

***UNIVERZITA PARDUBICE***  
***FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ***

***PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA ŽIVOTA Z POHLEDU***  
***PARAPLEGIKA***

***RENATA PEŠAVOVÁ***

***Bakalářská práce***

***2008***

**UNIVERSITY PARDUBICE**  
**FACULTY OF MEDICAL STUDIES**

***PSYCHOSOCIAL WAY OF LIFE FROM PARAPLEGIC'S POINT  
OF VIEW***

***Bachelor work***  
***2008***

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Katedra ošetrovatelství  
Akademický rok: 2007/2008

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renáta PEŠAVOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA ŽIVOTA  
Z POHLEDU PARAPLEGIKA**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky paraplegika v životě, psychologický pohled na tuto problematiku
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 respondentů a rozdání dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy: **30 stran**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**


Seznam odborné literatury:

1. VÁGNEROVÁ, M.; HADJ – MOUSSOVÁ, Z.; ŠTECH, S. Psychologie handicapu. UK Praha. Karolinum 2001. ISBN 80-7184-929-4
2. JESENSKÝ, J. Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. Karolinum, Praha 1995. ISBN 80-7184-030-0.
3. PFEIFFER, J. Ergoterapie 2. Avicenum, Praha 1990. ISBN 80-7013-020-2.
4. JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, 2. vydání, Triton, Praha 2006. ISBN 80-7254-192-7.
5. časopis Vozíčkář
6. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologická rehabilitace zdravotně postižených, Praha 1985
7. TROJAN, S.; DRUGA, R.; PFEIFFER, J.; VOTAVA, J. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Grada publishing – Avicenum 1996. ISBN 80-7169-257-3.
8. Svaz paraplegiků – centrum Paraple s podporou MZ ČR. Cesta k nezávislosti po poškození míchy
9. FILIPIOVÁ, D. Život bez bariér. Grada publishing, Praha 1998. ISBN 80-7169-233-6.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. Vážně nemocný mezi námi. Avicenum, Praha 1989. ISBN 08-065-89.
11. VOTAVA, J. a kol. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Karolinum, UK Praha 2003. ISBN 80-7254-192-7.


Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Ivo Beran**

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce: **25. dubna 2008**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. ledna 2008

Děkuji svému vedoucímu práce MUDr. Ivu Beranovi za trpělivé a ochotné vedení bakalářské práce.

Ráda bych poděkovala i paní Mgr. Marii Noskové z rehabilitační spinální jednotky G Košumberk, která mi pomohla porozumět této problematice z pohledu zdravotně postižených.

Dále bych chtěla poděkovat i zdravotně postiženým spoluobčanům za zájem a ochotu.

A v neposlední řadě mé poděkování patří i rodině, přátelům a blízkým za pochopení, trpělivost, zájem, pomoc a podíl na mé práci.

.....

Tato bakalářská práce zkoumá životy lidí s paraplegií. Základním zdrojem této práce je speciálně navržený dotazník, dále jsou to informace z odborné a dostupné literatury, videokazety ze světové a české abilympiády, zkušenosti ze sanatorií a v neposlední řadě rozhovory s lidmi na invalidním vozíku.

Cílem této práce je syntéza a analýza různých údajů ze života paraplegiků. Jde zejména o hodnocení změněné životní situace tělesně postiženými a jejich stupeň vyrovnání se s ní. Prostor je tu věnován nejčastějším příčinám upoutání lidí na invalidní vozík, míře informovanosti tělesně postižených, jejich žebříčku hodnot a vlivu sociálního zázemí (rodina, děti, partner). V neposlední řadě je výzkum zaměřen na časový zlom přijetí tělesného postižení, na tři nejčastější bariéry v životě paraplegiků a na jejich názory na finanční podporu od státu.

Práce obsahuje teoretickou a praktickou část a je rozdělena do tří sekcí. První teoretická část je zaměřena na úvod do této problematiky, na vysvětlení základních pojmů a na psychosociální skutečnosti zdravotně postižených.

Druhá část je praktická a zabývá se prací s dotazníky a analýzou získaných dat, které jsou slovně, graficky, tabulkově a procentuálně zpracovány.

Informace týkající se pravidel komunikace se zdravotně postiženými, práv zdravotně postižených, fází vyrovnání se s danou životní situací, možností užití dopravních prostředků zdravotně postiženými a popisu invalidního vozíku včetně manipulace s ním jsou zahrnuty v přílohách.

Poslední část uzavírá tuto práci celkovým zhodnocením práce.

## Abstract

This bachelor work deals with a life of people with paraplegia. Basic sources of the work are data from a specially elaborated questionnaire, further, information from professional and available literature, video cassettes from the World and Czech Abilympic Games, experience from sanatoriums and last but not least discussions with wheelchair invalids.

The aim of the work is a synthesis and analysis of various information from a life of paraplegics. This mainly includes an appraisal of altered situation in life and acceptance level with it. Place finds here the most common causes why people are confined to a wheelchair, knowledgeable level of physically handicappeds, their valuation list and influence of social background (family, children, partner). Furthermore, the research brings information about the time turning point when paraplegics have accepted their physical handicap, as well as the most common obstacles in their life and their opinion about financial assistance from the state.

The work has theoretic and research side. It is divided into three parts. The first part deals with an introduction of the topic, an explanation of several terms and psychosocial issue of the healthy handicappeds.

The second part is a practical part and covers work with questionnaires and analysis of obtained data. The data are processed using comments, graphs, tables and percentages.

The supplements of the work include information about rules of communication with the healthy handicappeds, healthy handicapped citizens rights, stages of acceptance with the situation in life, range of possibilities how the healthy handicappeds can use transport vehicles and description of a wheelchair and manipulation with it.

The last part closes the work by assessment of the topic.

## **Klíčová slova**

mobilita

kompensační pomůcky

bezbariérovost

invalidní vozík

tělesně postižení

sociální integrace

rehabilitace

partnerství a sexualita

psychoterapie

žebříček hodnot

## **Key words**

mobility

compensatory aids

not barriers

wheelchair

handicap

social integration

physiotherapy

partnership and sexuality

psychotherapy

valuation list



## Obsah

1	Úvod.....	12
2	Zdravotně postižený člověk a jeho život .....	13
2.1	Osoba se zdravotním postižením a některé pojmy .....	13
3	Společnost a postižení.....	15
3.1	Historická podmíněnost přístupu společnosti k různým postižením a jejich příčinám .	15
3.2	Handicapovaní a partnerství .....	16
3.3	Izolace handicapovaných.....	17
3.4	Víra a handicap .....	17
4	Rehabilitace .....	17
4.1	Sociální rehabilitace.....	18
4.2	Pracovní rehabilitace.....	18
5	Potřeby zdravotně postižených .....	18
5.1	Potřeby podle Maslowa .....	18
6	Ošetrovatelská péče a rodina .....	19
6.1	Rehabilitační ošetřování pacientů s míšní lézí.....	19
6.2	Některé chyby zdravotníků.....	20
7	Psychologický pohled na handicap.....	21
7.1	Psychologická hlediska zdravotního postižení .....	21
7.2	Důsledky zdravotního postižení, vzniklého v dospělosti a reakce na ně.....	21
7.2.1	Fáze reakce podrobněji .....	22
7.3	Psychoterapie .....	23
8	Otázky po smyslu dalšího života těžce nemocných pacientů.....	24
8.1	Pojetí smysluplnosti života .....	24
8.2	Hierarchie hodnot pacienta .....	25

8.3	Stojí za to žít, když je člověk v těžké životní situaci? .....	25
8.4	Má cenu bojovat? .....	25
8.5	Přítomnost .....	25
9	Pomůcky pro zdravotně postižené .....	26
9.1	Kompenzační pomůcky .....	26
9.2	Pravidla získávání (předepisování) pomůcek .....	26
10	Bariery a zdravotně postižení .....	27
10.1	Druhy bariér v životě zdravotně postižených .....	27
10.2	Bezbariérové prostředí pro zdravotně postižené .....	27
11	Partnerské vztahy a sexualita .....	29
11.1	Výběr partnera a sexuální život .....	29
12	Zvláštnosti zdravotního postižení .....	29
12.1	Alkohol a poškození míchy = nebezpečné spojení .....	29
13	Výzkumná část .....	31
13.1	Porovnání údajů od všech respondentů .....	32
13.1.1	Příčina upoutání na invalidní vozík .....	32
13.2	Informovanost zdravotně postižených .....	33
13.2.1	Zdroj informací .....	34
13.2.2	Sexuální život .....	35
13.3	Komunikace se zdravotně postiženými .....	36
13.4	Porovnání respondentů dle jednotlivých skupin A, B, C .....	37
13.4.1	Zaměstnanost .....	37
13.4.2	Změněná životní situace .....	38
13.4.3	Rodinné zázemí .....	39
13.4.4	Partnerství .....	40

13.4.5	Rodičovství .....	41
13.4.6	Žebříček hodnot .....	42
14	Diskuse.....	44
15	Závěr .....	46
16	Soupis bibliografických citací .....	47
17	Seznam příloh .....	48

# 1 Úvod

*Allison Laper se narodila s vrozenými vadami – bez rukou, s krátkýma nohama. Stála Quinnovi modelem nahá, v osmém měsíci těhotenství. U příležitosti odhalení sochy prohlásila : „Je to velký den nejen pro mě, ale pro všechny lidi s postižením na celém světě. Je to socha s pozitivním nábojem a znamená důležitý krok vpřed. Byli jsme drženi v ústraní až příliš dlouho. Je na čase, aby se lidé začali konfrontovat se svými předsudky.“*

Poškození míchy s následným ochrnutím svými důsledky nepříznivě ovlivní prakticky všechny oblasti života člověka.

Tělesné postižení vede k omezení pohybové aktivity a taková osoba se stává ve zvýšené míře závislou na okolním prostředí, na svých blízkých i na celé společnosti. Je proto povinností společnosti napomáhat při integraci těchto spoluobčanů do normálního života. Postižení mají plné právo na samostatný a nezávislý způsob života, jaký si sami zvolí. Mají právo začlenit se do společenského života a mají právo na splnění všech svých přání a tužeb.

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

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

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

Tělesně postižené osoby, asociace, sdružení a svazy by měly sjednotit své úsilí pro zlepšení vzájemného poznávání a pro to, aby se lépe domohly zajištění svých základních lidských práv, jimiž jsou :

- o Právo na to, být odlišný
- o Právo na důstojný a odpovídající způsob života
- o Právo na integraci do společnosti
- o Právo na svůj názor a na jeho splnění
- o Právo na rovnoprávné občanství a na nezávislý výběr způsobu života i místa, kde chce žít

Cílem mé bakalářské práce je celkové zhodnocení života z pohledu paraplegika, zda se dokáže vrátit do běžného života i s takto změněnou a náročnou životní situací.

Svým výzkumem bych chtěla vyhodnotit vyplněné dotazníky a poukázat na nedostatky pro praxi.

Ke splnění cíle bakalářské práce jsem si stanovila několik dílčích cílů:

Zjistit nejčastější příčinu upoutání na invalidní vozík v populaci.

Zjistit, jak jsou zdravotně postižení spokojeni s informovaností, od koho byla nejčastější a zda je někdo seznámil blíže se sexuálním životem na vozíku.

Zjistit, jak zdravotně postižení vnímají komunikaci laických občanů s nimi.

Zjistit, jak je to se zaměstnaností v jednotlivých skupinách a nejčastější druh práce.

Zjistit časový zlom vyrovnání se ze změněnou životní situací, pokud se vyrovnali, v jednotlivých skupinách

Zjistit, zda zdravotně postižení mají podporu v rodině, zda mají partnera a děti v porovnání s jednotlivými skupinami.

Zjistit, jak se mění zdravotně postiženým žebříček hodnot v jednotlivých skupinách.

## **2 Zdravotně postižený člověk a jeho život**

Paraplegie nepředstavuje pouze fyzický handicap, ale současně významné psychické trauma. Pacient je konfrontován s realitou, na níž není a ani nemůže být připraven. Náhle vzniklé ochrnutí vyvolává mnoho otázek, způsobuje řadu problémů, budí úzkost i strach z toho, jak bude vypadat návrat do každodenního života.

Hranice mezi člověkem postiženým a nepostiženým je neostrá. Zdravotně postižený má taková funkční omezení, že to vytváří mimořádné požadavky na její životní, případně pracovní podmínky. Péče, kterou zdravotně postižený následkem postižení potřebuje, není jenom zdravotní, ale zasahuje i do oblasti sociální, případně pracovní či pedagogické.

### **2.1 Osoba se zdravotním postižením a některé pojmy**

Trvalé (nezvratné) zdravotní postižení má podobu defektů organismu nebo poruch jeho funkcí. To se projevuje jako neschopnost (disaptibilita) postiženého člověka zvládat nejrůznější

životní úkoly. Projevuje se také jako stav znevýhodnění (handicap) a poškození člověka v jeho postavení ve společnosti.

Handicap je slovo, které se objevuje v Anglii kolem r. 1827 (z ang. „hand in cap“ – ruka v klobouku). Mnohem později tento termín u lidí přeneseně označoval „zátěž“ nějakého onemocnění, tělesné vady, postižení. Jde tedy spíše o znevýhodnění určitých osob oproti jiným osobám.

Efektivita je druhotný následek defektu. Představuje odchylky v průběhu psychických procesů, odchylky ve vývoji schopností, odchylky ve vztahu k sobě a k prostředí, změny ve vývoji osobnosti. Rozhodující je přitom tzv. sociální rozměr tj. vymezení, jak tyto odchylky přijímá či nepřijímá zdravá veřejnost, jak postižený prožívá své znevýhodnění (handicap). Navenek se efektivita projevuje :

- změnami v organizaci života (větší časové nároky na výkonnost, změny režimu dne, v závislosti na pomoci ze strany jiných osob, atd.);
- změnami v učení a chování (nutnost kompenzace, reedukace, citové strádání, nedostatek vůle, efektivita);
- změnami v zaměření osobnosti, v potřebách a hodnotovém systému (soustředění na osobní problémy – egocentrismus, nedostatek smyslu existence, přehnané cíle aj.);
- změnami v možnostech a potřebách v oblasti kultury a trávení volného času;
- změnami v pracovních činnostech (jiné možnosti a přístup, upravené nástroje atp.)

K prostředkům překonávání defektivy patří kompenzace, reedukace a postupy směřující k integraci. Reedukace (re = znovu, edukace = výchova) je úsilí o obnovení porušených funkcí. Zahrnuje rehabilitační postupy, které vycházejí z možností používat poškozený orgán. Má za úkol odstranit, upravit, zastavit anebo alespoň zpomalit progresivitu defektu a zabezpečit tak prevenci defektivy. Kompenzace je úsilí o nahrazení porušené funkce jinou funkcí. Ta má za úkol odstranit, upravit, zastavit nebo zpomalit nástup defektivy. Integrace postižených je soužití postižených a intaktních, je to stav, kdy se samotný postižený nepovažuje za zvláštní součást společnosti a kdy ani intaktní společnost nebere postiženého jako zvláštní součást. Stavů integrace docílíme rozvojem osobnosti, socializací (resocializací) a enkulturací postiženého. Z hlediska rehabilitace je integrace jedním z jejích cílů.

### 3 Společnost a postižení

#### 3.1 *Historická podmíněnost přístupu společnosti k různým postižením a jejich příčinám*

Od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy nějakým způsobem musela vyrovnávat se svými takto odlišnými členy, tento vztah se však v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti.

Hodnoty a normy dané společnosti vznikají v rámci určité kultury a jsou podmíněny historicky, tj. úrovní vývoje celé lidské společnosti.

Každá společnost ve své kultuře stanovuje určitý ideál, který odpovídá jejím potřebám, náboženským a ideovým, případně filosofickým základům dané kultury – z toho pak vyplývají i základní normy toho, co je dobré, co nikoliv, co je přijatelné, žádoucí, normální.

Společenský tlak na přizpůsobení se tomu, co je v dané společnosti běžné, se vztahuje i na vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti. Ti, kteří nejsou jako všichni ostatní, kteří se odlišují a to nejenom v chování, ale i svým fyzickým vzhledem či jinými charakteristikami, jsou zpravidla vnímáni jako cizí, ohrožující nebo nebezpeční.

Vztah k lidem, kteří se odlišují od ostatních, je v určitém smyslu založen už ve způsobu vývoje osobnosti člověka – především v sociální podmíněnosti osobnosti.

Vztah k postiženým je spíše výrazem tolerance k odlišnosti, respektování individuality, je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Pouze bude-li společnost, včetně jejích jednotlivých členů schopna překročit staré názory a stereotypy, nebude postižený vnímán pouze pod zorným úhlem postižení, ať už s odmítáním nebo se soucitem.

Každý člověk, bez ohledu na svoji odlišnost od ostatních, musí být chápán jako člověk se svými specifickými kvalitami. Předsudky a stereotypní vnímání druhého je možné překonat působením na společnost a její členy a to především rozbitím bariér, které dělí postižené od ostatní společnosti a umožněním kontaktů a vzájemného poznání.

Emocionální složka postoje k postiženým má často ambivalentní charakter, obsahuje jak pozitivní, tak negativní citové prožitky. Příčinou je názor, že defekt je hodnocen spíše jako něco nežádoucího. Postižení jedinci jsou předmětem soucitu, protože jsou to lidé, kteří měli smůlu, potkalo je neštěstí, vesměs zcela bez vlastního zavinění. Avšak tito lidé vzbuzují i hrůzu a odpor,

protože symbolizují něco negativního, čemu je lépe se vyhnout. Do značné míry zde hraje roli právě neinformovanost, protože neznámé nemoci a defekty vzbuzují více strachu než běžná onemocnění.

Jedinci odlišujícími se nějakým způsobem od většiny vytvářejí ve vztahu k většinové populaci minoritu, která je však přirozenou součástí naší společnosti, proto bychom zdravotně postižené měli vnímat především jako lidské bytosti a postižení bychom tedy měli vnímat spíše jako dimenzi, jež dává lidskému životu určitý rozměr (kvalitu).

Se změnou postavení lidí se zdravotním postižením ve společnosti často souvisí vytváření zařízení a služeb, které jsou schopné odpovídajícím způsobem uspokojovat jejich speciální potřeby. V souvislosti s úsilím o budování občanské společnosti dochází k dynamickému rozvoji nestátních neziskových organizací vznikajících často z podnětu lidí s postižením, popřípadě rodičů dětí s postižením. Tato zařízení – pracující zpravidla na bázi občanských sdružení a obecně prospěšných společností – většinou nejen vhodně doplňují systém služeb poskytovaných státem, ale postupně přebírají iniciativu také v oblastech, které byly donedávna doménou státu.. Jako příklad nestátní neziskové organizace je Dětské centrum ARPIDA.

Významnou úlohu hraje i subjektivní hodnocení nemoci či defektu, za jak závažný jej považuje a jak jej hodnotí sám pacient. Osobnost postiženého člověka, který má nejen biologické, ale i psychické vlastnosti předurčuje reakce na různé zátěže. Avšak i nemocný je ovlivňován společností, ve které žije a tedy i jejími obecnými postoji. Ty se budou podílet na určování toho, za jak závažné bude člověk svoje postižení či nemoc považovat. Nebo i to, zda pro něj subjektivně bude vůbec znamenat odchylku.

Významné je, do jaké míry se handicap odrazí v jeho vlastní identitě, zda se za postiženého považuje, zda přijímá nebo nepřijímá tuto roli a jak se ve vztahu k sebehodnocení chová.

### **3.2 *Handicapovaní a partnerství***

Ve vztazích k nejbližším lidem se často stává postižení zatěžujícím faktorem (často spíše jeho sekundární následky). Takový člověk bývá hůře přijímán zdravými partnery, eventuálně je přijímán pozitivně, ale jako odlišná bytost. V takovém vztahu může převažovat soucit, pocity viny a mnohé další emoce, které činí takový vztah snadno zranitelným. Navíc ani chování handicapovaného, vycházející z odlišného sebehodnocení, nemusí být zcela adekvátní.



Závažnějším způsobem postižený jedinec hůře uspokojuje svou potřebu citové jistoty a bezpečí. Nejvýrazněji je to zřejmé v omezení výběru partnera, který by byl přijatelný (obyčejně také nějak postiženého). Získat zdravého partnera se stává ideálem a potvrzením vlastní hodnoty, tj. snížením subjektivní míry handicapu. Často je tomu tak bez ohledu na další osobní kvality člověka.

Problém není v primárním omezení, které handicap přináší, ale v jeho sociálním významu. Sociální status postiženého je nízký a navázání kontaktu obtížnější, protože očekávání společnosti bývá spíše nepříznivé.

### **3.3 *Izolace handicapovaných***

Problém handicapovaných a nemocných nebývá jen oblast intimních vztahů, ale i sociální adaptace postiženého ve společnosti, tj. jeho integrace, resp. schopnost společnosti postižené včlenit.

Do této kategorie patří obtížné začleňování postižených do zaměstnání a jejich soužití v místě bydliště, např. v bezbariérových bytech. Život v bezbariérovém domě může být určitou izolací, avšak na druhé straně zde bývají postižení jedinci v mnoha oblastech uspokojováni lépe než kdyby byli vystaveni tlaku norem zdravé populace.

Izolace postižených lidí může vytvořit riziko změny osobnosti, která postupně čím dál víc znemožňuje alespoň základní integraci do zdravé populace.

### **3.4 *Víra a handicap***

Pro samotné postižené nemívá jejich handicap jiný význam než negativní. Výjimkou může být situace věřících, kteří jsou v této oblasti zvýhodněni, kdy handicap je akceptován jako boží zkouška. Často má víra pro tyto lidi význam opory a přenesení do jiné roviny, kde znevýhodnění nejsou.

## **4 Rehabilitace**

V rámci péče o osoby s motorickým postižením má rozhodující význam ucelený systém rehabilitace, který efektivně propojuje prostředky léčebné, pedagogické, sociální a pracovní. Předpokladem je vytvoření funkčního multidisciplinárního týmu, v němž zaujímá každý odborník

své specifické postavení. Pokud se jedná o péči věnovanou dětem se zdravotním postižením, měli by být aktivními členy tohoto týmu také rodiče postiženého dítěte.

#### 4.1 ***Sociální rehabilitace***

Sociální rehabilitace znamená rozvíjet schopnosti postiženého člověka existovat v různých společenských situacích tak, aby byly uspokojeny jeho potřeby a práva i maximální účast na společenském životě.

Sociální rehabilitace je proces učení žít s vadou, proces překonávání neschopností v individuální i společensky významných činnostech, proces prevence i odstraňování efektivit a handicapů. Konečným výsledkem tohoto procesu je akceptace vady, životní pohoda a v nejvyšším stupni také integrace. Ovlivňuje životní pohodu a možnosti integrace.

#### 4.2 ***Pracovní rehabilitace***

Pracovní rehabilitace je širší pojem, který v sobě obsahuje pracovní přípravu, ale také další prvky umožňující zapojení zdravotně postiženého do pracovního procesu. Pracovní rehabilitace je organickou součástí procesu komplexní rehabilitace. Pracovní rehabilitace je souvislá péče poskytovaná občanům se změněnou pracovní schopností směřující k tomu, aby mohli vykonávat dosavadní, případně jiné vhodné zaměstnání.

Zdravotní postižení může ohrozit jak fyzickou, tak také psychickou výkonnost (příloha č.1 - Zdravotně postižení a používání počítačů)

## 5 **Potřeby zdravotně postižených**

### 5.1 ***Potřeby podle Maslowa***

**Potřeba bezpečí** může být vyjádřena v tendenci vyhýbat se postiženým lidem a tabuizovat tuto problematiku, protože mohou symbolizovat ohrožení. Kontakt s něčím odchylným může být nebezpečný a proto se stává tabu. Na druhé straně mohou být sami postižení v této oblasti deprivováni, nejsou vždy tak uspokojivě akceptováni svým okolím, aby jejich potřeba bezpečí byla uspokojována. Zdravá populace má spíše tendenci se od postižených odvracet a v rámci neporozumění jejich potřebám je i často frustrovat.

**Potřeba lásky a sebeúcty** do určité míry souvisí s potřebou citového vztahu a bezpečí. Její uspokojování může být u postižených a nemocných poněkud odlišné jak z kvantitativního, tak z kvalitativního hlediska. Citový vztah zdravých lidí k nemocným bývá často odlišný.

Uspokojování **potřeby úcty a sebeúcty**. Společnost sama o potřebě sebeúcty nemocného neuvažuje. Jeho role je natolik pasivní, že je často obtížné sebeúcty dosahovat. Postižený jedinec má k tomu méně možností a kompetencí, navíc reakce společnosti jeho aktivitu neposilují. Úcty se v této roli dosahuje odolností k utrpení a pasivními volnými vlastnostmi (trpělivostí, sebeovládáním).

Další je **potřeba seberealizace**, která zahrnuje požadavky sebepojetí. U postižených je uspokojování v této oblasti ztíženo nedostatkem kompetencí a častou nereálností vlastních úvah, kdy může docházet k saturaci pouze na úrovni přání (i když nesplněného či nesplnitelného) a fantazie.

**Potřeba poznávání a estetických prožitků**, které vedou k rozvoji člověka, k jeho větší aktivizaci i samostatnosti. Do určité míry se shoduje s potřebou smysluplného učení. U některých postižených lidí je přechod na vyšší úroveň poznávání a hodnocení obtížný, a tak častěji zůstávají fixováni – díky svým omezením a sociálním tlakům – na nižší vývojové úrovni preferují regresivní strategii, která je určována strachem ze ztráty bezpečí, jistoty a pasivitou

## 6 Ošetřovatelská péče a rodina

### 6.1 Rehabilitační ošetřování pacientů s míšními lézím

Funkční stav pacienta s míšními lézím je závislý na výšce postiženého segmentu a na rozsahu poškození míchy. Významný je také věk, pohlaví, konstituce a kondice pacienta. Funkční schopnosti jsou ovlivněny komplikacemi a sekundárními změnami.

Sestra vždy zjišťuje podrobně všechny potřeby postiženého, míru jeho soběstačnosti, v čem potřebuje pomoc druhé osoby.

Nejdůležitější informace:

- schopnost obracet se na lůžku a uložit si dolní končetiny
- schopnost posadit se na lůžku
- schopnost přesunu z lůžka na vozík a zpět, za jakých podmínek (někdy je pacient schopen přesunu jen z jedné strany, potřeba brázdičky, aj.)

- schopnost obléknout se, za jakých podmínek
- soběstačnost v úkonech osobní hygieny, za jakých podmínek, jaké pomůcky je zvyklý používat (mytí, koupel, sprchování, holení, česání, čištění zubů)
- způsob vyprazdňování stolice (čípky, čaje, frekvence, neměnit návyky !)
- způsob močení, jaké pomůcky potřebuje

Imobilní pacient má mít vozík dostupný z postele a všechny předměty denní potřeby dosažitelné.

Důležitá sesterská sledování:

- denní kontrola kůže na ohrožených místech (hygiena kůže, masáže)
- množství, vzhled a zápach moče (při změnách upozornit lékaře)
- kontrola stolice dle navykklé frekvence (nemusí být denně)

Nemá-li plegik klidový režim, je nutné zajistit rehabilitační program. Při klidovém režimu přísně provádět polohování, pasivní pohyby, dechovou gymnastiku a je-li možné, vertikalizaci.

Každý paraplegik i kvadruplegik by měl vědět o Svazu paraplegiků, kde může získat všechny potřebné informace při jakýchkoliv problémech (příloha č. 2 - Osobní asistence).

## 6.2 *Některé chyby zdravotníků*

Mezi časté chyby ze strany zdravotního personálu patří nerespektování pacienta jako samostatné osobnosti, nedostatečná komunikace s pacientem, vedení pacienta k pasivnímu podvolování se terapii. Dále netaktní chování v intimních oblastech, nedostatečná komunikace s rodinnými příslušníky, nevhodný způsob informování pacienta a rodiny o prognóze stavu.

A v neposlední řadě i chápání verbálně agresivního chování pacienta jako osobní útok.

Některé chyby rodiny: nejčastější chyby rodinných příslušníků jsou - snaha nadměrné péče o postiženého klienta, snaha chránit a snaha za něj rozhodovat (příloha č. 3 - Komunikace se zdravotně postiženými).

## **7 Psychologický pohled na handicap**

### **7.1 Psychologická hlediska zdravotního postižení**

Osobnost se vytváří pod vlivem řady vnějších i vnitřních vlivů, z nichž jeden může být zdravotní postižení (tělesný vzhled), který hraje důležitou úlohu v sociálních vztazích. Závisí na tom, v jakém věku postižení nastane. Tento vliv můžeme rozdělit na dvě situace:

1. Postižení již od narození nebo od časného dětství
2. Postižení vzniklo v průběhu života

Na rozvoj osobnosti působí silně genetická výbava a dále prostředí, v němž člověk vyrůstá, a to především lidské vztahy k nejbližším osobám. Lidská osobnost se vyvíjí přesně až v kontaktu s ostatními lidmi. Zdravotní postižení zasáhne velmi silně i nejbližší osoby postiženého, a to i v dospělosti, ale ještě více v případě dítěte. Jeho osobnost je pak ovlivněna reakcí rodičů na postižení.

Další faktor pro rozvoj osobnosti je i vlastní aktivita, reakce na okolní svět, je to vlastní činnost vyvolávající odezvu okolí. Vede to k sebeuvědomění formování představy o sobě, sebehodnocení.

Řada lidí ale chápe postižení jako výzvu k mobilizaci všech sil na překonání jeho důsledků. Postižení může být i podnětem k přehodnocení celého života, ať už jde o postižení vlastní nebo osoby blízké.

Společnost v poslední době vytváří specifické podmínky pro zdravotně postižené (možnost vzdělání, bydlení, příspěvek na koupi auta apod.), které pozitivně působí na rozvoj osobnosti. Samy o sobě by však nestačily, pokud by nebyla motivace u postiženého a jeho rodiny. Existují však i terapeutické přístupy, které spíše než na ovlivnění vlastního postižení cíleně pomáhají při formování a rozvoji osobnosti (příloha č. 4 - Komplexní služby pro zdravotně postižené).

### **7.2 Důsledky zdravotního postižení, vzniklého v dospělosti a reakce na ně.**

Zdravotní postižení vzniká náhle, např. úrazem nebo pozvolna chronickou nemocí. Reakce jedince na vznik postižení je velmi individuální. Kromě stupně a typu postižení závisí na míře informace, kterou o svém zdravotním stavu dostane, a na včasném začátku rehabilitace ve všech jejích složkách.

Přes všechny individuální rozdíly se při náhle vzniklém postižení objevuje několik typů reakcí, které se podobají reakcím na jiné životní situace (ztrátu blízkého člověka, živelnou pohromu apod.). Tyto reakce se mohou v čase vzájemně střídat.

Pro tyto náročné životní situace byly vypracovány terapeutické metody, které provádí nejčastěji psycholog či psychiatr. Jde o působení na pacienta a obvykle i na jeho rodinu. Cílem je pomoci pacientovi překonat těžké období náhlého postižení a ovlivnit zmíněné reakce. Tato intervence by měla bránit zkratkovému jednání (včetně sebevražedných pokusů), podporovat účast pacienta na rehabilitaci a v konečném výsledku pomoci pacientovi najít aktivní přístup k životu za nové situace (příloha č. 5 - Zásady pomoci vozíčkáři).

### **7.2.1 Fáze reakce podrobněji**

Všechny tyto fáze se nemusí objevit u každého pacienta. Stejně tak se některé fáze mohou vracet. Tyto fáze nám pomohou lépe porozumět sobě i pacientům. Nesmíme však zapomínat, že těmito fázemi si procházejí i nejbližší zdravotně postiženého.

#### **Nultá fáze :**

Zrození povědomí nemoci v mysli člověka.

#### **První fáze – Výkřik**

Ve chvíli, kdy si pacient uvědomí změnu, dochází v psychické oblasti k souboru prožitků, tzv. výkřiku. Naznačuje to úděs a překvapení pacienta, vyznačující se vzestupem hladiny negativních emocí. V běžné mluvě se této situace říká šok. Šok z poznání, že se něco strašného stalo, šok psychický. Můžeme se s ním setkat nejen při haváriích a úrazech, ale v okamžicích, kdy se pacient dozví, že obtíže, které se u něho objevily, svědčí o tom, že má určitou nemoc.

#### **Druhá fáze – Popírání**

Když odezní první soubor příznaků psychické reakce na nemoc, řada pacientů zaujme k nemoci postoj, který je možno charakterizovat slovy nic nevidím, nic neslyším, nic nechci vědět, protože pacient se dostává do tak těžké situace, že je nucen se proti nadlimitní zátěži bránit. Řeší při tom svou situaci poměrně nejjednodušším způsobem: totálním útlumem všeho, co by mu připomínalo, v jak těžké situaci se nachází. Popírání má různou formu. Může se projevit nejen nepřijímáním jakýchkoli informací o nemoci, ale může vést ke snaze svěřit se do péče jiného lékaře. Popírání má podobně jako výkřik v první fázi blahodárný vliv na psychiku pacienta. Pomáhá mu zadržet příliv zpráv, které pacient v dané situaci není schopen zpracovat a vhodně na

ně reagovat. Dá se říci, že pacientovi se touto cestou nabízí možnost vyspat se před bojem, tj. připravit se na další fázi nemoci.

#### **Třetí fáze – Vtíravé myšlenky**

Probere-li se pacient z útlumu fáze popírání, upadá často do opačného stavu. Nemůže si pomoci a musí stále myslet na to, co se změnilo, co to znamená a co asi bude znamenat v další fázi jeho života. Někdy se zdá, že pacienta v této fázi nenapadají žádné jiné myšlenky než právě tyto. Jde o podněty tak silné, že se jim pacient nemůže ubránit. Je dobré si uvědomit, že jde vlastně o první krok na cestě k zvládnutí situace. Jak by se s ní mohl vyrovnat, kdyby si ji neuvědomil.

#### **Čtvrtá fáze – Vyrovnání**

Uvědomí-li si pacient, jak to s ním je, postaví se tak vlastně před problém, který musí řešit: Jak to zvládnout? Jde o poměrně nejdelší fázi psychického vyrovnání se s nemocí. Je nutné si uvědomit, že zde se nachází jádro psychické práce na sobě, tj. nejdůležitější fáze boje s nemocí.

#### **Pátá fáze – Smíření**

Podarí-li se úspěšně vyřešit předcházející fázi – tzv. vyrovnání se s nemocí, tj. nalézt přiměřený postoj a vztah k tomu, co se děje, může se pacient dostat do fáze, které se říká smířování se stávajícím zdravotním stavem. Tato fáze je charakterizována nalezením vztahu, který pacientovi dává vnitřní sílu dívat se na sebe sama, pokud se sám s sebou zabývat chce, a nemyslet na to, co se stalo, jestliže na to myslet nechce. Nejen to. Pacient se často i radikálně mění při tomto dozrávání. Dochází k prohlubování duševního i duchovního života. Když se pacientu podaří takový postoj nalézt, vyzařuje z něho něco, co nazýváme vnitřním klidem, který uklidňuje i lidi kolem něho.

(příloha č. 6 - Průběh psychické krize těžce nemocného pacienta).

### **7.3 Psychoterapie**

Konkrétně je cíl psychoterapeutického snažení možno formulovat třemi hesly:

- A) **Uklidňovat.** Upravovat nepřiměřené emocionální, volní i kognitivní stavy pacientů a odstraňovat nežádoucí psychické projevy. Pomoci jim zvládat obavy a strach, snižovat jejich bázeň; povzbuzovat je, propadají-li skleslosti, únavě, vyčerpanosti a depresi. Tlumit bolest a odstraňovat jejich sociální opuštěnost.

- B) **Posilovat naději.** Povzbuzovat je, ovlivňovat jejich vůli a motivaci žádoucím směrem, mobilizovat jejich fyzické i psychické síly na léčebný záměr terapie, posilovat jejich frustrační toleranci a odolnost k těžkostem.
- C) **Podporovat** při vyrovnávání se s postižením. Snažit se je informovat co nejprůměrněji o jejich stavu a o perspektivách. Vést je k tvořivému myšlení na budoucnost, která stojí bezprostředně před nimi. Pomoci jim hledat a nalézt tvořivé řešení jejich svízelné situace.

## 8 Otázky po smyslu dalšího života těžce nemocných pacientů.

### 8.1 *Pojetí smysluplnosti života*

Jde o vidění vlastního života v širších, např. společenských dimenzích. Ty dávají rámec jak pacientovu sebepojetí, tak i jeho chápání situace. V tomto rámci pak nabývá smyslu každý čin i každá pacientova snaha. Není divu, že s příchodem nepříznivé životní situace pacientovo sebepojetí a s ním související úcta k vlastnímu životu – sebeúcta – se snižuje. Že to má negativní vliv na pacientův boj. Ale vidí-li pacient, že na tom není zrovna nejhůře, může ho to posílit. Je důležité i srovnání s pacientem, který podobný boj vítězně vybojoval a situaci zvládl. Vidí-li pacient kolem sebe jen ty, kteří podléhají, není divu, že to na něho působí depresivně.

Protikladem k vzdání boje je nadějnější postoj, který můžeme nazvat kladným přístupem k životu. Tento postoj se projevuje např. tím, že pacient postupně upravuje svůj životní styl s ohledem na danou životní situaci. Mění své zvyky podle toho, jak mu to tělesné postižení dovoluje. Stanovuje si nové normy. Má představu o tom, co může udělat jako první krok ke zvládnutí změněné životní situace a o tento první krok se snaží. Často si ho definuje tak, že je splnitelný. Ze splnění se pak raduje. Ihned si však stanoví další krok a snaží se i tento další krok uskutečnit. V tom je možno spatřovat jeho kladný příklon k životu. Učí se žít se svým zdravotním postižením. Snaží se osvojit si dovednosti, které by mu za jeho situace byly pomoci při zvládnutí těžkostí. Nevzdává se.

Otázka smysluplnosti života, která každého z nás provází po celý život, je vlastně otázka zaměření života k určitému cíli. Tuto situaci je možno obrazně vyjádřit situací lodi na moři. Lodička našeho života pluje do určitého přístavu. Tak tomu je u člověka, který má vyřešenou otázku smysluplnosti svého života. Ten, kdo ji vyřešenou nemá, pluje na širém moři sem a tam a



neví, do kterého přístavu si to má zamířit. Rozhodnutí se pro určitý přístav dává smysl všemu, co se děje. To, co je označeno jako přístav, je označováno termínem „hodnota“.

Otázka smysluplnosti života je tak definována v termínech hodnot.

## 8.2 *Hierarchie hodnot pacienta*

Pro pacienta má svou důležitost žebříček jeho hodnot. Ukazuje se, že ti pacienti, kteří na nejvyšších příčkách hodnotového žebříčku mají hodnoty vnějšího vzhledu, jsou na tom hůře než ti, pro které jsou na těchto předních místech hodnoty, jež se za peníze koupit nedají. Obdobně to platí o hodnotách vyjadřovaných termínem míti a býti (co mám, kdo jsem?) i o hodnotách vztahujících se jen a jen výslovně k pacientovu já.

## 8.3 *Stojí za to žít, když je člověk v těžké životní situaci?*

Tak se ptá – ať vědomě či ne zcela vědomě – každý těžce nemocný pacient. Na tom, jak si zodpoví tuto otázku, závisí do značné míry i jeho další život, jako člověka, který danou situaci zvládl a vrátil se opět do běžného života. Je to otázka po smysluplnosti života. Kolika lidem, kteří jsou jak se říká zdraví jako řípa, nestojí za to žít? Kolik jich nemá pro co žít a své zdraví si ničí drogami, alkoholem či jinými toxickými látkami? Na druhé straně se ukazuje, že nalezení smysluplnosti života – i života postiženého – je velkým vkladem do souboru zdrojů duševních sil pacienta.

## 8.4 *Má cenu bojovat?*

Těžce na nás působí pacienti, kteří jsou předem přesvědčeni, že vše je marné, že nemá cenu něco dělat, o něco se snažit. V protikladu k tomu je možno se setkat s pacienty, kteří dovedou myslet v termínech kvality života. Má pro ně hodnotu nejen život zcela zdravý, ale i každý den, prožitý na vozíku.

## 8.5 *Přítomnost*

Může se stát, že pacient se nám ztrácí ve vzpomínkách na minulost. Jaké to bylo krásné, když jsem byl zdravý, když jsem mohl chodit? Myšlenky na to, jaké to je v dané chvíli, pacient radikálně potlačuje. Jindy se ztrácí v představách o tom, co mohlo být, kdyby nebylo úrazu, pádu, autonehody... I v tomto případě odmítá myslet na přítomnost. A přece se ukazuje, že umět žít v přítomnosti, myslet na to, nač je třeba v dané chvíli myslet, radovat se z toho, co v dané situaci

je i vzdor všemu, je možno brát s určitou mírou radosti. To vše má velice kladný vliv na celkový duševní stav pacienta.

Neznamená to radikální vyloučení myšlenek na minulost či budoucnost – i když jsou zabarveny nostalgicky, ale neulpívat pouze na nich, neztratit se v nich a umět se radovat z každého dne (příloha č. 7 - Porovnávání psychické situace zdravého a nemocného člověka).

## **9 Pomůcky pro zdravotně postižené**

### **9.1 *Kompenzační pomůcky***

Jsou takové prostředky zdravotnické techniky, které kompenzují disabilitu klienta při některé konkrétní činnosti. Kompenzační pomůcky jsou využívány k obnovení a usnadnění funkčních schopností, není-li možné jejich obnovení jinými prostředky (návikem, trikem). Dle charakteru postižení jsou kompenzační pomůcky určeny pro tělesně postižené, pro zrakově postižené, atd.

Indikaci pomůcek pro přemísťování – přesuny a lokomoce určí rehabilitační pracovník, eventuelně lékař. Jsou to např. vozíky mechanické standardní a pro ovládání jednou rukou (pákové, obručové), dále vozíky elektrické. Vozíky jsou finančně náročné pomůcky, proto jejich výběr musí být svěřen odborníkům, aby vyhovovaly nejen svou funkcí, vybavením, ale i rozměry. Přidělování elektrických vozíků se řídí zvláštními předpisy a podléhá schválení (revizním lékařem, odbornou komisí).

### **9.2 *Pravidla získávání (předepisování) pomůcek***

Pomůcky, řazené mezi prostředky zdravotnické techniky, jsou uveřejňovány v číselníku, které vydává nejméně jednou za rok Všeobecná zdravotní pojišťovna. Každá pomůcka je označena číslem skupiny, do níž je řazena (např. 07 – vozíky) a vlastním číslem pomůcky. V číselníku je uveden název pomůcky, výrobce, cena a rozsah úhrady pojišťovnou (úplný nebo částečný).

Pomůcky předepisuje odborný lékař. U každé pomůcky jsou uvedeny odbornosti, které ji mohou předepsat (např. rehabilitační lékař, ortoped, neurolog). Je rovněž určeno, jak často je možno pomůcku předepsat, např. u mechanických vozíků jednou za pět let. Pomůcky dražší,

zhruba od 2000 Kč, musí schválit revizní lékař a předepisující lékař musí napsat zdůvodnění (příloha č. 8 – invalidní vozík).

## **10 Bariery a zdravotně postižení**

### **10.1 *Druhy bariér v životě zdravotně postižených***

Bariéry v našem okolí jsou dvojí - fyzické a psychické. Fyzickými bariérami jsou omezení v prostředí, ve kterém žijeme, ve kterém se každý den pohybujeme. Komplikují nebo zcela znemožňují pohyb osob s postižením v daném prostředí.

Psychické bariéry jsou jak ve „zdravých“ lidech, tak v samotných postižených. „Zdravý“ člověk se mnohdy postiženému vyhýbá. Důvody mohou být různé. Jsou lidé, kteří nevědí, jak s postiženou osobou komunikovat, jak jí pomoci. Někteří mají jakýsi zvláštní pocit viny, že oni jsou zdraví a ten druhý je více či méně bezmocný. Zdraví lidé často ani nevědí, jaké zdravotní komplikace postižení přináší a zda je osoba pohybující se na vozíku schopna komunikace. Jsou i tací, kteří se osoby na vozíku podivně štítí. Osoba s postižením se cítí být vyřazena ze společnosti do té míry, jak se k ní chová její okolí. Přítomnost fyzických bariér situaci jenom zhoršuje. Navíc vážným psychickým problémem je vyrovnání se s změněnou životní situací. Zejména, došlo-li k náhlé změně života a životního stylu pro neočekávanou těžkou nemoc nebo úraz. Tito lidé si mnohem více uvědomují fyzické bariéry ve svém okolí než ti, kteří se s postižením narodili a odmalička jsou zvyklí na každodenní boj s překážkami.

Fyzické bariéry ještě zhoršují schopnost vyrovnat se s novou životní realitou. Problém narůstá přímo úměrně s věkem. Starší lidé jsou již méně přizpůsobiví a navíc tělesně postižení přináší i větší nároky na fyzickou kondici při běžných denních úkonech. A právě fyzické síly jim mnohdy již scházejí.

### **10.2 *Bezbariérové prostředí pro zdravotně postižené***

Aby zdravotně postižení mohli samostatně žít ve svých bytech a podobně jako lidé nepostižení se volně pohybovat a cestovat, musí mít k tomu často přizpůsobené životní prostředí. Překážky, které jim v dosažení těchto cílů brání, jsou označovány jako architektonické bariéry a liší se podle typu postižení.

Místa, která jsou pro vozíčkáře přístupná, se označují symbolickým zobrazením vozíku, což je mezinárodně přijatý symbol přístupnosti (bezbariérovosti). Jde o tyto hlavní zásady:

1. Dostatečná šířka dveří a jiných průjezdů – optimální je šířka 900 mm, bez prahů.
2. Překonávání vertikálních rozdílů nikoliv pomocí schodů, ale buď běžných, dobře přístupných výtahů, nebo schodišťových výtahů, nebo nájezdů a ramp se sklonem ve větším než 1:15.
3. Dostupnost všech ovládacích prvků, tedy vypínačů, zámků, otevírání dveří apod. A snadná manipulace s nimi. Dostupnost polic a skříní z vozíku.
4. Dostatečný prostor pro zajíždění a otáčení vozíku přede dveřmi, v předsíni i dalších místnostech.
5. Správná výška ploch, na které se vozíčkář přesouvá, tedy postele, WC, horního okraje vany – obvykle 500 mm.
6. Dostatečný prostor pro zajíždění vozíku pod pracovní desku stolu, kuchyňské linky, počítače apod.

Pokud je prostředí přístupné pro osoby na vozíku, bývá dostupné i pro ženy s kočárky nebo pro staré lidi (příloha č. 9 - Dopravní prostředky a příloha č. 10 - Národní rozvojový program mobility pro všechny).



Obrázek č. 1 – mezinárodní symbol bezbariérovosti

## **11 Partnerské vztahy a sexualita**

### **11.1 *Výběr partnera a sexuální život***

V této oblasti jsou velké interindividuální rozdíly. Ale většina lidí se zdravotním postižením si přeje navázat partnerské vztahy, žít sexuálně a založit rodinu stejně jako lidé nepostižení. Trvalý partnerský vztah má pro ně větší jistotu, možnost se v případě jakýchkoliv problémů na koho obrátit, ale též pocit zvýšeného sebevědomí.

Tolerantní současná společnost již dávno překonala dřívější názory, že partnerské vztahy jsou pro zdravotně postižené nemožné či nevhodné. Jde o rozhodnutí individuální a není tedy ani jediný správný názor na to, kdo je vhodným a perspektivním partnerem pro zdravotně postižené. Častá jsou partnerství mezi dvěma lidmi s podobným postižením. Výhodou je, že mají společné zkušenosti, zájmy a problémy, mohou i jezdit společně do lázní. Jsou i dobře fungující vztahy mezi dvěma lidmi s různým postižením. Souhrnem více příležitostí mají zdravotně postižení možnost navázat vztah s lidmi nepostiženými. Mezi zdravými partnery jsou často lidé s pečovatelskými sklony, což je běžnější mezi ženami. Např. řada mužů na vozíku po poranění míchy má přes své těžké postižení manželku. Nejsou výjimkou trvalá postižení, která se rozvinula ze vztahů profesních, tedy manželství postižené osoby se zdravotní sestrou, fyzioterapeutkou, osobním asistentem apod. Jako v každém sexuálním vztahu může být sexuální vztah postiženého s osobou nepostiženou zcela normální, obohacující, naplňující základní potřebu.

## **12 Zvláštnosti zdravotního postižení**

### **12.1 *Alkohol a poškození míchy = nebezpečné spojení***

Únikové způsoby řešení náročných životních situací lze obecně charakterizovat jako rezignaci na dosažení cíle či řešení situace. Příkladem je činnost, která jedinci pomáhá zapomenout na problémy – alkohol, drogy, ale i vášnivé provozování koníčků či denní snění, i úniková literatura.

Protože riziko nadměrného pití alkoholu je u lidí se zdravotními potížemi vyšší než u ostatní populace, stává se alkohol a poškození míchy velmi nebezpečnou kombinací.

Tito lidé pijí často nárazově, jsou-li pod tlakem osamělosti a stárnutí. Návyk se s přibývajícím věkem může vymknout z rukou mnohem častěji než u lidí mladších - během několika měsíců se může vyvinout stav alkoholismu. Odstranění stresových faktorů nebo zvládnutí způsobu, jak jim čelit, může vést k obnovení střídmosti.

Závislostí na alkoholu označujeme situaci, je-li užíván opakovaně, bez ohledu na problémy, které člověku přináší.

Někdy je problém rozhodnout, zda určité chování člověka je důsledek stárnutí, fyzickou nemohoucností nebo nadměrného pití alkoholu. Změny chování se projevují často jako zapomnětlivost, zmatenost, pití před spaním "na usnutí", pro uklidnění nervů, špatné stravovací návyky a z toho plynoucí podvýživa, přibývání úrazů a zvětšování zdravotních problémů jsou nejobtížněji identifikovatelné s alkoholismem. I když tyto úkazy v chování člověka jsou nepopíratelné, jejich spojitost s nadměrným pitím lze zjistit jen při naprosté upřímnosti a otevřenosti pacienta. Lidé s poškozením míchy se často ocitají v situaci, kdy rodina, přátelé, pečovatelé s nejlepšími úmysly, napomáhají vzniku prostředí, které vzniku alkoholismu napomáhá. Vnímají fyzické poškození jako břímě a člověka jako jejich oběť. Často se domnívají, že alkohol pomůže v překonání osamělosti, že může poskytnout pocit štěstí a uspokojení a dokonce napomoci pocitu rovnocennosti s mladšími a zdravými lidmi. Povzbuzování v pití alkoholu může vycházet i z domněnky, že pití nahradí sníženou kvalitu života. S přibývajícím věkem schopnosti vyrovnat se s alkoholem ubývá. Důsledkem toho je, že se z těchto lidí stávají tzv. problémoví alkoholici, a to často aniž by se množství vypitého alkoholu zvětšovalo. Alkohol může působit významné zdravotní potíže. U osob s poškozením míchy, jejichž organismus je oslaben, je riziko ještě větší.

Řada faktorů, podmiňujících alkoholismus je dobře známa lidem s poškozením míchy - osamělost, ztráta sebedůvěry, zdravotní problémy, ochabování tělesných funkcí, změny v rodině. Časté svalové křeče, zlomeniny, otlaky, poškození srdce, jater, mozku, podvýživa, infekce močových cest - všechny tyto obtíže jsou spojovány s poškozením míchy ve spojitosti s alkoholismem. Problém alkoholismu u lidí s poškozením míchy je problémem, který je nutno řešit.

## 13 Výzkumná část

### Charakteristika skupiny :

Výzkum byl prováděn v Hamzově odborné léčebně na rehabilitační spinální jednotce v Luži v prosinci 2007, dále s klienty České abylympijské společnosti v Pardubicích v listopadu 2006 a s dobrovolníky po celé České republice v průběhu roku 2007.

Z celkového počtu 48 respondentů bylo 27% (13) žen a 66% (32) mužů.

Věková hranice byla od 16 let do 60 let, průměrný věk všech dotazovaných byl 45,5 let.

Pro ověření posledních třech hypotéz jsem rozdělila skupiny na skupinu A 0 – 1 let po úraze, na skupinu B 1 – 10 let po úraze a na skupinu C 10 a více let po úraze.

Z celkového počtu 48 dotazovaných se mi vrátilo 45 dotazníků, tedy návratnost byla 94 %.

### Hypotézy :

- 1) Domnívám se, že větší procento bude tvořit příčinu upoutání na invalidní vozík úraz než autonehoda nebo jiné
- 2) Předpokládám, že většina zdravotně postižených bude dostatečně informována a to spíše od lékaře než z vlastních zdrojů.
- 3) Domnívám, že zdraví občané budou komunikovat s tělesně postiženými spíše se soucitem a vyhýbavostí než s jako rovnocenným partnerem
- 4) Předpokládám, že zaměstnanost u skupiny A bude menší než u skupiny B, C
- 5) Myslím si, že průměrný časový zlom vyrovnání se ze změnou životní situací bude půl roku až rok po upoutání na invalidní vozík. Dále předpokládám, že skupina A se bude stále ještě vyrovnávat se změnou životní situací než zdravotně postižení ze skupiny B a C, ale naopak většina zdravotně postižených se dokáže vrátit do běžného života ze skupiny B a C oproti skupině A.
- 6) Předpokládám, že pomoc rodiny bude u všech skupin ve většině případů jako plný zájem
- 7) Domnívám se, že žebříček hodnot bude jiný u skupiny A oproti skupině B, C

Ke splnění cílů a ověření platnosti stanovených hypotéz jsem použila:

- 1) metody kvalitativního výzkumu – dotazník
- 2) matematicko statistické metody

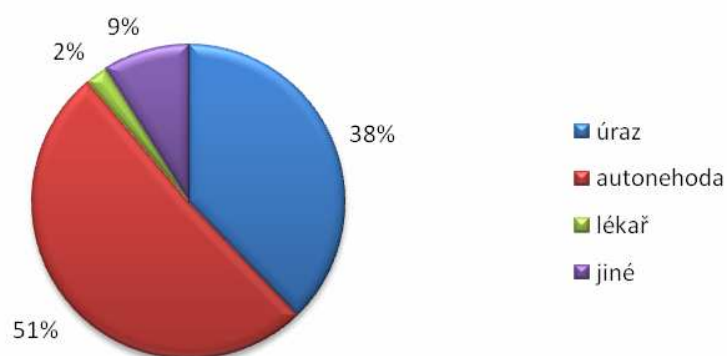
## 13.1 Porovnání údajů od všech respondentů

### 13.1.1 Příčina upoutání na invalidní vozík

	počet odpovědí	počet odpovědí [%]
úraz	17	37,8
autonehoda	23	51,1
lékař	1	2,2
jiné	4	8,9

Tabulka č.1

### Nejčastější příčiny upoutání na invalidní vozík



Graf č.1

Jedna ze základních otázek byla zjistit příčinu upoutání na invalidní vozík. Rozdělila jsem je na úraz (sportovní, pracovní atd.), na autonehodu (motonehoda, letecká nehoda aj.), iatrogenii a jiné (nádor, genetická predispozice atd.)

Graf a tabulka číslo 1 poukazují na to, že nejčastější příčina upoutání na invalidní vozík byla dopravní nehoda – autonehoda.

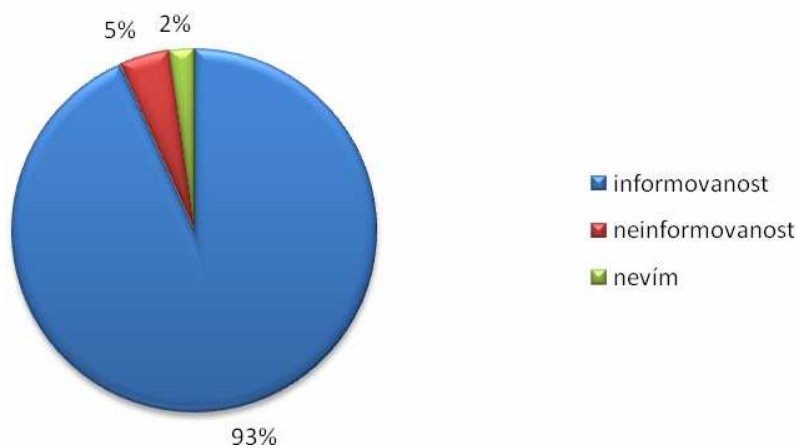


### 13.2 Informovanost zdravotně postižených

	počet odpovědí	počet odpovědí [%]
informovanost	42	93,3
neinformovanost	2	4,4
nevím	1	2,2

Tabulka č.2

#### Dostatečná informovanost



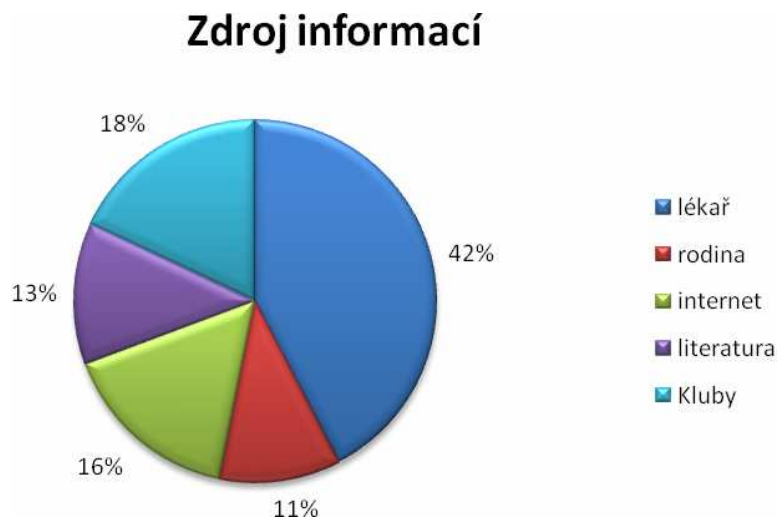
Graf č.2

Tuto část jsem zhodnotila z otázek číslo 4, 5, 6 a 27 jako celkovou informovanost, na kterou poukazuje graf a tabulka číslo 2. Kdy závěrečným výsledkem se převážná většina zdravotně postižených považovala za plně informované.

### 13.2.1 Zdroj informací

	počet odpovědí	počet odpovědí [%]
lékař	35	52,2
rodina	6	13,3
internet	9	20,0
literatura	7	15,6
Kluby	10	22,2

Tabulka č.3



Graf č.3

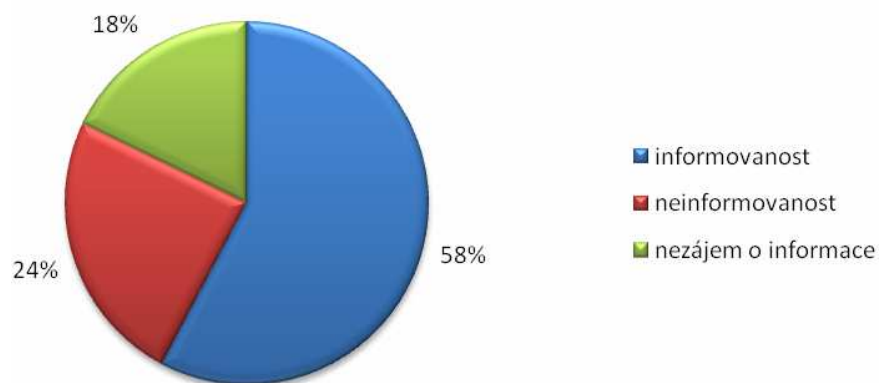
Dále tabulka a graf číslo 3 odkazuje na nejčastější zdroj informací a to od zdravotnického personálu, přesněji od lékaře.

### 13.2.2 Sexuální život

	počet odpovědí	počet odpovědí [%]
informovanost	26	57,8
neinformovanost	11	24,4
nezájem o informace	8	17,8

Tabulka č.4

### Informovanost o sexuálním životě



Graf č.4

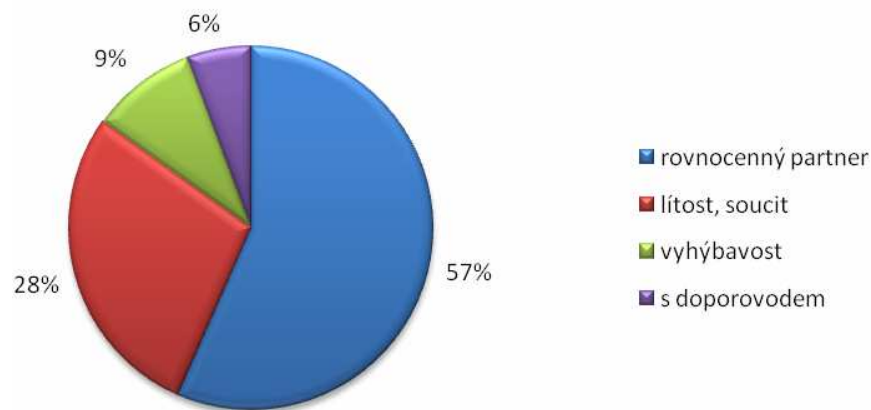
A dále 3. část, tedy tabulka a graf číslo 4 znázorňující informace o sexuálním životě po upoutání na invalidní vozík, kdy převážná většina zdravotně postižených občanů hodnotí informace z této oblasti za dostatečné a to v 58%.

### 13.3 Komunikace se zdravotně postiženými

	počet odpovědí	počet odpovědí [%]
rovnocenný partner	30	56,6
lítost, soucit	15	28,3
vyhýbavost	5	9,4
s doprovodem	3	5,7

Tabulka č.5

### Komunikace se zdravotně postiženými



Graf č.5

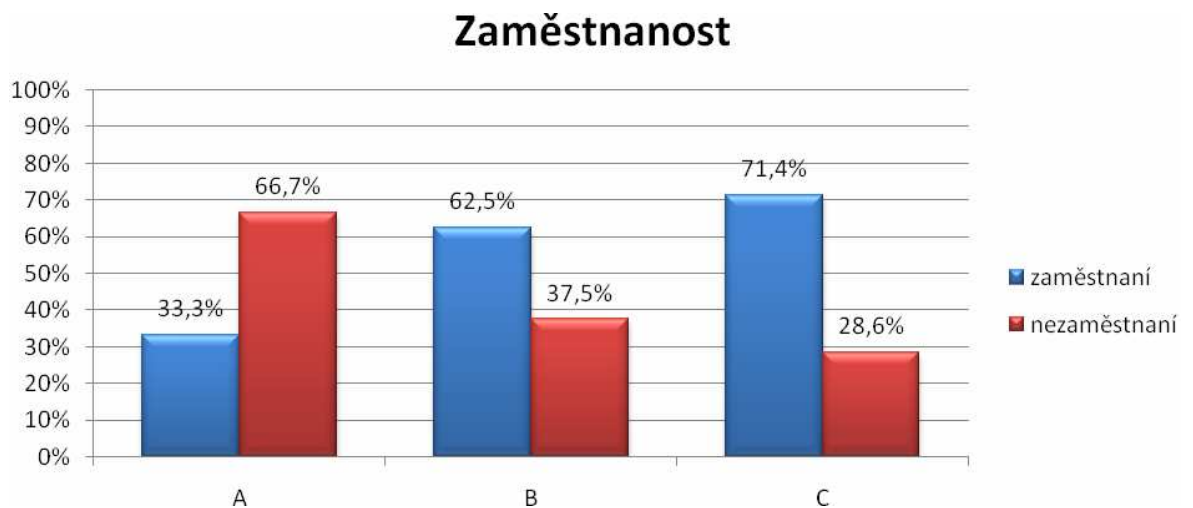
Tento graf a tabulka číslo 5 upozorňují na to, jak hodnotí zdravotně postižení komunikaci zdravých laických občanů s nimi. Výsledek poukazuje na převážnou většinu dotazovaných, kteří hodnotí komunikaci jako bez problému, a uvádí ji jako komunikaci s rovnocenným partnerem.

## 13.4 Porovnání respondentů dle jednotlivých skupin A, B, C

### 13.4.1 Zaměstnanost

	A	B	C	A [%]	B [%]	C [%]
zaměstnaní	5	10	10	33,3	62,5	71,4
nezaměstnaní	10	6	4	66,7	37,5	28,6

Tabulka č.6



Graf č.6

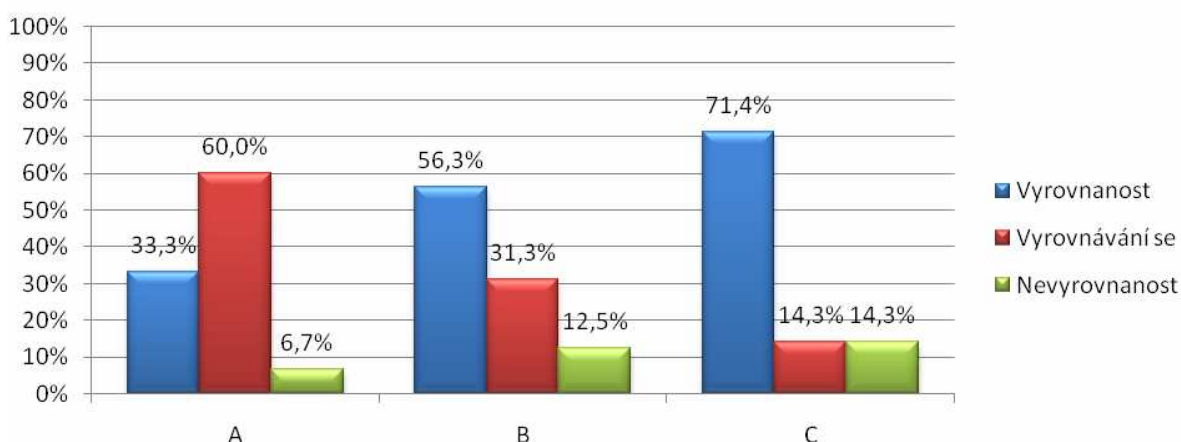
Tato oblast porovnávala skupinu A, B a C v zaměstnanosti. Graf a tabulka číslo 6 poukazují na nejmenší zaměstnanost ve skupině A, největší ve skupině C, dále tedy největší nezaměstnanost ve skupině A a jako nejmenší počet nezaměstnaných respondentů ve skupině C. Pro zajímavost zde uvádím jako nejčastější druh práce - práce na PC v různých oblastech a firmách.

### 13.4.2 Změněná životní situace

	A	B	C	A [%]	B [%]	C [%]
Vyrovnanost	5	9	10	33,3	56,3	71,4
Vyrovňávání se	9	5	2	60,0	31,3	14,3
Nevyrovnanost	1	2	2	6,7	12,5	14,3

Tabulka č.7

### Časový zlom



Graf č.7

U skupiny A graf číslo 7 poukazuje na vyrovnání se s danou životní situací bez větších obtíží u nejmenšího počtu respondentů, spíše převažuje stálé vyrovnávání se s upoutáním na invalidní vozík.

Více než polovina respondentů ze skupiny B se již dokázala vyrovnat se změněnou životní situací a ve skupině C převážná většina také.

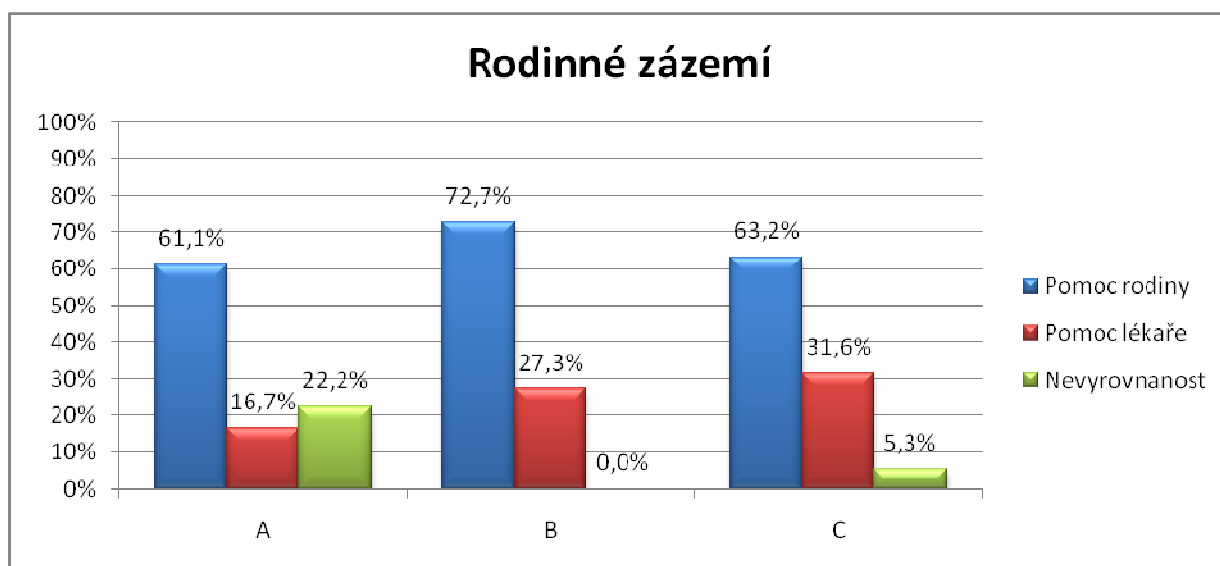
Domnívám se, že je to dáno časovým odstupem ode dne upoutání na invalidní vozík. Bohužel jsem nedokázala zjistit časový zlom vyrovnání se s danou zdravotní situací, protože ze skupiny A se stále ještě dotazovaní vyrovnávají se změněným zdravotním stavem a proto nevyplnili tento údaj.

Proto zde jen pro zajímavost uvádím z ostatních vyplněných dotazníků půlroční až roční časový údaj vyrovnání se s novou životní situací.

### 13.4.3 Rodinné zázemí

	A	B	C	A [%]	B [%]	C [%]
Pomoc rodiny	11	16	12	61,1	72,7	63,2
Pomoc lékaře	3	6	6	16,7	27,3	31,6
Bezpomoci(sám)	4	0	1	22,2	0,0	5,3

Tabulka č.8



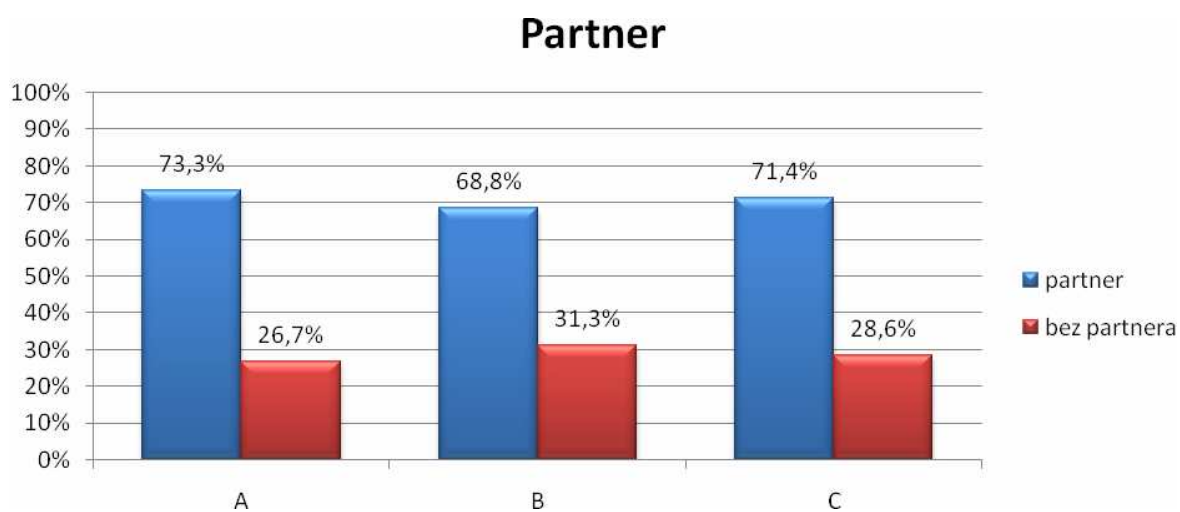
Graf č.8

V této části jsem porovnávala podporu rodiny ve všech třech skupinách. Skupina A uvedla pomoc rodiny v 61,1%, skupina B v 72,7% a skupina C v 63,2%. Tyto výsledky v jednotlivých skupinách byly vcelku vyrovnané.

### 13.4.4 Partnerství

	A	B	C	A [%]	B [%]	C [%]
partner	11	11	10	73,3	68,8	71,4
bez partnera	4	5	4	26,7	31,3	28,6

Tabulka č.9



Graf č.9

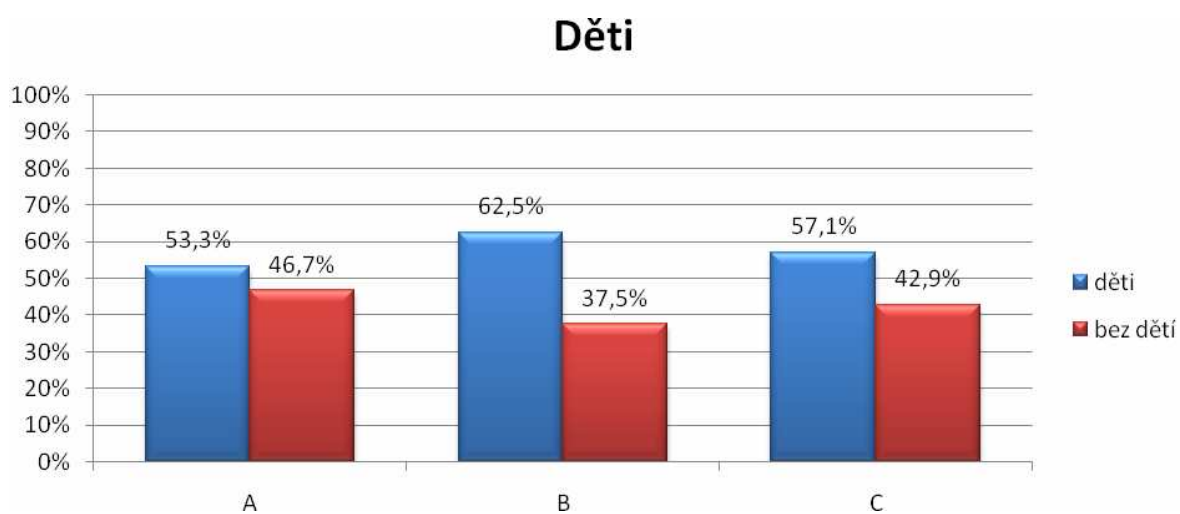
Graf a tabulka číslo 9 zjišťovala, zda jednotlivé skupiny mají partnera. Ve všech skupinách převážná část zdravotně postižených partnera uváděla, bez partnera byla nejvíce skupina B, tedy 1 – 10 let po upoutání na invalidní vozík.



### 13.4.5 Rodičovství

	A	B	C	A [%]	B [%]	C [%]
děti	8	10	8	53,3	62,5	57,1
bez dětí	7	6	6	46,7	37,5	42,9

Tabulka č.10

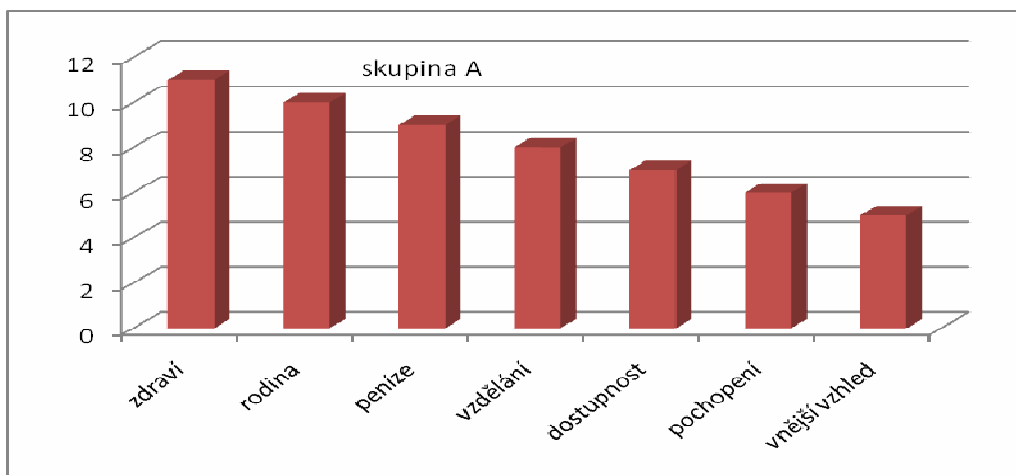


Graf č.10

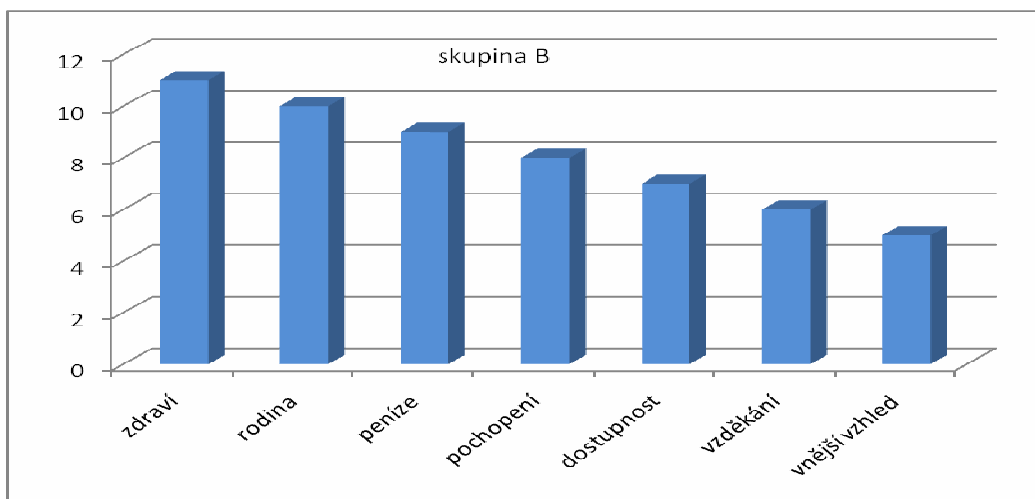
Součástí rodinného zázemí byla i otázka v oblasti rodičovství (děti). Tyto výsledky v jednotlivých skupinách byly velmi podobné, graf a tabulka číslo 10.

### 13.4.6 Žebříček hodnot

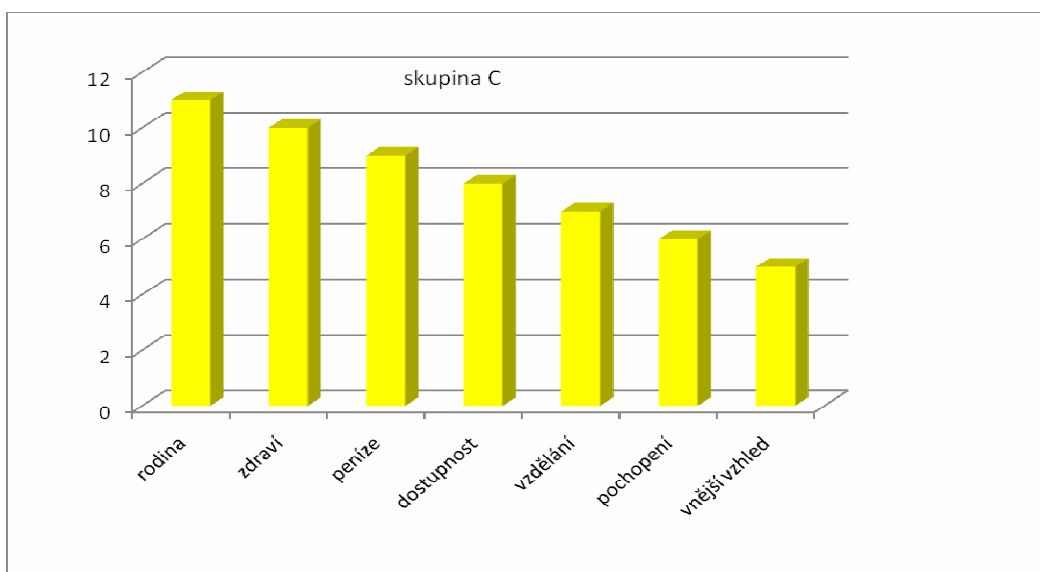
Poslední část se zaměřuje na ukázkou změny žebříčku hodnot u jednotlivých skupin.



Z tohoto grafu je patrné, že tato skupiny, tedy skupina s nejkratší dobou po úraze, uváděla na první tři místa zdraví, rodinu a peníze jako svůj žebříček hodnot.



I zde vidíme, že skupiny B uváděla stejný žebříček hodnot jako skupiny A v prvních třech bodech, dále je patrná změna v pořadí dalších hodnot.



Ve třetí skupině, tedy ve třetím grafu můžeme vidět změnu v prvním a druhém místě uvedení žebříčku hodnot oproti předcházejícím dvěma skupinám a to záměnu rodiny se zdravím. Třetí místo opět uvádí nutnost peněz. Zajímavé zde je, že žebříček hodnot se podobá žebříčku hodnot skupiny A, jen se liší v záměně hodnoty dostupnosti se vzděláním.

## 14 Diskuse

Na začátku výzkumu jsem si stanovila 7 hypotéz, které jsem se snažila svým výzkumem potvrdit. Po zhodnocení jednotlivých dotazníků jsem se mohla zaměřit na porovnání výsledků s předpokládanými hypotézami a zjistit, zda se mi potvrdily nebo vyvrátily.

V první hypotéze jsem se domnívala, že častější příčina upoutání na invalidní vozík bude úraz, ať už pracovní, sportovní nebo jiný. Ale výsledky výzkumu mi tuto hypotézu nepotvrdily, protože z grafů je patrné, že nejčastější příčina byla stanovena autonehoda, nehoda na motocyklu nebo jiná dopravní nehoda.

Ve druhé hypotéze jsem předpokládala, že budou zdravotně postižení dostatečně informovaní o své problematice i o sexuálním životě po upoutání na invalidní vozík již po nehodě, úraze a to nejčastěji od lékaře. Tato hypotéza se mi tedy potvrdila.

Třetí hypotéza byla zaměřena na zjištění vnímání zdravotně postižených jako na druh komunikace laických občanů se zdravotně postiženými. Domnívala jsem se, že zdravotně postižení budou spíše komunikaci hodnotit negativně a to tak, že budou mít pocit převážně soucitu a vyhýbavosti zdravých občanů. Tato hypotéza ale vyvrátila moji domněnku. Zdravotně postižení uváděli ve většině případů komunikaci jako s rovnocenným partnerem.

Následné hypotézy byly směřovány na porovnání jednotlivých skupin a to skupiny A (0 – 1 rok na vozíku), skupiny B (1 – 10 let na vozíku) a dále skupiny C (10 a více let na vozíku). Hypotéza číslo 4 porovnávala jednotlivé skupiny v zaměstnanosti. Předpokládala jsem, že zaměstnanost u skupiny A bude menší než u skupiny B a C. Příčinu jsem přikládala v brzké době po úraze nebo nehodě a následné rekonvalescenci, dále ztrátě donedávné práce díky současné změně zdravotní situaci. Tato hypotéza se mi potvrdila a poukázala tedy na nejmenší zaměstnanost ve skupině A oproti skupině B a C.

Další hypotéza, tedy hypotéza číslo 5, vyznačovala vlastně další úsek součástí hlavního cíle bakalářské práce a to, zda se zdravotně postižení dokázali s náročnou životní situací vyrovnat. Domnívala jsem se, že většina zdravotně postižených to zvládne i přes náročnost, kterou s sebou tato změněná životní situace nese. Má hypotéza se i v tomto případě potvrdila.

Hypotéza číslo 6 poukazovala na rodinné zázemí. Do této oblasti jsem zahrнула 3 objekty a to celkovou podporu od rodiny, kterou jsem předpokládala jako plnou podporu ve všech třech skupinách. Dále, zda zdravotně postižení mají či nemají partnera. I zde jsem předpokládala spíše přítomnost partnera a třetí oblast poukazovala na přítomnost dětí zdravotně postižených, většina

zdravotně postižených dětí měla. Tato hypotéza se potvrdila ve všech třech oblastech, zdravotně postižení tedy mají celkovou plnou podporu od rodiny, což považuji za velmi důležitý aspekt ve snazším sociálním bytí.

A poslední hypotéza číslo 7 srovnávala, jak se mění žebříček hodnot u jednotlivých skupin. Zde jsem se domnívala, že skupiny A si stanoví druhé a třetí pořadí žebříčku hodnot jinak než skupina B, C. Tato hypotéza byla zajímavá v tom, že u skupiny A a B byl žebříček hodnot stejný v prvních třech místech, dále už se žebříček hodnot měnil v porovnání s touto skupinou. Ale v porovnání skupiny A a C se žebříček hodnot měnil, ale v prvním a druhém místě žebříčku hodnot, kdy skupina C uváděla na první místo rodinu, na druhé místo zdraví a na třetí místo hodnotu peněz, což se tedy 3.místo shodovalo se všemi skupinami zároveň. Skupina B se oproti skupině C tedy také lišila v prvním a druhém místě žebříčku hodnot.

Tedy hypotéza číslo 7 se mi zcela nepotvrdila.

## 15 Závěr

Závěrem bych ráda zhodnotila hlavní cíl své práce. Ten obsahoval celkový pohled zdravotně postižených lidí na tuto náročnou životní situaci. S radostí můžu říci, že cíl byl splněn a to s kladným závěrem. Většina zdravotně postižených se dokázala integrovat do společnosti, dokázala bojovat s psychickými i fyzickými bariérami okolo sebe, dokázala si udržet či založit rodinu, dokázala se vyrovnat i s tak citlivou stránkou jako je sexuální život na vozíku a „postavit se na vlastní nohy“.

Ráda bych touto prací vyjádřila respekt a uznání zdravotně postiženým občanům a zároveň apelovala na zdravé spoluobčany, aby tuto menšinu nadále uznávali jako rovnocenné partnery a pomohli jim se integrovat mezi většinu – nás – zdravé občany, dokázali se vcítit do jejich náročné situace a uznat jejich neuvěřitelnou odvalu, bojovnost a hrdinství, které by málo kdo z nás - zdravých občanů také dokázal tak zvládnout.

Dále bych nerada opomenula i bezbariérovost, která se postupně lepší, ale stále není všude na tak potřebných místech jako je zdravotnictví, úřady ale i kulturní střediska. Měli bychom si uvědomit, že fyzický handicap pro postiženého člověka znamená zároveň i handicap psychický! Ráda bych také touto prací poukázala na některé nedostatky ve znalostech celkového přístupu ke zdravotně postiženým. Ještě stále potkáváme lidi, co se straní zdravotně postiženým, ať už ze strachu komunikace s těmito občany nebo pocitu „jiné existence“, či neznalosti, nezájmu, dokonce i štítlivosti tohoto postižení. Myslím si, že by se lidé neměli zdravotně postiženým občanům vyhýbat či se bát, že něco pokazí. Sama ze zkušenosti vím, že zdravotně postižení toto dokáží respektovat a hlavně ocenit. Ocenit zájem!

Měli bychom si uvědomit, že se tito lidé nesmí dát do jedné škatulky a ke všem se chovat stejným „předepsaným“ způsobem, ba naopak ke každému bychom měli přistupovat individuálně. A nepředpokládat, že i když je zdravotně postižený třeba 50 let na vozíku musí být sám se sebou, současnou životní situací a zdravotním stavem vyrovnaný!

Díky mé práci jsem navázala nová přátelství, získala jsem velké životní zkušenosti, a co mě těší nejvíce, že jsem dokázala zdravotně postiženým lidem dát naději, že jsem jedna ze zdravých občanů, co nejsou lhostejní! Proto prosím nebuďte také. Děkuji!

## 16 Soupis bibliografických citací

1. FILIPIOVÁ, D. *Život bez bariér*. Grada publishing, Praha 1998. ISBN 80-7169-233-6.
2. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, 2. vydání, Triton, Praha 2006. ISBN 80-7254-192-7.
3. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Karolinum, Praha 1995. ISBN 80-7184-030-0.
4. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Avicenum, Praha 1989. ISBN 08-065-89.
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*, Praha 1985
6. PFEIFFER, J. *Ergoterapie 2*. Avicenum, Praha 1990. ISBN 80-7013-020-2.
7. SESTRA 2/1998, Jarošová, D. *Psychosociální změny u pacientů po úrazu míchy*, str. 12
8. SVAZ PARAPLEGIKŮ – centrum Paraple s podporou MZ ČR. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*
9. TROJAN, S., DRUGA, R. a kol. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Grada publishing-Avicenum 1996. ISBN 80-7169-257-3.
10. VÁGNEROVÁ, M. HADJ – MOUSSOVÁ, Z. a kol. *Psychologie handicapu*. UK Praha, Karolinum 2001. ISBN 80-7184-929-4.
11. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Karolinum, UK Praha 2003. ISBN 80-7254-192-7.
12. VOZÍČKÁŘ 2/2007, Vodičková, R. *O sezení*, XVI. roč., str.13-15
13. VOZÍČKÁŘ 2/2007, Sixtová, H. *Máma na vozíku*, XVI. roč., str. 17
14. VOZÍČKÁŘ 2/2007, Nohavková, Z. *Dvě samozřejmosti: Samostatný život a peníze pro asistenta*, XVI. roč., str. 22
15. VOZÍČKÁŘ 4/2007, Kašpar, O. *Cestování na vozíku po železnici*, XVI. roč., str. 7
16. VOZÍČKÁŘ 4/2007, Antonovičová, M. *Problém s výtahy*, XVI. roč., str. 9
17. VOZÍČKÁŘ 4/2007, Antonovičová, M. *Euroklíče ano, ale...*, XVI. roč., str. 9

## **17 Seznam příloh**

Příloha 1 - **Zdravotně postižení a používání počítačů**

Příloha 2 - **Osobní asistence**

Příloha 3 - **Komunikace se zdravotně postiženými**

Příloha 4 - **Komplexní služby pro zdravotně postižené**

Příloha 5 - **Zásady pomoci vozíčkáři**

Příloha 6 - **Průběh psychické krize těžce nemocného pacienta**

Příloha 7 - **Porovnávání psychické situace zdravého a nemocného člověka**

Příloha 8 - **Invalidní vozík**

Příloha 9 - **Dopravní prostředky**

Příloha 10 - **Národní rozvojový program mobility pro všechny**

Příloha 11 - **Dotazník**

Příloha 12 - **Tabulky**



## **Příloha 1 - Zdravotně postižení a používání počítačů**

Při využívání počítačů postupují zdravotně postižení obvykle jako ostatní uživatelé. Z určitého hlediska jsou však pro ně počítače ještě důležitější nežli pro běžnou populaci vzhledem k omezením, jež jim jejich postižení způsobuje.

Internet i další elektronické databáze jsou významným zdrojem informací, které postižený hůře získává přímým dotazem či v knihovnách.

E-mailová pošta je významným prostředkem komunikace za situace, kdy je omezená možnost cestování nebo je postižena řeč.

Počítače i internetová síť mohou být významnou cestou vzdělávání pro ty, jimž pravidelná návštěva školy činí potíže.

Pro řadu postižených je počítač prostředkem jejich pracovního uplatnění. Jde o lidi, kteří jsou buď odborníky přímo na využití počítačů, tedy pracují jako programátoři, operátoři či správci informačních sítí. Širší je však skupina těch, kteří pomocí počítačů zpracovávají a předávají výsledky své odborné práce, např. redaktoři, právníci, recenzenti.

## **Příloha 2 - Osobní asistence**

Osobní asistenti jsou obvykle lidé nekvalifikovaní, kteří jsou placeni za služby pro zdravotně postižené a tím jim umožňují samostatnost. Těžce postižení, kteří mají zájem využít službu osobní asistence, musí vyplnit dotazník, který se skládá ze tří částí. První pojmenuje stupeň postižení, druhá podmínky, v nichž zdravotně postižený žije (pomoc rodiny, architektonické bariéry), třetí pak činnosti, při nichž bude osobní asistence využívána (soběstačnost, cestování, práce v domácnosti) a jak často.

Na základě těchto údajů se určí počet hodin asistence za měsíc, které bude moci klient osobní asistenci využívat – při každodenní asistenci je to zhruba sto hodin. Obvykle má každý vozíčkář několik asistentů, jejichž služby se vzájemně doplňují. Mzdu asistentů hradí organizace a klient se na ní podílí. Výběr asistentů provádí sám klient, ale organizace mu v tom často pomáhá. Klienti mají rovněž za úkol hledat sponzory, kteří se na financování asistence podílejí

### **Příloha 3 - Komunikace se zdravotně postiženými**

#### **Jak mluvit o lidech s postižením**

Pro skupiny lidí s postižením nepoužívejte zobecňující nálepky jako např. "postižení", "retardovaní", "neslyšící". Zdůrazňujte lidi, nikoliv nálepky, které rozdělují lidi do skupin a potvrzují staré předsudky a obavy. Zkuste mluvit o lidech s mentálním nebo tělesným postižením nebo o lidech, kteří jsou neslyšící.

Na prvním místě jsou lidé, nikoliv jejich postižení. Mluvte o dětech, které mají postižení, o ženě s autismem (ne o "postižené autismem" či "autistce"). Tím kladete důraz na osobnost jednotlivce a nikoliv na jeho funkční omezení.

Zdůrazňujte dovednosti, nikoliv omezení. Např.: používá vozík nebo chodí o berlích raději, než je odkázán na vozík nebo je invalidní. Používáte-li citově zabarvená slova jako nešťastný, politováníhodný atd., ujistěte se prosím, zda to odpovídá skutečnosti.

Pokud to není pro příběh (zprávu) zásadní, nezaměřujte se na postižení. Vyvarujte se srdceryvných příběhů o nevyléčitelných chorobách, vrozených vadách či těžkých zraněních. Soustřeďte se více na důsledky ovlivňující kvalitu života těchto lidí, jako je např. přístupnost dopravních prostředků, bydlení, dostupná zdravotní péče, nabídka zaměstnání či diskriminace.

Nepopisujte úspěchy lidí s postižením jako nadlidské. I když společnost úspěšné hrdiny obdivuje, nepředstavujte lidi s postižením jako superhvězdy. Vytváří to klamná očekávání, že všichni lidé s postižením mohou této úrovně dosáhnout.

Mluvíte-li o postiženích v důsledku onemocnění, nepředstavujte jednotlivce jako nemocné. Lidé, kteří měli např. dětskou obrnu a následkem toho mají postižení, nejsou aktuálně nemocní. Odkazy k onemocněním v souvislosti s postižením používejte pouze u chronických chorob jako je artritida, Parkinsonova nemoc či roztroušená skleróza. Pokud se nehovoří o vztahu k lékaři, lidé s postižením by nikdy neměli být považováni za pacienty.

Mluvíte-li o lidech bez postižení, mluvte o lidech bez postižení, spíše než o normálních nebo zdravých lidech.

Handicap není synonymem postižení. Označuje znevýhodnění vytvářené společností, prostředím či jednotlivci. Pro člověka na vozíku není v bariérové budově handicapem jeho fyzické postižení, ale schody.

Představujte lidi s postižením jako aktivní členy společnosti. Hovoříme-li o tom, co lidé s postižením mohou dělat (spíše než o tom, co dělat nemohou), pomáháme ostatním pochopit, že lidé s postižením se vyvíjejí, bouráme staré předsudky.

#### **Zásady komunikace s lidmi na invalidním vozíku**

- pozorně vnímat pacienta (zjistit stupeň postižení, gramotnost..)
- i přes různé atypické projevy předpokládat inteligenci pacienta
- věnovat pacientovi dostatek času
- nestát nad pacientem na lůžku, ale posadit se, kontakt z očí do očí, stejná úroveň očního kontaktu
- nevytýkat skutečnosti, které se nedají ovlivnit
- mluvit vždy s pacientem, ne s doprovodem
- mluvit vždy s úctou
- nelitovat
- nestydět se zeptat, když nevíme

#### **Příloha 4 - Komplexní služby pro zdravotně postižené**

Komplexní služby pro postižené zahrnují celou řadu opatření, činností, forem a postupů, které směřují k prevenci zdravotního postižení, jeho trvalých důsledků, odstraňování nebo zmírňování takových důsledků. Jsou to opatření, která vedou k normalizaci zdravotního postižení invalidních občanů. Úkolem služeb je uspokojit potřeby zdravotně postižených.

V ČR jsou komplexní služby pro postižené předmětem působení mnoha organizací a institucí. Výrazně se prosazuje snaha o zvýšení podílů soukromého sektoru v těchto oblastech:

- zobecňování zkušeností, koncepční činnost a iniciativy
- léčení a lázeňská péče
- poradenství, expertiza a právní pomoc a ochrana
- prevence handicapu
- rehabilitace
- výchova a vzdělávání
- pracovní uplatňování
- sociální služby a pomoc

- služby pro kulturní využívání volného času
- služby pro zabezpečování rekreace, tělovýchovy a sportu
- důchodové zabezpečení, slevy, výhody, sociální dávky
- protetické a rehabilitační pomůcky
- ústavní zabezpečení
- komunální služby, obchod, doprava

### **Příloha 5 - Zásady pomoci vozíčkáři**

Když jste s vozíčkářem, pohlízejte na něj jako na rovnocenného partnera. Pro většinu pomocníků je to samozřejmé, ale pro mnohé je soucitně povzbuzující poklepávání na rameno jediná forma kontaktu.

#### **Deset základních pravidel:**

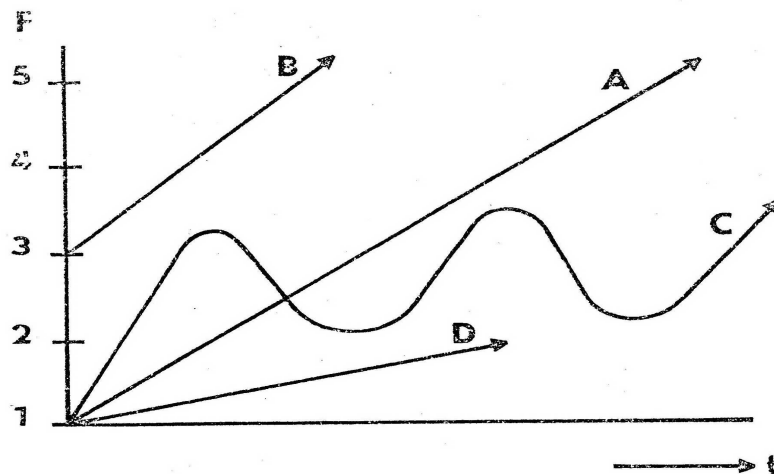
- Nikdy nerozhoduj za postiženého, když se jedná o něco z jeho osobní oblasti.
- Když potkáte na procházce s vozíčkářem známého, který se s Vámi dá do řeči, je třeba si k vozíčkáři stoupnout tak, aby se bez vyvracení krku mohl podílet na rozhovoru.
- Když navštívíte představení, obchodní dům, restauraci atd., jeďte velmi opatrně. Pro postiženého je obzvlášť nepříjemné, když vjede chodci na nohy, aniž by měl možnost tomu zabránit.
- Při nákupu musí postižený sám vyslovit svá přání. Na tom musí trvat doprovod, protože prodavači se téměř vždy obracejí na něj.
- Při nákupu nemůže doprovod zároveň brát nákupní vozík. Měl by promluvit s postiženým, zda mu může dát na klín malou plochou krabici, do které by se ukládalo zboží. Není příjemné mít na nohách hluboce zmražené zboží nebo kutálející se konzervy.
- Při všech situacích je třeba myslet na to, že vozíčkář má jiný zorný úhel než doprovod. Když jej chcete na něco upozornit, skloňte se, abyste zjistili, zda je to vidět i z pohledu postiženého.
- Hovor s doprovodem je pro postiženého vždy velmi únavný, když musí otáčet hlavu nahoru a dozadu. Při troše cviku lze také kráčet vedle vozíku a tlačít za opěrku ruky. Na rovině to není těžké.
- Při přecházení ulic s velkým provozem je třeba se vžít do pocitu postiženého "být vydán na pospas". To přesvědčí doprovod o potřebné opatrnosti. Také ve svahu je vydán

postižený na pospas. Velká rychlost a utíkající doprovod visící na vozíku jsou noční můrou pro každého postiženého.

- Když na procházce zůstane u vozíku stát dítě, dejte postiženému možnost s ním promluvit, aby ztratilo rozpaky před "jiným". Bohužel se často stává, že rodiče či doprovod brání dítěti ukojit přirozenou zvědavost.

### Příloha 6 - Průběh psychické krize těžce nemocného pacienta

Co ovlivňuje délku setrvání psychického procesu u té či oné fáze? Zde má význam celá řada činitelů: závažnost zdravotní změny, perspektivy u daného pacienta, stupeň zralosti pacientovy osobnosti, předcházející životní zkušenosti pacienta, co může pacient sám dělat pro zlepšení svého stavu.



Obrázek č. 3 – Průběh fází osobního vyrovnávání se ze změněným zdravotním stavem  
Průběh fází osobního vyrovnávání se ze změněným zdravotním stavem těžce nemocného pacienta:

- 1... fáze výkřiku a paniky
  - 2... fáze popírání, negace a nevidění
  - 3... fáze intruze, vtíravých myšlenek až obsese kritickou událostí a vším, co je s ní spojeno
  - 4... fáze osobního vyrovnávání se ze změněným zdravotním stavem
  - 5... fáze smiřování až smíření se ze změněným zdravotním stavem
- A... klasický postup, kdy pacient prochází postupně všemi fázemi tak, jak je uvedeno  
B... zkrácený postup, běžný u lehčích onemocnění

C... střídání fáze popírání a intruze – obvyklý průběh psychického dění u těžších pacientů

D... zkratkovitý průběh, který můžeme pozorovat u nejtěžších pacientů

F... fáze

## **Příloha 7 - porovnávání psychické situace zdravého a nemocného člověka**

### **V době zdraví:**

- Aktivita – daný člověk byl hlavním aktérem
- Relativní nezávislost – mohl si dělat, co chtěl
- Svůj životní rytmus si určoval do značné míry sám, měl ho zažitý, zvykl si na něj
- Byl zvyklý podávat dobrý výkon v činnostech, pro něž měl předpoklady (schopnosti, dovednosti), a to mu dodávalo sebedůvěru
- Dosud byl v živé sociální interakci se členy rodiny, spolupracovníky a známými
- Pohyboval se v dobře známém prostředí domova, pracoviště a ve společnosti
- Měl poměrně široký rozsah zájmů o práci a společenské dění
- Svému psychickému i fyzickému stavu doposud dobře rozuměl a ovládal jej
- V jeho citovém stavu převládaly kladné emocionální zážitky – radost, jistota, naděje
- Žil v poměrně široké časové dimenzi přítomnosti, budoucnosti i minulosti

### **V době nemoci:**

- Pasivita – pacient je předmětem péče mnohých a hlavním aktérem jsou jiní (lékař, sestra, apod.).
- Závislost na druhých – musí dělat, co mu druzí poručí
- Životní rytmus mu určují jiní, není na něj zvyklý, nemá ho zažitý a v lecčems se mu zdá nepřírozený
- Musí dělat činnosti, které moc neovládá a často to dělá tak, že mu to sebevědomí snižuje (devaluje to jeho sebedůvěru).
- Je v relativní sociální izolaci v nemocničním prostředí a stýká se s poměrně neznámými lidmi
- Je uzavřen v jemu poměrně neznámém prostředí nemocnice, kde mu je vše cizí.

- Okruh jeho zájmů se zúžil na jeho zdravotní stav (tělo).
- Svému psychickému i fyzickému stavu nerozumí a ztrácí nad ním vládu.
- Jeho citový stav charakterizuje soubor negativních emocionálních zážitků – strach, bolest, nejistota, obavy.
- Žije intenzívně jen v přítomnosti – budoucnost je nejistá a minulost ztracen

## **Příloha 8 - invalidní vozík**

### **Vozík jako běžná součást člověka s tělesným postižením**

Vozík je nejen běžnou pomůckou při dočasné či trvalé neschopnosti chůze, ale stal se i symbolem postiženého člověka a označením přístupnosti prostředí pro osoby na vozíku. Vozík pro invalidy je kvalitní a odpovídá světovým parametrům. Vozík by měl být co nejvíce funkční. Důležitý je i jeho design, poněvadž se vozík vlastně stává součástí osobnosti postiženého člověka.

V některých rehabilitačních centrech je výuka v jízdě na vozíku pro invalidy samostatnou disciplínou v rámci rehabilitačního programu.

Základní typ mechanického vozíku je u nás běžně dostupný a lze ho předepsat každému, pro něhož je chůze nemožná či omezená. V průběhu let se vypracoval optimální typ mechanického, tedy vlastní silou ovládaného vozíku, který vyhovuje více než 90 % uživatelů. Tento vozík má čtyři kola. Velká kola jsou umístěna vzadu a jsou opatřena hnacími kruhy, s jejichž pomocí se vozík pohání. Menší kola, umístěná vpředu, mají kromě běžné vodorovné osy ještě osu svislou, která umožňuje zahýbání vozíku. Vozík má brzdy. Postranní opěrky (područky) a stejně i opěrky chodidel bývají odnímatelné. To je důležité při přesunu z vozíku (na postel, na WC, do auta apod.).

Parametry základního typu vozíku jsou individuálně přizpůsobené rozměrům uživatele, a to především šířka sedačky a tím i celého vozíku. Výška sedačky je obvykle 50 cm nad podlahou. Vozík lze uchopením za střed sedadla složit a složený se pak obvykle nakládá a převáží. Je to nejčastější typ vozíku, velká kola vzadu umožňují dobře uchopit poháněcí kruh. Je také možné přiblížit se co nejvíce k lůžku, autu, vaně apod., velká kola vzadu umožňují, aby se postižený na vozíku otočil na velmi malé ploše. Nejmenší plochu pro manipulaci potřebuje vozík tříkolý s jedním kolem vzadu uprostřed, má to význam pro malé byty, koupelny a klozety. Někteří postižení mohou lépe využít sílu horních končetin, když jsou kola vpředu, protože využívají

částečně energie při předklonu trupu. U tohoto typu však nemůžeme vyjmout postranní opěru, respektive kola zabraňují, abychom se z vozíku přesouvali bokem. Při najíždění na drobné nerovnosti jsou velká kola vpředu také výhodou, ale při překonávání větších překážek (obrubník, chodník) se většinou vyplácejí malá kola vpředu. V místnosti se zcela hladkým povrchem jsou výhodné plné gummy. Venku, kde jsou drobné nerovnosti, musí mít vozíky nezbytně kola nafukovací.

Opěry pro nohy lze vychýlit do strany, aby bylo možno sestoupit na zem, zvláště když nejde o úplnou plegii dolních končetin a přesun z vozíku na jiné místo v blízkosti je možný jen tehdy, když se vzpřímí trup. Zádové opěradlo může být buď pevné, nebo sklopné. V mnoha případech je nutné polohování, jednak pro vznikající skoliózu při oslabeném trupovém svalstvu, jednak pro vznikající flečční kontrakturu v kyčelních a kolenních kloubech.

Velmi cennou aktivitou paraplegiků jsou různé sporty. Střelba z luku, hod oštěpem, ping-pong, ale i tenis a různé míčové hry. K tomu účelu slouží speciální vozík, značně zesílený s nízkou zádovou opěrou, aby se postižený mohl při rozmáchnutí paže zaklonit.

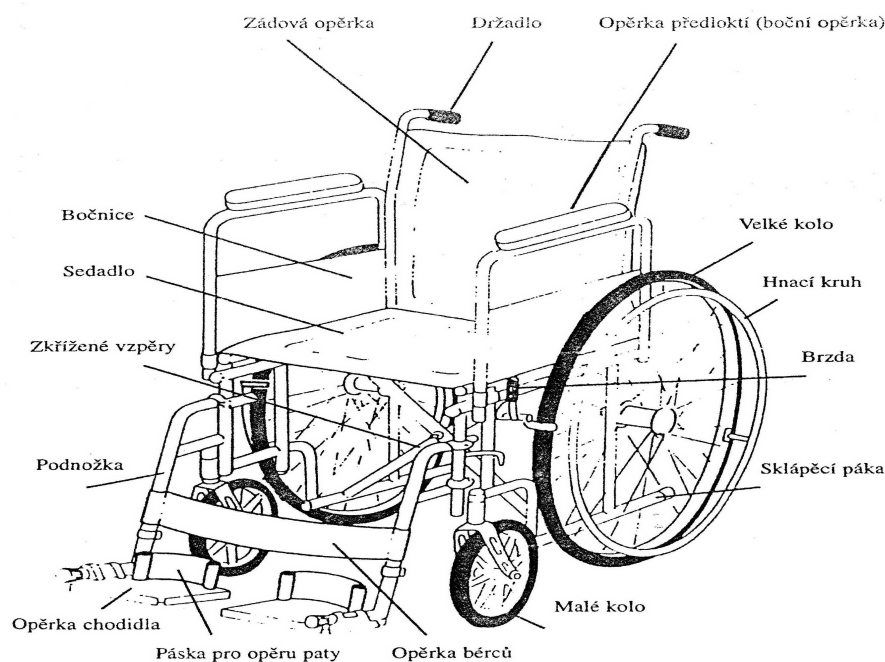
Doplňky vozíků jsou např. stolky, páky proti překlpení, ochranné kryty velkých kol apod. Pro jízdu v terénu může být doplňkem velké „páté kolo“ které vozíčkář pohání rukama pomocí převodů.

Vozíky elektrické a motorové jsou indikovány v případech, kdy postižený nedokáže vozík pohánět vlastní silou. Je široká nabídka elektrických vozíků od doplňkových motorů k vozíku mechanickému přes malý interiérový vozík až k vozíku exteriérovému, který je vybaven pro provoz na silnici a má dojezd 40 i více km.

Elektrický vozík se v některých případech může po odmontování akumulátoru složit podobně jako mechanický. Častěji se však převáží vcelku. Ovládání vozíku je obvykle vypínačem a pákou, kterou lze volit buď pro pravou nebo levou ruku. Nelze-li použít k ovládání ruce, je možno předepsat ovládání bradou nebo jiný alternativní způsob.

Vozíky s benzinovým motorem pro individuální dopravu jsou alternativou motocyklů. Jsou to obvykle trojkolky či čtyřkolky, mohou být určené pro jízdu terénem a mohou využívat i jako malé traktory. Na rozdíl od elektrických vozíků je nehradí pojišťovna a i z tohoto důvodu jsou rozšířené málo.





Obrázek č. 2 – základní typ vozíku pro postižené

## Příloha 9 – Dopravní prostředky používané pro cestování zdravotně postižených

Možnost cestovat patří mezi důležité potřeby současnosti. Cestování zdravotně postižených je jejich postižením znesnadněno a dopravní prostředky musí být často přizpůsobeny. Tím, že jsou schopni cestovat, jim umožníme setkávání s přáteli, návštěvu kulturních a společenských akcí, ale také cestování do práce či do školy.

Individuální doprava vlastním osobním autem je jistě nejuniverzálnější. Optimální je, aby sám postižený mohl řídit. Některé typy postižení znemožňují získat řidičský průkaz. Jiné vyžadují úpravy řízení, které jsou teď běžně dostupné. Pro vozičkáře je běžnou úpravou řízení : pouze rukama. Méně běžné, ale také dostupné je řízení jen nohama. K tomu se může využít i dalších alternativ, které řízení zjednodušují a snižují požadovanou sílu, což jsou posilovače brzdy a volantu, případně automatická spojka. Pokud má vozičkář cestovat samostatně, musí zvládnout i nastupování, tedy přesun z vozíku do auta a zpět, a nakládání mechanického vozíku. Dále je důležitá potřeba parkování na vyhrazeném parkovišti. Pro řízení po celý rok je výhodnější garáž, ať už individuální, nebo společná v bezbariérových domech, pochopitelně s bezbariérovým přístupem a dostatkem místa pro nastupování. K pravidelné výbavě těžce postižených teď patří mobilní telefon, kterým se v případě poruchy auta či havárie dovolají pomoci. Řada zdravotně

postižených vlastní auto i tehdy, když řídit nedovedou či nesmějí a využívají ho díky svému „šoféru“, obvykle členu rodiny, případně osobnímu asistentovi.

Veřejné prostředky pro dopravu individuální či v malých skupinách. Tato možnost u nás dosud není řešena k plné spokojenosti. Přesto existuje několik možností

1. Taxíky představují v řadě zemí pro postižené dostupnou a přijatelnou možnost. U nás je bohužel cena taxíků vysoká a jejich spolehlivost a ochota pomoci vozíčkáři nebývá vždy dostatečná.

2. Sanitky lze pochopitelně používat pouze k dopravě do zdravotnických zařízení u osob, které nezvládnou ze zdravotních důvodů veřejnou dopravu..

3. Mikrobus s plošinou je alternativa, kterou zajišťují některé organizace zdravotně postižených. Tuto možnost používají jednak při dopravě na akce, které samy organizují, ale také ji může postižený využít za nízkou cenu individuálně, pokud si dopravu předem objedná.

Jízda městskou hromadnou dopravou je zdravotně postiženým usnadněna tím, že obvykle vlastní některou z legitimací TP, ZTP či ZTP-P. Legitimace zaručuje přednostní nárok na sezení, neřeší však přístup do dopravního prostředku. Přesto však je určitá část těchto dopravních prostředků přístupná:

- linky, na nichž jezdí autobusy s plošinou
- metro má vagóny bezbariérové. Se zkušeným průvodcem může vozíčkář jezdit i na eskalátorech.
- nízkoplošné tramvaje umožňují přístup vozíku, pokud je vybudován zvýšený nástupní ostrůvek.
- přístupná pro vozík je i lanovka na Petřín

Dálková hromadná doprava. Zahrnuje tyto prostředky:

- Autobusy s plošinou vlastní obvykle organizace zdravotně postižených. Jsou speciálně upravené tak, že většina sedadel je odstraněna a vzniklé místo je určeno pro přepravu vozíčkářů. Používají se obvykle jednorázově, pro výlety a dopravu na akce těchto organizací, kde je většina členů na vozíku.
- Autobusy linkové jsou obvykle zcela bariérové. Přesto s nimi někteří vozíčkáři pravidelně cestují za podmínky, že se s pomocí doprovodu dostanou na sedadlo vyhrazené pro postižené. Pokud cestují bez doprovodu, záleží na ochotě řidiče a případných spolucestujících, zda vozíčkáři pomohou.

- Letadla vesměs umožňují přepravu vozíčkářů. Zajišťují asistenci při nasedání do letadla, kde ovšem obvykle přesunou vozíčkáře na speciální vozík, který projede uličkou v letadle odtud se vozíčkář přesune na běžné sedadlo. Proto je cestování na delší vzdálenosti pro mnohé vozíčkáře značná zátěž. Při přesedání, které je často spojeno se složitým cestováním na jinou část letiště, bývá také poskytována asistence.
- Vlakov jako základní dopravní prostředek je přístupný jen částečně. V jízdním řádu jsou uvedeny základní údaje, v první řadě bezbariérovost nádraží, která je jen na hlavních rychlíkových nádražích, a to v různém stupni. Co se týče vlaků, byly od 80. let na některé vagóny montovány plošiny. Vlaky, v nichž jsou takové vagóny k dispozici, jsou uvedeny v jízdním řádu. Dopravu v těchto vlacích však musí vozíčkář objednat 6-30 dnů před cestou, České dráhy však mohou cestu umožnit i při kratším termínu objednání.

#### **Příloha 10 - Národní rozvojový program mobility pro všechny**

Bezbariérovost infrastruktury a dopravních řetězců je důležitým faktorem kvality života a hraje klíčovou úlohu pro volbu místa bydliště a pracoviště obyvatelstva. Přístupná dopravní infrastruktura je hlavní podmínkou pro zapojení osob se sníženou schopností pohybu a orientace do aktivního života a zvýšení jejich ekonomických aktivit.

#### **Cíl programu mobility**

Cílem programu mobility je svobodný pohyb pro všechny skupiny obyvatelstva.

Cíle programu mobility je dosahováno prostřednictvím specifických cílů:

- zvýšení kvality a bezbariérovost dopravních komunikací ve městech
- bezbariérová dostupnost služeb veřejné a státní správy, zdravotních a sociálních služeb a pracovních a vzdělávacích příležitostí v rámci města/regionu,
- zlepšení přístupu všech obyvatel k dopravě
- zavedení signalizačních a informačních prostředků v dopravě

## **Příloha 11 - Dotazník**

Vážení respondenti,

jmenuji se Renata Pešavová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice, Fakulty zdravotnických studií obor Všeobecná sestra a provádím závěrečnou bakalářskou práci na téma : „PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA ŽIVOTA Z POHLEDU PARAPLEGIKA“. Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci, která spočívá ve vyplnění dotazníku, za což předem děkuji. Připomínám, že dotazník je anonymní a počítám tedy s pravdivými a upřímnými odpověďmi. Svoji prací a výzkumem bych ráda upozornila na tuto problematiku nejen z psychologického hlediska, a na Váš názor, Vaše překážky a bariéry v běžném životě paraplegika a snažila se společně nalézt řešení, aby závěrem má práce pomohla nejen Vám, ale i ostatním laickým občanům.

Mnohokrát děkuji.

Kroužkujte a vyplňujte prosím Vámi zvolené odpovědi :

1. Věk : .....

2. Pohlaví : a) žena

b) muž

3. Jaká je příčina upoutání na invalidní vozík? Specifikujte blíže.

.....

4. Co podle Vás znamená odborný výraz paraplegie?

.....

.....

5. Jste dostatečně informovaní o dané problematice?

- a) ano, informace považuji za dostatečné
- b) ne, nemám pocit dostatečné informovanosti
- c) nevím, neumím posoudit

6. Kde jste získal/a nejlépe formulovatelné, Vámi srozumitelné informace o této problematice?

- a) od lékaře
- b) od sestry
- c) od rodiny, přátel
- d) z edukačního materiálu, literatury
- e) z internetu
- f) kluby, asociace, sdružení tělesně postižených
- g) spolupacienti
- h) nikdo mě neinformoval

7. Jak jste prožíval/a daný zlom a jak se s danou životní situací srovnáváte?

- a) vyrovnal/a jsem se s tím, bez větších obtíží
- b) vyrovnal/a jsem se s tím, s obtížemi
- c) stále se vyrovnávám
- d) nevyrovnal/a
- e) nevyrovnám se s tím nikdy

+ popř. časový údaj vyrovnání se s danou životní situací po úraze, nehodě

.....

8. Kdo a co Vám pomohlo/pomáhá se s touto životní situací vyrovnat?

a) rodina, přátelé, blízcí

b) zdravotnický personál

c) sám/sama

d) uzavřel/a jsem se do sebe

e) hledal/a jsem útěchu v alkoholu, drogách

f) sportovním vybitím, pomocí koníčků

g) jiné.....

9. Pomáhá Vám víra s lepším se vyrovnáním dané situace ?

a) ano

b) ne

c) ne, nejsem věřící

10. Jak dlouho jste na invalidním vozíku? Vepište prosím přesný údaj (dny, měsíce, roky)

.....

11. Jaký je zájem rodiny o Vás a o danou problematiku? Zvolte prosím jedno z čísel z dané stupnice ( 0 = naprostý nezájem, 1 = nezájem jen o některé oblasti, nestojím o to, 2 = zájem, pomoc, ale velké bariéry, 3 = zájem, pomoc, ale drobné bariéry, 4 = zájem, ale přál/a bych si více, 5 = naprostý zájem a pomoc ve všech oblastech )

.....

12. Jaké máte/volíte v současné době přátele?

a) zdravé/vozičkáře, nedělám v tom rozdíly

b) spíše vozičkáře

c) spíše zdravé

d) nemám přátele, nepotřebuji přátele

Odpovězte prosím, proč jste zvolili danou odpověď?

.....

.....

.....

.....

13. Jaké jsou pro Vás největší 3 bariéry ve Vašem ztíženém životě (např. bezbariérovost, špatná komunikace s ostatními, finance, zdravotnictví.....)? Specifikujte blíže.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Jakým způsobem byste zvolené bariéry v otázce č.13 řešili, co byste rádi změnili?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Jaký je Váš žebříček hodnot? Seřad'te Vámi vybrané hodnoty od 1 do 10 ( 1 = nejdůležitější až 10 = to, bez čeho se obejdu ), popř. zvolte pouze 3 hodnoty.

Zdraví

Přátelé

Rodina, partner, děti, příbuzní

Peníze

Porozumění / tolerance

Dostupnost

Láska

Uznání a ocenění

Vzdělání/zaměstnání

Krása, vnější vzhled

Jiné.....

16. Váš názor na bezbariérovost / dostupnost služeb doma i na veřejnosti?

.....

.....

.....

.....

17. Pomoc státu je

a) zajištěna, jsem spokojen/a s výší finančního příspěvku od státu

b) zajištěna, nejsem spokojen/a s výší finančního příspěvku od státu

c) nezajištěna nebo je zatím v šetření



18. Jste zaměstnaný/á ?

- a) ano
- b) ne
- c) jen ve svém volném čase

Pokud ano o jaký druh práce se jedná? .....

19. Vlastníte bezbariérový byt?

- a) ano
- b) ne
- c) stále čekám na přidělení

20. Jak zvládáte zajištění chodu domácnosti? Jak jste soběstační? Možnost volby více odpovědí.

- a) sám, jsem soběstačný/á
- b) pomoc rodiny
- c) mám osobního asistenta/ku, jiného pomocníka
- d) bohužel nejsem soběstačný/á v ničem
- e) přátelé, sousedé
- f) jiné.....

21. Popř. v čem pomoc potřebujete / uvítáte? Možnost volby více odpovědí.

- a) vaření
- b) úklid
- c) ošetrovatelská péče (WC, sprcha, výměna plen,...)
- d) nákup
- e) doprovod po městě, k lékaři, na úřady, jinam
- f) dopomoc v péči o děti
- g) přesuny
- h) jiné.....

22. Máte partnera?

- a) ano
- b) ne
- c) nechci odpovídat

23. Má Váš partner, popř. přátelé stejné či jiné postižení?

- a) ano
- b) ne
- c) ne, ale někdy bych byl/a radši

24. Pracuje Váš partner ve zdravotnictví?

- a) ano
- b) ne
- c) nemám partnera

25. Máte děti?

- a) ano mám
- b) ne nemám
- c) rád/a bych, nemůžu mít děti
- d) ne, a ani nechci mít děti
- e) ne ještě děti nemám, ale chtěl/a bych

26. Jste spokojeni se svým sexuálním životem?

- a) ano
- b) ne
- c) nechci odpovídat
- d) nežiji sexuálním životem

27. Poskytl Vám někdo informace o sexuálním životě po upoutání na vozík?

- a) ano v plném rozsahu
- b) ano, ale ne v takové míře, jak bych si přál/a
- c) ne a informace mi chyběly, mrzelo mě to, měl/a jsem zájem
- d) ne a nezajímá mě to

28. Bojí se s Vámi ostatní hovořit na téma sexuálního života?

- a) ano
- b) ne
- c) stejně si o tom nechci povídat

29. Jak trávíte svůj volný čas? Možnost volby více odpovědí.

- a) s přáteli
- b) věnuji se rodině
- c) čtu si, dívám se na televizi, relaxuji
- d) mám své koníčky
- e) sportovní vyžití ( plavání, tenis, ping-pong aj.)
- f) kutilství/háčkování, pletení
- g) pracuji doma
- h) počítač
- i) navštěvuji divadlo, plesy, kina,..
- j) klub vozíčkářů
- k) rehabilitace, cvičení
- l) procházky, příroda
- m) hospůdky, restaurace
- n) nijak, nechodím do společnosti, koníčky nemám
- o) jiné .....

30. Jak s Vámi komunikují ostatní?

- a) jako s rovnocenným partnerem
- b) s lítostí a soucitem
- c) s nezájmem
- d) s nervozitou
- e) s vyhýbavostí
- f) nekomunikuje
- g) komunikují, ale spíše s mojí doprovázející osobou

31. Jste rádi, že jste mohli vyjádřit svůj názor alespoň touto formou?

- a) ano
- b) ne
- c) je mi to jedno, jen jsem to vyplnil/a  
popř. co Vám dal tento dotazník?

.....

.....

.....

## Příloha 12 – Tabulky – Žebříček hodnot

<b>skupina A</b>	
zdraví	11
rodina	10
peníze	9
vzdělání	8
dostupnost	7
pochopení	6
vnější vzhled	5

<b>skupina B</b>	
zdraví	11
rodina	10
peníze	9
pochopení	8
dostupnost	7
vzdělání	6
vnější vzhled	5

<b>skupina C</b>	
rodina	11
zdraví	10
peníze	9
dostupnost	8
vzdělání	7
pochopení	6
vnější vzhled	5