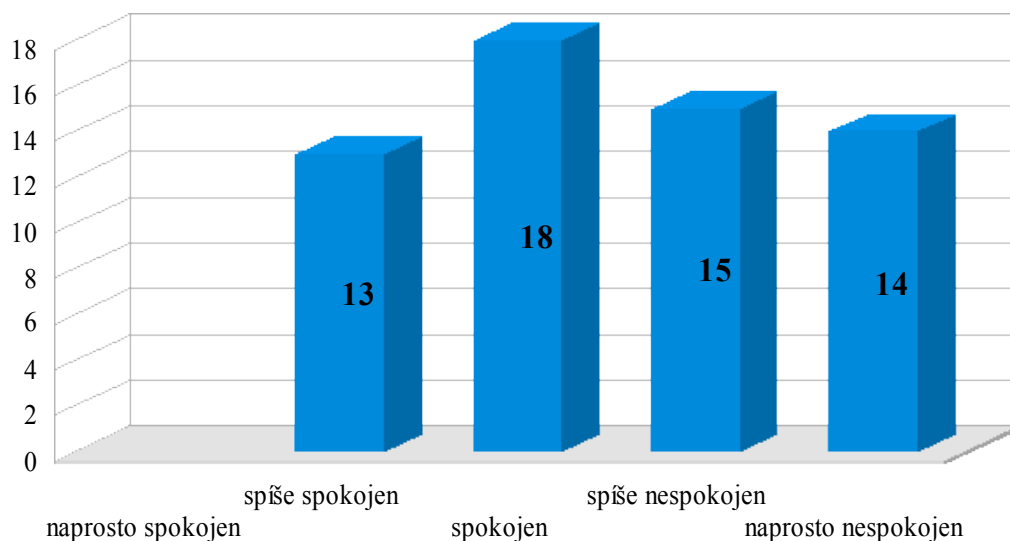
Obr. Graf 16 b – Spokojenost s přístupností obchodů, možností nakoupit si

S přístupností obchodů je naprosto nespokojeno 6 respondentů (10%). Spíše nespokojeno je 16 respondentů, tedy 26,67%. Spokojeno je 21 respondentů, což je 35%. Možnost spíše spokojen/á byla označena od 12 respondentů, což je 20,00%. Naprosto spokojeno je 5 respondentů, tedy 8,33%. (viz tab.16 b, obr. 16 b)



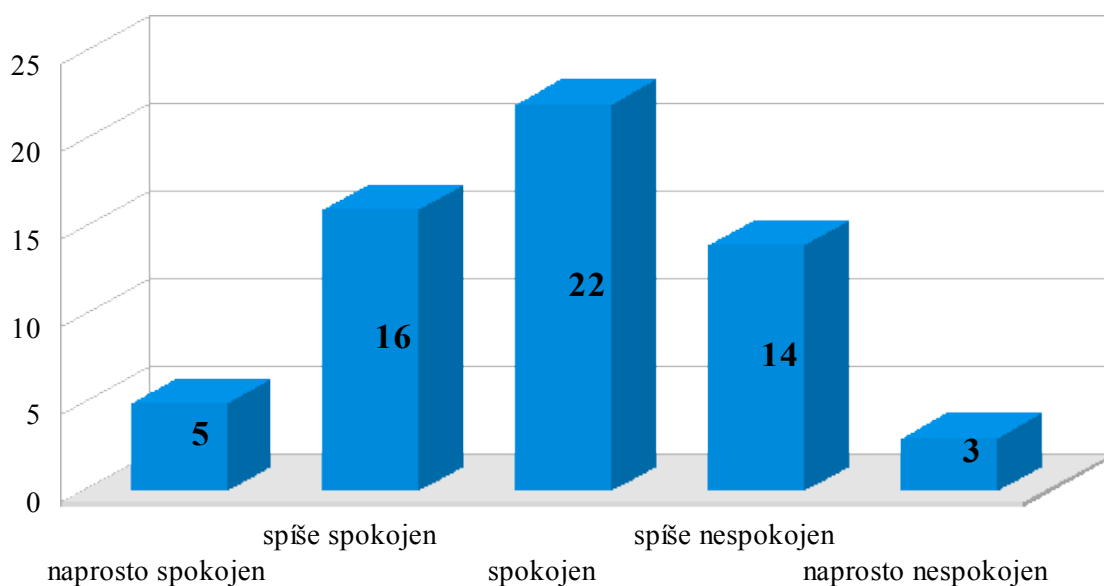
Obr. Graf 16 c – Spokojenost s možností parkování

S možností parkování je naprosto nespokojeno 8 respondentů (13,33%). Spíše nespokojeno je 12 respondentů, tedy 20%. Spokojeni jsou 24 respondenti, což je 40%. Možnost spíše spokojen/á byla označena od 13 respondentů, což je 21,67%. Zcela spokojeni jsou 3 respondenti, tedy 5%. (viz tab.16 c, obr. 16 c)



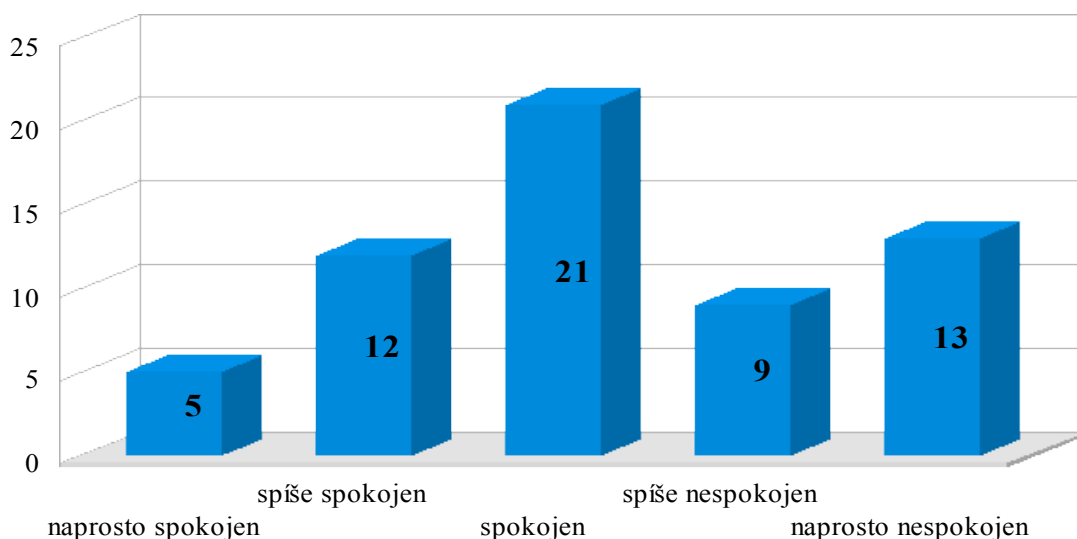
Obr. Graf 16 d – Spokojenost s možnostmi dopravy

S možností dopravy je naprosto nespokojeno 14 respondentů (23,33%). Spíše nespokojeno je 15 respondentů, tedy 25%. Spokojeno je 18 respondentů, což je 30%. Možnost spíše spokojen/á byla označena od 13 respondentů, což je 21,67%. Naprosto spokojen nebyl nikdo z respondentů, tedy 0%. (viz tab.16 d, obr. 16 d)



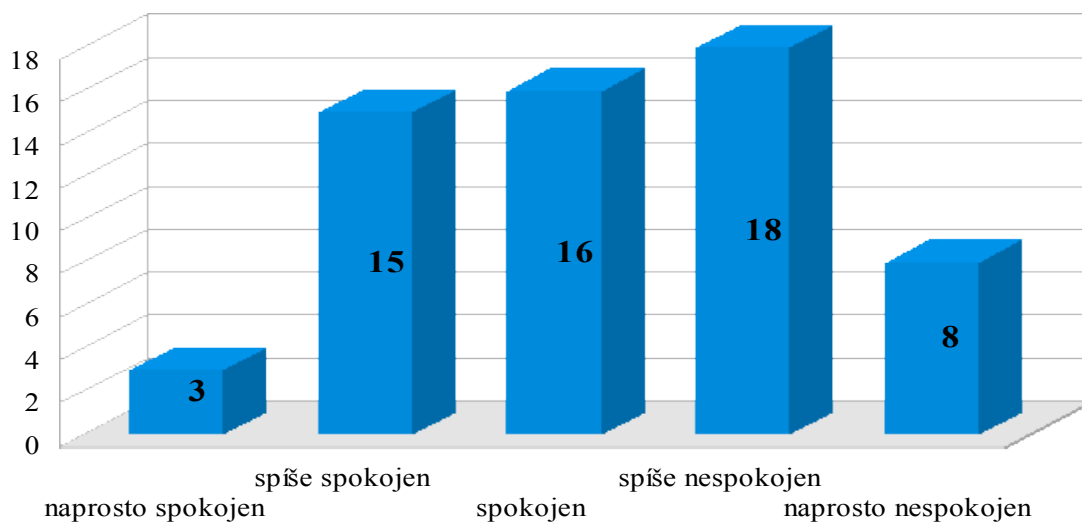
Obr. Graf 16 e – Spokojenost s dostupností zdravotní péče

S dostupností zdravotní péče je naprosto spokojeno 5 respondentů (8,33%). Spíše spokojeno je 16 respondentů, tedy 26,67%. Spokojeno je 22 respondentů, což je 36,67%. Možnost spíše nespokojen/á byla označena od 14 respondentů, což je 23,33%. Naprosto nespokojeni byli 3 respondenti, tedy 5%. (viz tab.16 e, obr. 16 e)



Obr. Graf 16 f – Spokojenost s možnostmi kultury

S možnostmi kulturního vyžití je naprosto spokojeno 5 respondentů (8,33%). Spíše spokojeno je 12 respondentů, tedy 20%. Spokojeno je 21 respondentů, což je 35%. Možnost spíše nespokojen/á byla označena od 9 respondentů, což je 15%. Naprosto nespokojeno bylo 13 respondentů, tedy 21,67%. (viz tab.16 f, obr. 16 f)



Obr. Graf 16 g – Spokojenost s možností trávení volného času

Spokojenost s možnostmi trávení volného času jsou naprosto spokojeni 3 respondenti (5%). Spíše spokojeno je 15 respondentů, tedy 25%. Spokojeno je 16 respondentů, což je 26,67%. Možnost spíše nespokojen/á byla označena od 18 respondentů, což je 30%. Naprosto nespokojeno bylo 8 respondentů, tedy 13,33%. (viz tab.16 g, obr. 16 g)

9 Diskuse

V této části práce shrnuji odpovědi na předem stanovené výzkumné záměry.

A) Lidé s tělesným postižením budou mít častěji postižení získané než vrozené, přičemž oba typy postižení budou mít vliv na získání zaměstnání.

Tento výzkumný záměr byl hodnocen na základě otázek 9 a 10. V otázce číslo 10 bylo hodnoceno, kolik respondentů žije s postižením od narození a kolik jich má postižení získané. V otázce číslo 9 respondenti hodnotili, zda má jejich postižení vliv na volbu zaměstnání.

Ukázalo se, že vrozené postižení má 17 respondentů, z nichž 10 se cítí být omezeno při výběru povolání. Zbylých 7 respondentů s vrozeným postižením neuvedlo omezení při výběru povolání. Ze skupiny získaných postižení (43 respondenti) uvedlo omezení při výběru povolání 33 respondentů. Zbylých 10 respondentů nepocítuje nějaké omezení.

Z těchto údajů vyplývá, že ve zkoumané skupině lidí bylo více vozíčkářů se získaným postižením než s vrozeným. Vliv postižení při volbě povolání byl zaznamenán u vrozených (58,8%) i získaných postižení (76,7%).

Tento výzkumný záměr byl potvrzen.

Myslím si, že lidé s postižením jsou často při získávání zaměstnání znevýhodněni jak svým handicapem, tak i postojem okolí. Stále přetrvávají obavy, odstup společnosti od lidí s handicapem. Na vině může být neinformovanost společnosti, předsudky jejích členů, nebo jen nedostatečný kontakt s lidmi s handicapem.

Předpokládám, že na vyšší počet lidí se získaným postižením má vliv i medicína, která dokáže v dnešní době zachránit člověka s poraněním, kterým by dříve podlehl. Také různá onemocnění dokáže medicína léčit, nebo aspoň prodloužit délku života. Svůj vliv má určitě i vyspělost prenatální péče.

B) Vozíčkáři s vyšším vzděláním budou častěji využívat kurzy, rekvalifikace, poradenské služby pro získání zaměstnání, než vozíčkáři s nižším vzděláním.

Tento výzkumný záměr byl hodnocen na základě otázky 5, 6, 7, 8. V těchto otázkách bylo zjišťováno, jakého vzdělání dotazovaný dosáhl a zda využívá pro získání zaměstnání nějaké z nabízených možností.

Předpokládala jsem, že vozíčkáři se vzděláním vyšším (tedy střední škola, vyšší odborná škola nebo vysoká škola), budou využívat častěji poradenských služeb, seminářů, dalších kurzů pro získání zaměstnání. Analýzou těchto otázek jsem zjistila, že kurzy a semináře využilo 14 dotazovaných a poradenských služeb 9 dotazovaných. Z těchto dotazovaných, jenž nabízené možnosti využili byli 3 dotazovaní se základním vzděláním, 16 dotazovaných se střední odbornou školou a 2 dotazovaní se střední školou. Jeden absolvent střední školy využil všech nabízených možností uvedených v otázkách.

Výzkumný záměr nebyl potvrzen.

Jedním z možných důvodů by mohla být nižší nabídka těchto kurzů a informovanost o nich. Dotazník vyplnili dva vysokoškolsky vzdělaní respondenti a jeden respondent s vyšší odbornou školou. Všichni tři pracují v oblasti informačních technologií a ani jeden z nich nevyužil poradenských služeb, rekvalifikací, seminářů, kurzů. Vysvětlením by mohla být i možnost, že díky svému vzdělání našli práci jednodušší a tudíž další semináře, rekvalifikace nepotřebovali.

C) Lidé upoutáni na vozík budou nejčastěji spíše nespokojeni a spokojeni s podmínkami a možnostmi pro vozíčkáře v místě bydliště, než naprosto či spíše spokojeni v těchto oblastech.

Tento výzkumný záměr byl hodnocen na základě otázek 11, 12, 13, 16. V otázce č.11 bylo zjišťováno, jak respondenti hodnotí své hmotné zabezpečení. V otázce č.12 hodnotili, zda odpovídá kvalita jejich bydlení jejich potřebám a v otázce č.13 spokojenost s dostupností zdravotní péče. V otázce č.16 souhrnně hodnotili, jak jsou spokojeni či nespokojeni s možnostmi pro vozíčkáře v místě svého bydliště.

Analýzou jednotlivých otázek se ukázalo, že lidé na vozíku jsou v jednotlivých oblastech spokojeni, spíše nespokojeni až zcela nespokojeni, některé oblasti hodnotí nejčastěji jako spíše neodpovídající.

Výzkumný záměr se tedy potvrdil.

Myslím si, že lidé s handicapem jsou právem nespokojeni. Stále nám totiž na většině místech chybí bezbariérový přístup. Obchody, úřady, ordinace lékařů, banky, kina a další budovy a místa se tak stávají pro vozíčkáře nedostupná nebo těžko dostupná. Existuje sice několik bezbariérových přístupů, výtahů v budovách, ale to stále ke spokojenosti nestačí. Je jen na nás, jak se s touto situací vyrovnáme a co uděláme pro její zlepšení.

10 Závěr

Už od samého počátku lidské společnosti byli mezi členy dané společnosti jedinci, kteří se od ostatních jedinců odlišovali smyslovými a tělesnými vadami, lišili se vzhledově, duševním stavem. Společnost i postižení jedinci se s touto situací museli pokaždé nějakým způsobem vyrovnat. Tento vztah se ale v průběhu historie měnil dle vývoje společnosti.

Společenský tlak na konformitu (přizpůsobení se tomu, co je v té dané společnosti běžné) se vztahuje i na vnímání a přijímání, odmítání jednotlivých členů společnosti. Ti, kteří se odlišují, nejsou jako ostatní, jsou vnímáni jako cizí, ohrožující či nebezpeční. Vnímání určitého stavu, jako známého a svého, nebo naopak odlišného a cizího, závisí na tom, co je v dané společnosti obvyklé, co je časté.

V průběhu několika posledních let nastaly významné změny v celé české společnosti. Tyto změny se samozřejmě projevily v životě osob s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním postižením. Naše společnost se o své spoluobčany a jejich život, zajímá více než dříve. Informace se jim dostávají z televize, novin, internetu a dalších sdělovacích prostředků. Někteří postižení se stávají sportovci, umělci, politici, moderátoři různých akcí mnohem častěji. Velmi podstatné je hlavně to, že se změnil život i kvalita života většiny postižených osob – bez ohledu na věk, typ postižení, vzdělání.

Lze říci, ovšem velmi obecně, že se podmínky pro kvalitní život vozíčkářů zlepšily. Ve skutečnosti by ale mohly některé okolnosti, jako například zrušení některých speciálních služeb, nezaměstnanost, omezení v integrované dopravě situaci v některých ohledech i zhoršit.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života vozíčkářů, získat jejich subjektivní hodnocení života a možností ve vybraných oblastech běžných denních aktivit.

Zkoumaná byla skupina žen a mužů upoutaných na vozík ať už od narození, nebo během života. Věková hranice nebyla dána, pohybovala se od dětství až po věkovou hranici nad 60 let. Rodinný stav také nebyl kritériem. Respondenti byli nejčastěji svobodní a žili ve společné domácnosti s blízkou osobou.

Na subjektivní zhodnocení kvality života byla zaměřena otázka číslo 17, kde měli respondenti svými slovy napsat, co si pod tímto pojmem představí. Ne všichni dotazovaní odpověděli. Z nejčastějších odpovědí vyplývá, že pro vozíčkáře je nedůležitější zdraví. To bylo nejčastěji uváděno. Dále pak aby mohli co nejsolidněji žít s handicapem, aby se mohli dostat ven do přírody, mezi lidi a mít dobré a kvalitní podmínky pro život. Podstatné

pro ně je i rodinné zázemí, kulturní vyžití, dostatek financí, dobré zaměstnání a osobní spokojenost.

V pozadí nestojí ani víra, vzdělání, svoboda, láska, naplnění snů a potřeb, osobní a profesionální spokojenost, být potřebný své rodině a okolí, nebýt na obtíž. Několikrát se objevila i myšlenka smysluplného života, naplnění dní dle vlastních představ, plnohodnotný život bez zbytečných překážek.

Nejvýstižnější mi přišla odpověď jednoho z respondentů se získaným postižením:

„V mém případě kvalitou života rozumím dostupnost všech potřeb, které mi umožňují lepší způsob života, možnosti, uspokojení, naplnění, seberealizace, práce, možnost rozhodovat o svých záměrech, ale i zdravotní péči, rehabilitaci apod. Důležitou součástí je zdravotní stav, který dokáže kvalitu velice snížit, ale také povznést.“

11 Soupis bibliografických citací

1. AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0894-4.
2. GILBERTOVÁ, S.; MATOUŠEK, T. *Ergonomie-optimalizace lidské činnosti*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0226-6.
3. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
4. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3.
5. LENSKÝ, P. *Roztroušená skleróza mozkomíšni – nemoc, nemocný a jeho problém*. Praha : Edice Roska, 1996.
6. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
7. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vydání. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.
8. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-466-5.
9. SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.
10. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
11. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.
12. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené vydání. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
13. VÁGNEROVÁ, Z. a kol. *Psychologie handicapu*. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.

14. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G.. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
15. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené vydání. Brno : Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
16. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
17. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0467-1.
18. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktualizované vydání. Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0253-3.
19. <http://www.mpsv.cz> : *sociální služby* [online]. 2005 , 2008 [cit. 2008-10-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.

6. Pracujete v oblasti (pracovní pozice)?
- a) Administrativa – pozice
 - b) Práce doma
 - c) Služby (stravovací provoz, zdravotnictví,)
 - d) Informační technologie
 - e) Chráněné pracovní dílny
 - f) Stále studuji
 - g) nepracuji, nemohu pracovat
 - h) Jiné, uveďte jaké
7. Absolvoval/a jste nějaké kurzy, rekvalifikace, výcviky, semináře pro získání zaměstnání jako člověk s handicapem?
- c) Ano, uveďte jaké
 - b) ne
8. Využil/a jste někdy poradenských služeb pro volbu povolání?
- c) ano, jakých
 - b) ne
9. Omezuje či omezoval Vás Váš zdravotní stav při výběru povolání?
- c) ano
 - b) ne
10. Vaše tělesné postižení je
- a) vrozené
 - b) získané
11. Vaše hmotné zabezpečení je
- d) podprůměrné
 - b) průměrné
 - c) nadprůměrné
12. Nakolik odpovídá kvalita Vašeho bydlení Vaším potřebám?
- a) vůbec neodpovídá
 - b) spíše neodpovídá
 - c) odpovídá
 - d) spíše odpovídá
13. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?
- f) zcela spokojena
 - b) spíše spokojena
 - c) spokojena
 - d) spíše nespokojena
 - e) zcela nespokojena

14. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

- a) velmi dobrá b) dobrá c) špatná
d) velmi špatná

15. Využíváte služeb osobního asistenta?

- a) Ano – jak často a za jakým účelem
b) Ne – proč

16. Jak jste spokojen/a s podmínkami, možnostmi pro vozíčkáře v místě Vašeho bydliště?

(označujte jako ve škole, 1 = naprosto spokojen/a, 2 = spíše spokojen/a, 3 = spokojen/a, 4 = spíše nespokojen/a, 5 = naprosto nespokojen/a)

- Přístupnost úřadů
- Přístupnost obchodů, možnost nakoupit si
- Možnost parkování
- Možnost dopravy
- Dostupnost zdravotní péče
- Kultura
- Možnosti trávení volného času

17. Co si představíte pod pojmem "Kvalita života"??