

Masarykova univerzita

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

**KVALITA ŽIVOTA U OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM
V DOSPĚLOSTI**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:
doc.PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Vypracovala:
Zuzana Čížková

Brno 2007

Poděkování:

Velmi děkuji panu doc. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, čas a cenné připomínky, které mi poskytoval při vypracování diplomové práce.

Chtěla bych touto cestou poděkovat lidem se zdravotním postižením, kteří se podíleli na výzkumném šetření a také děkuji svému manželu Miroslavovi a celé své rodině za jejich podporu při studiu.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen
prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Masarykově univerzitě v Brně v knihovně
Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

.....
podpis

Obsah:

Úvod.....	5
1. Vymezení tělesného postižení.....	6
1.1. Rozdělení pohybových vad.....	7
1.2. Chronická onemocnění.....	13
1.3. Psychologie osob s tělesným postižením.....	14
1.4. Léčebná rehabilitace	18
2. Péče o tělesně postižené v dospělosti.....	22
2.1. Vymezení pojmu dospělost.....	22
2.2. Vzdělávání dospělých	24
2.3. Pracovní uplatnění osob s tělesným postižením	27
2.4. Sociální služby.....	30
3. Kvalita života.....	34
3.1. Pojem kvalita života	34
3.2. Metody měření kvality života.....	38
3.3. Nástroje měření.....	41
3.4. Kvalita života dospělých osob s tělesným postižením.....	45
4. Empirické šetření.....	49
4.1. Cíl průzkumu, formulace hypotéz, výzkumné techniky	49
4.2. Univariační analýza.....	50
4.3. Bivariační analýza podle pohlaví.....	62
4.4. Závěry z výzkumného šetření.....	70
Závěr.....	71
Shrnutí.....	72
Resumé.....	73
Literatura.....	74
Přílohy	

ÚVOD

*„Není to délka básně, co činí báseň krásnou – a není to
délka života, ale jeho kvalita, co dělá život krásným.“*

(Seneca)

Kvalita života je pojem, který je v poslední době velmi rozšířen, ať jde o lidi zdravé či nemocné. Kvalita života jednoho člověka se nedá srovnat s kvalitou života člověka jiného, neboť je to čistě subjektivní záležitost, jak hodnotíme svůj život, zda žijeme smysluplně, zda jsme spokojeni s tím, jak a pro co žijeme. Domnívám se, že život jedince s tělesným postižením i život jedince bez postižení má velkou hodnotu, z důvodu života samotného.

Svým původním povoláním jsem rehabilitační sestra a ve své praxi jsem se setkala s mnoha lidmi, kteří byli tělesně postižení ať už od narození či po úrazu, autonehodě, nebo se jejich stav zhoršoval progresivními chronickými chorobami, které způsobovaly postupnou ztrátu hybnosti a tím i větší závislost na svých blízkých či na okolí. Mohla jsem také pozorovat změnu kvality života na svém bratrovi, kterému lékaři ve 22 letech zjistili cukrovku a ze dne na den se mu zhroutil svět. Měl své představy a plány do budoucna, které musel pohřbít a začít přemýšlet, chovat se a jednat tak, aby si udržel kvalitu života alespoň v mezích, které nemoc dovoluje. Pro zvolení tématu „ Kvalita života u osob s tělesným postižením v dospělosti mě přiměla osobní zkušenost s těmito lidmi i výše zmíněná situace v rodině.

Cílem mé diplomové práce je zjistit, jak lidé s tělesným postižením v dospělosti hodnotí kvalitu života, jak jsou s jednotlivými oblastmi ve svém životě spokojeni a jakou jim připisují důležitost.

1. VYMEZENÍ TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

Osoby s tělesným postižením dle stupně a rozsahu jsou omezeny ve svém pohybu, v sebeobsluze, mají problémy komunikační a společenské. Mívají postiženy horní či dolní končetiny vlivem např. úrazu, autonehody, mohou být po amputaci končetin různého stupně, nebo mohou mít chronické onemocnění, které nemusí být viditelné, ale způsobuje člověku nemalé potíže. Člověk s tělesným postižením musí celý život překonávat překážky: architektonické i společenské.

Vzhledem k termínu „**tělesné postižení**“ je významné následující vymezení pojmů:

Vada (poškození) – vady podpůrného a pohybového aparátu, poškození jiných orgánových systémů, podstatné somatické změny, deformace.

Omezení/snížení výkonu – kvantitativní omezení a kvalitativní změny pohybového výkonu, měřeno vzhledem k normální výkonnosti v závislosti na věku a vzhledem k životnímu prostředí.

Postižení – trvalé podstatné působení na kognitivní, emocionální, a sociální výkony, ztížená sociální interakce, neúplné nebo chybějící přebírání společenských rolí, které odpovídají věku a pohlaví (Vítková, 1999).

U osob s tělesným postižením, s vrozenou vadou, po úraze či s chronickým onemocněním je velmi důležitá ucelená rehabilitace, která má za úkol co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení. Mezi složky ucelené rehabilitace patří: rehabilitace léčebná, pedagogická, pracovní a sociální. Ve 2.kapitole se více vrátím k pracovní složce, která je u tělesně či chronicky nemocných osob v dospělosti aktuální.

Výchovou a vzděláváním tělesně a zdravotně postižených dětí, mládeže i dospělých osob se zabývá vědní obor speciální pedagogiky **somatopedie**.

Název oboru vznikl z řeckých slov soma (tělo) a paidea (výchova). Spolu s dalšími obory – psychopedií, oftalmopedií, logopedií, surdopedií a etopedií tvoří vědní oblast speciální pedagogiky. Somatopedie zahrnuje také výchovně vzdělávací péči, která vede k socializaci nebo resocializaci dětí, mladistvých i dospělých tělesně a zdravotně postižených osob. Tuto péči potřebují zejména lidé, kteří byli

postižení nemocí či úrazem až v dospělosti a mají již vyřešenou otázku volby zaměstnání nebo již několik let byli v pracovním procesu a jsou před návratem z léčebného zařízení do rodinného a společenského prostředí. Potřebují pomoci při nácviku sebeobsluhy, při běžných denních činnostech i v přípravě na výkon původního nebo nového povolání při změnách, a zpravidla snížených, pracovních schopnostech a možnostech (srov. Kábele, Somatopedie, 1992).

1.1. Rozdělení pohybových vad

Pohybové vady se dělí podle různých kritérií. Lili Monatová rozlišuje dvě základní skupiny, k nimž patří poruchy vrozené včetně dědičných a poruchy získané. Všechny pohybové vady mohou být různého stupně. Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu obrn centrálních, periferních, deformace, malformace a amputace.

Obrny vznikají poškozením centrální a periferní nervové soustavy. Do centrální části patří mozek a mícha a periferní část je tvořena obvodovým nervstvem.

Dle rozsahu a závažnosti se obrny dělí na:

- parézy- částečné ochrnutí
- plégie- úplné ochrnutí

Obrny centrální

Mezi závažná onemocnění centrální nervové soustavy patří **dětská mozková obrna (DMO)**. Jde o raně vzniklé poškození mozku, vzniklé před porodem, při porodu nebo krátce po něm a projevující se převážně v poruchách a vývoji hybnosti (srov. Lesný, 1972).

Mezi prenatální příčiny patří vývojové anomálie dítěte, onemocnění dělohy a placenty, krvácení matky, infekce v časném stádiu těhotenství, RTG –záření, kouření, alkohol, drogy, metabolické poruchy matky, aj.

Mezi perinatální příčiny patří abnormální porody (protrahovaný, kleštový, porod koncem pánevním), množství analgetik či anestetik, asfyxie, nitrolební krvácení, metabolické bilirubinové encefalitidy, bakteriální meningomyelitidy.

Uplatnění postnatálních příčin se připouští do 1 roku věku dítěte. Patří sem:
úrazy hlavy a infekce centrální nervové soustavy.

Formy DMO dle Kapounka:

Spastická

- diparetická forma:- klasická diparetická forma(zvýšený svalový tonus DKK)
- paukospastická forma (ochrnutí DKK je mírné)
- hemiparetická forma (obrna končetin jedné ½ těla)
- kvadraparetická forma (současné postižení HKK i DKK)

Nespastická

- hypotonická forma (snížený svalový tonus, po 3 letech se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou)
- dyskinetická forma (nadměrné nepotlačitelné, mimovolní pohyby)
- mozečková forma (snížený svalový tonus na trupu a končetinách, postižena pohybová koordinace)
- LMD

Mezi doprovodná postižení u DMO patří:

- časté epileptické záchvaty
- zvýšená pohyblivost a neklid
- nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představivost
- omezení intelektových schopností (u 1/3 dětí je diagnostikovaná mentální retardace (MR), u 1/3 dětí poruchy učení, 1/3 dětí má intelekt v normě)
- častá smyslová postižení (strabismus, vady refrakce, vady středního a vnitřního ucha, poruchy řeči-dysartrie)
- emocionální labilita
- výkyvy v duševní výkonnosti

Lehká mozková dysfunkce (LMD)

Je projevem časného obvykle méně závažného a neprogresivního poškození mozku, které se manifestuje postižením motoriky nebo psychiky v menší míře než je tomu u DMO, i když etiologie a patogeneze jsou stejné. LMD lze tedy považovat za nejlehčí formu DMO či mezistupeň mezi DMO a normálním stavem (Šlapal, 1996).

U tohoto onemocnění se projevuje neklid, hyperaktivita, impulsivnost, nedostatek koordinace, nesoustředěnost, problémy s pozorností, poruchy paměti a myšlení, deficity ve vnímání, časté jsou poruchy učení, opožděný vývoj řeči, problémy v komunikaci a v interakci.

Dětská obrna (poliomyelitis anterior acuta)

Jedná se o infekční onemocnění, které postihovalo nejčastěji děti v předškolním věku a zanechávalo trvalé a často velmi těžké následky.

Následkem onemocnění bylo ochrnutí svalů na končetinách, intelekt zůstával nepoškozen. Od roku 1958 jsou všechny děti očkovány Sabinovou vakcínou a nové případy nebyly od té doby u nás zaznamenány (Pipeková a kol.,1998).

Záněty mozku (encephalitidy)

Nejčastěji jsou vyvolány mikrobiálními činiteli. V první fázi vnikne mikrob do krve a objevují se příznaky podobné chřipce s horečkou, bolestmi hlavy a nechutenstvím. Po přechodné fázi zdánlivého zlepšení se objevují vysoké teploty, třes, ochrnutí končetin. Častý je i výskyt epileptických záchvatů. Po odeznění nemoci se jednotlivé příznaky většinou ztrácejí (Pipeková, 1998).

Záněty mozku a záněty mozkových blan, které se objeví v útlém věku, kdy se mozek prudce rozvíjí, mohou mít nepříznivé následky na další mentální vývoj (Gutvirth, 1980).

Dalším závažným onemocněním jsou nádory mozku (tumor cerebri).

Po operacích nádorů zůstávají ve většině případů poruchy v oblasti motoriky, v oblasti řeči, postižena může být i paměť, mnohdy se vyskytne i epilepsie.

Cévní mozkové příhody (mozková mrtvice, iktus)

Jsou v současné době v rozvinutých západních zemích nejčastější příčinou úmrtí. Vznikají: - krvácením tepny do mozku, v důsledku prasknutí cévy

- trombózou - ucpáním mozkové tepny, v důsledku poškození stěny usazeninami lipidů
- embolií – vmetením krevní sraženiny do tepny

Následkem bývají pravostranné či levostranné hemiparézy až hemiplegie, porušena bývá i řeč (afázie). Většinou se vyskytují u věkově starší populace.

Vlivem úrazu či autonehody vznikají tzv. **traumatické obrny**. Může jít o otevřené či uzavřené poranění hlavy.

Rozlišujeme dle stupně postižení:

- **otřes mozku (komoce)**- nejlehčí stupeň
- **stlačení mozku (komprese)**
- **zhmoždění mozku (kontuze)**- nejtěžší stupeň

Míšní obrna patří k závažným onemocněním. Vzniká velmi často úrazem s následným poraněním míchy např. při autonehodě, skokem do vody. Může jít o částečné nebo úplné přerušení míchy. Postižení hybnosti závisí na místě poškození míchy. Čím vyšší segment míchy je postižen, tím menší pohybové schopnosti bude jedinec mít, objevuje se **paraplegie až kvadruplegie**.

Vrozeným postižením je **rozštěp páteře (spina bifida)** bez postižení míchy nebo jejich plen, rozštěp páteře a míšních plen (meningokéla), rozštěp páteře, plen a míchy (meningomyelokéla). Vada vzniká nesprávným uzavřením páteřního kanálu, nejčastěji v bederní části. (Kapounek, B., Kapounek, A., 1989, s. 123 an.). U jedinců s tímto postižením vzniká částečná až úplná obrna dolních končetin, dochází k obrně svěračů, intelekt nebývá postižen.

Degenerativní onemocnění mozku

Projevuje se až v průběhu života člověka. Dochází k rozpadu a zániku nervových buněk nervových vláken až nervových drah. Patří sem např.:

- **Mozečková heredoataxie** (Senator-Marieova choroba), je dědičná, vzniká postižením jedné nebo obou hemisfér. Jde o postupnou degeneraci mozečku,

příp.i míchy. Pro jedince takto postiženého je typická vrávoravá chůze, třes očí, atrofie a poruchy řeči.

Degenerativní onemocnění míchy

- **Friedreichova heredoataxie** – objevuje se kolem 6. roku dítěte, dochází degeneraci postranních a zadních provazců míšních. Dítě trpí nystagmem, má typické změny na EEG, objevuje se u něj deformita nohy – tzv. koňská noha s vysokým nártem a s kladívkovitým držením prstů, zj.palce- říká se jí Friedrichova noha, velmi často se vyskytuje u rodinných příslušníků nemocného.

Dalším těžkým postižením je **roztroušená skleróza (sclerosis cerebrospinalis multiplex)**. Patří do skupiny demyelinizačních onemocnění, při kterých dochází k poruše myelinových pochev v CNS, postihuje bílou hmotu hlavně mozku, mozečku a míchy. Vyskytuje se převážně u mladých lidí mezi 20. a 30. rokem, objevují se zrakové poruchy (dvojité vidění), poruchy chůze, parézy- nejčastěji spastická paréza na dolních končetinách, skandovaná řeč, nystagmus. Průběh onemocnění je kolísavý, platí, že čím mladšího jedince nemoc postihne, tím je průběh a prognóza horší.

Obrny periferní

Při poruše periferního nervu nemocný ztrácí s poruchou hybnosti v ochrnuté oblasti také vnímání dotyku, tepla, chladu a bolesti. Jednotlivé nervy mohou být poškozeny mechanickým poraněním nervu (např.stlačením, nádorem), toxickým postižením, zánětlivým postižením nervu, degenerativním procesem či vrozenou poruchou (chyběním některého či více nervů). Dochází k obrně na dolních a horních končetinách a také důsledkem prochlazení i k paréze lícních nervů.

Příznakem periferních paréz je: snížená svalová síla, hyporeflexie až areflexie, hypotonie až atonie, trofické změny, změny povrchové i hluboké citivosti, fascikulace, změny na EMG.

Deformace

Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla. ***K vrozeným deformacím*** patří vývojové deformity lebky, kloubů, svalů a končetin (Monatová in Vítková 1999).

Do skupiny získaných deformací patří skoliózy a kyfózy. Vznikají dlouhodobým nesprávným držením těla, oslabeným svalovým aparátem (např. svalstvem podél páteře). Tato vybočení páteře bývají trvalá.

Perthesova choroba se projevuje bolestí v kyčelním kloubu při chůzi, dítě kulhá. Jde o postižení hlavičky stehenní kosti zánětem.

Myopatie (progresivní svalová dystrofie) - jde o primární svalové onemocnění. Projevuje se tím, že svalová vlákna se postupně rozpadají a jsou nahrazována tukovým vazivem a dochází k omezování pohybu. K charakteristickým projevům nemoci patří kolébavá kachní chůze, prohnutý stoj s vystrčeným břichem a s odstávajícími lopatkami a myopatické šplhání při vstávání (Kraus, J., Šandera, O.,1964).

Malformace

Malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin. Částečné chybění končetiny označujeme jako ***amélie***, stav, kdy končetina navazuje přímo na trup, nazýváme ***fokomélie***. Malformace patří do skupiny vrozených vývojových vad (Pipeková a kol.,1998).

Amputace

Amputace je umělé odnětí části organismu, nejčastěji části končetin. Dochází k nim při autonehodách, po úrazu, při chronických cévních chorobách, při sepsi nebo při zhoubných nádorech.

1.2. Chronická onemocnění

Chronická onemocnění se řadí do skupiny tělesných postižení. Na první pohled není na člověku s chronickou nemocí patrné, že je nemocný a že mu choroba působí nemalé potíže, ale opak je pravdou. Podle závažnosti nemoci se potom léčí ambulantně nebo pobyty v nemocnicích či lázeňských a rehabilitačních zařízeních.

Mezi chronická onemocnění patří:

- **Astmatická a respirační onemocnění**
např. **Astma bronchiale** – projevující se záchvaty expirační (výdechové) dušnosti, vyvolané bronchospasmem s edémem sliznice a nadměrnou tvorbou vazkého hlenu
- **Alergická onemocnění**
např. Pylová alergie, Léková alergie, Alergie na bodnutí hmyzu, atd.
- **Nemoci srdce**
např. Ischemická choroba srdeční
- **Cévní onemocnění**
- **Krevní onemocnění**
např. Anémie – chudokrevnost, jde o snížení počtu červených krve
- **Nemoci žláz**
např. Cushingův syndrom – vzniká zvýšeným vylučováním adrenokortikotropního hormonu, objevuje se rychlé tloustnutí v obličeji a na trupu, zástava růstu, únavnost, zvýšení krevního tlaku (Zahálková, 2000)
- **Onemocnění vnitřních orgánů**
např. Crohnova choroba – jde o chronickou zánětlivou reakci střev, objevuje se nechutenství, teploty, zpomalení růstu, chudokrevnost, komplikace kožní, kloubní a oční; tato nemoc může postiženého v různém rozsahu invalidizovat.
- **Onkologická onemocnění**
- **Psychiatrická a neurologická onemocnění**
např. Epilepsie – jako nemoc je epilepsie charakterizována opakováním epileptických záchvatů. Epileptický záchvat se projevuje náhlou poruchou

vědomí často spojenou s křečemi; vzniká záchvatovou poruchou elektrické činnosti mozku (Kraus,J., Šandera,O., 1964).

Lidem, kteří v průběhu života onemocněli některou z výše uvedených nemocí se změnil rytmus života jako takového, změnil se žebříček hodnot, způsob uvažování, způsob života (např.dieta, více odpočinku, pravidelné užívání medikamentů, kontroly u lékaře, atd.) Nemoci mohou také přijít o zaměstnání, která mnohdy vyžadují výborný zdravotní stav. Nemoc člověku ze dne na den vezme víze do budoucnosti,veškeré plány o životě jsou zmařeny, profesní postup i případná známost je ohrožena.

1.3. Psychologie osob s tělesným postižením

Z psychologického hlediska má tělesné postižení dva základní aspekty, které se projevují nedostatečnou pohybovou kompetencí a deformovaným zevnějškem.

Vrozené postižení, respektive v raném věku získané, ovlivňuje ve větší míře vývoj jedince, ale subjektivně není tak traumatizující.

Naopak **postižení získané** představuje vyšší trauma, protože postižený jedinec ví, co ztratil, dokáže porovnávat a novou situaci považuje jednoznačně za horší. Významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu života tělesně postiženého je rozsah a stupeň pohybového omezení, kdy rozhodujícím faktorem se stává úroveň soběstačnosti. Ta je dána schopností jakékoli samostatné **lokomoce** a schopností jakékoli samostatné **sebeobsluhy** (Vágnerová, 1999).

Vždy když člověk utrpí tělesný handicap nebo onemocní chronickou chorobou, znamená to v osobnosti člověka nejen změny somatické, ale i duševní. Jsme jako lidé psychosomatickou jednotkou a velmi záleží na tom, jak se s danou skutečností vyrovnáme. Zvládání zátěží je v psychologii označováno termínem **coping**.

Zpracování zátěže, v tomto případě závažného onemocnění, probíhá ve fázích dle Küblerové-Rossové (1995):

1. Fáze šoku a popření

Následuje bezprostředně po zjištění, resp.informaci o chorobě. Taková informace představuje závažné ohrožení, které nemocný nechce přijmout. Není schopen se s ním tak rychle vyrovnat, a proto si dopřává odklad. V této době sám sobě předstírá, že něco takového nemůže být pravda, že již nikdy nebude zdravý, nebo

dokonce nebude žít. Popření je akcentovanou psychickou reakcí, která se někdy objevuje i navzdory somatickým potížím (již delší dobu signalizujícím ztrátu zdraví).

2. Fáze postupného přijetí skutečnosti, že je člověk závažně nemocný. Somatické potíže nelze donekonečna popírat ani bagatelizovat. Nemocní reagují různým způsobem, nalezneme zde dvě základní skupiny obranných mechanismů, **útok** a **únik**. Příkladem aktivní obrany (útoku) je agrese, např. negativismus vůči lékaři a odmítání léčby, která stejně podle názoru nemocného, nemá smysl. Únikových variant bývá víc, je to např. pokus o únik do pracovní aktivity, kdy se člověk snaží něco dělat za každou cenu; únik do fantazie, kde není ničím ohrožen atd. Způsob vyrovnávání s chorobou je samozřejmě ovlivněn aktuálním stavem nemocného. Jestliže se nemocný necítí tak zle, bude s větší pravděpodobností informaci o závažné chorobě odmítat a popírat, protože mu bude připadat, že to s ním nemůže být tak zlé.

3. Fáze smíření s chorobou a jejími důsledky.

Nemocný akceptuje svou nemoc a se situací se vyrovnává. Mnozí nemocní se s vlastní chorobou nesmíří nikdy. Občas na to nemají ani čas, protože jejich onemocnění se velmi rychle zhoršuje (In Vágnerová, 1999, s.63). Závažnou chorobou se mění i sociální role, které nemocný vykonával, jak v zaměstnání tak i v rodině. Záleží také na formě tělesného postižení. Může jít o chronickou nemoc některého orgánu, deformaci těla či amputaci. Dříve nezávislý na okolí, aktivní v práci, svoje životní tempo si určoval sám, měl výhled do budoucna a byl v sociální interakci v rodině i s přáteli. Po zásahu do života vlivem těžké nemoci se vše mění. Takový člověk bývá závislý např. v nemocnici na zdravotnickém personálu, musí se podřizovat nemocničnímu řádu (vizity lékařů, podrobování se různým vyšetřením, atd.), v rodině na svých blízkých. Tempo svého života v nemoci nemůže ovlivnit, mnohdy se takový člověk cítí bezmocný, žije přítomností a každým dnem očekává zlepšení svého zdravotního stavu. Když se zlepšení nedostavuje podle jeho představ, upadá do beznaděje až rezignace. Vlivem nemoci klesá i jeho sebevědomí. Mnohem více než kdy jindy přemýšlí o smyslu svého života, přehodnocuje svůj život a jistě se mění i žebříček jeho

hodnot. Z důvodu nemoci přemýšlí nad smrtí, závažná choroba je určitým připomenutím „*memento mori*“, že člověk není nesmrtelný.

Jak se s touto „krizí“ ve svém životě vyrovná nezáleží jen na člověku samotném. (Slovo „krize“ pochází z řečtiny. Tam se jím označovala chvíle, např. v dramatickém ději na jevišti došlo k zásadnímu zvratu, k radikálnímu obratu; řecky *kritein* znamená odloučit cestu od předem stanovené trasy, oddělit, rozdělit atp.) (Křivohlavý, 1985). Záleží na rodině, jestli jej podepře pomocí tělesnou, psychickou a nemohu opomenout pomoc duchovní, pro lidi, kteří jsou „hluboce věřící“ má tato pomoc obrovský význam. Rodina má sama se sebou co dělat, aby se se vzniklou situací vyrovnala a byla postiženému oporou, není to vůbec nic jednoduchého, opak je pravdou.

Pro blízké lidi není za těchto okolností snadné chovat se požadovaným způsobem. Pro zdravé lidi je kontakt s těžce nemocným náročný z mnoha důvodů. Jednak jim choroba připomíná vlastní zranitelnost, funguje jako symbolické ohrožení vlastní existence. Kromě toho je závažná nemoc blízkého člověka stresovou situací. Vědomí, že někdo blízký je nevyléčitelně nemocný, vyvolává negativní emoční reakce, vzbuzuje pocity bezmocnosti a někdy i pocity viny (Vágnerová, 1999).

V psychologii zdraví se setkáváme s pojmem sociální opora., Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje“(Křivohlavý, 2001,s.94.). Psychologové rozlišují 4 druhy sociální opory:

1. instrumentální opora

- jde o velice konkrétní formu pomoci, např.poskytnutím finanční výpomoci, obstaráním různých potřebných věcí, zařízením neodkladných záležitostí, které postižený sám nemůže provést, poskytnutím materiální podpory apod.

2. informační opora

- postiženému jedinci je dodána informace, která by mu mohla být nápomocna při orientaci v situaci, do níž se dostal

3. emocionální opora

- člověku v tísní je empatickou formou sdělována emocionální blízkost (láska, soucítění), laskavým jednáním s ním je mu naznačována přejná náklonnost, je mu podána ruka, když se propadá do deprese, beznaděje a pocitů odcizení; je mu dodávána naděje, je uklidňován v rozrušení apod.

4. hodnotící opora

- postiženému člověku je sdělována – např. tím, jak je s ním jednáno – úcta (respekt), je posilováno jeho kladné sebehodnocení a sebevědomí, je podporována jeho snaha o autoregulaci (řídit věci podle vlastního přání), je povzbuzován ve víře a naději apod. (Křivohlavý, 2001).

Jakým způsobem člověk zpracovává své onemocnění závisí na více faktorech (Jobánková a kol.2000):

A/ na typu základního onemocnění – zda jde o akutní nebo chronickou nemoc, zda je provázena bolestmi či ne, zda vyžaduje připoutání na lůžko či volný pohyb je možný, zda jde o běžné onemocnění nebo o život ohrožující chorobu, zda touto nemocí trpí hodně lidí, či zda je vzácně se vyskytující atd.

B/ na typu osobnosti člověka – na tom, jaké má vlastní rezervy, které může při chorobě zaktivovat.

C/ na životní a společenské situaci – zda jej nemoc postihuje v mladém věku nebo na konci plně prožitého života, zda je to člověk osamělý nebo naopak člověk s bohatou sítí rodiny či přátel, kteří mu pomáhají snášet nemoc, atd.

U mnoha těžce nemocných lidí jsem byla svědkem velkého pokroku v rozvoji tělesných funkcí, když se s nemocí vyrovnali a dostali se díky rodině, zdravotnickým pracovníkům, psychologům či duchovním do relativně dobré psychické kondice. Naopak u „pacientů“, kteří zůstali ve stavu apatie a nespolupracovali při cvičení, nebylo možné žádnými rehabilitačními technikami dospět ke zlepšení jejich zdravotního stavu.

1.4. Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je jednou ze složek **ucelené neboli komprehensivní rehabilitace**, která se zabývá člověkem s postižením jako celkem. Mezi další neméně důležité složky patří: **pedagogická, sociální a pracovní rehabilitace**. Cílem ucelené rehabilitace je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jedince.

Známý a běžně užívaný pojem **rehabilitace** týkající se lidí, kteří se stali postiženými takřkajíc z plného zdraví (např.v důsledku nemoci či úrazu), a proto je usilováno o jejich návrat zpět do plnohodnotného života (re-habilitace).Ale také výraz **habilitace** – neboť nezřídka pečujeme o jedince, kteří se s postižením narodili – dostaly nový rozměr spočívající ve víceoborovém (multidisciplinárním) přístupu. Rehabilitace tak již není nahlížena pouze z hlediska lékařského (léčebná rehabilitace), ale též pod zorným úhlem dalších vědních oborů, jako je např.psychologie, pedagogika a sociálně právní obory(Jankovský, 2001).

Léčebnou rehabilitaci zajišťuje zdravotnický personál rehabilitačních oddělení – rehabilitační pracovníci (fyzioterapeuti).

Mezi formy léčebné rehabilitace, které přispívají společně s medikamenty a různými druhy operačních zákroků ke zlepšení tělesného stavu člověka s postižením patří: **fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova, ergoterapie, hipoterapie, canisterapie, arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie aj.**

Mezi metody fyzikální terapie patří:

- **masáže**- klasické, reflexní, podvodní, ad.
- **elektroléčba**-ultrazvuk, magnetoterapie, nízkofrekvenční, středně frekvenční až vysokofrekvenční proudy, léčba světlem, léčba teplem, léčba laserem
- **vodoléčba**- vířivá lázeň, perličková lázeň, ad.
- **balneoterapie**

Léčebná tělesná výchova (LTV)

LTV je základní metodou léčebné rehabilitace. Zahrnuje nácvik pohybů :

- a) pohyb pasivní
- b) pohyb s dopomocí
- c) aktivní pohyb s odporem
- d) pohyb redresní.

LTV se provádí individuálně i skupinově. Ke cvičení se používají speciální metody: např. **metoda podle Kabata, metoda manželů Bobathových, Vojtova metoda ad.**(Kříž, 1986).

Ergoterapie

Ergoterapie je léčba prací. U dětí se procvičují úchopy, jemná motorika, koordinace, cílené pohyby formou hry. U dospělých se cvičí ty činnosti, které vlivem úrazu či postižení jsou omezeny nebo znemožněny. Ergoterapie usiluje o dosažení maximální samostatnosti a soběstačnosti jedinců s tělesným postižením.

Hipoterapie (hiporehabilitace)

Hipoterapie je speciální forma léčebné rehabilitace. Dělí se na 3 složky:

- hipoterapie
- pedagogicko- psychologické ježdění
- sport pro handicapované

Název hipoterapie pochází z řeckého slova hippos = kůň, terapie = léčba. Kůň slouží jako terapeutický prostředek díky trojrozměrnému pohybu svého těla (frontální, sagitální, horizontální). Při něm dochází k ustavičnému střídání napětí a uvolňování těla pacienta, který je tak nucen se neustále přizpůsobovat pohybové sinusoidě koňského hřbetu a to i při své naprosté pasivitě. Obvyklá délka terapeutické jednotky je 20-40 minut, k vyvolání pozitivního efektu hipoterapie se uvádí v literatuře 2-3 měsíce s intenzitou 2-3x týdně po dobu 30 až 40 minut (Vítková, 1998).

Canisterapie

Je opět léčba pomocí kontaktu se zvířetem, tentokrát se psem. Příznivě působí a pohybové dovednosti, komunikační dovednosti a sociální citění, tlumí agresivní

projevy daného dítěte, příznivě působí na emoční prožívání, zvyšuje sebejistotu dítěte. Pes je tedy součástí odborné terapie nebo aktivity.

Pes jako pomocník je speciálně vycvičen, tak aby mohl uspokojovat speciální potřeby svého pána. Stává se trvalou součástí života postiženého a pomáhá mu svou přítomností i v jiných směrech (Vítková, 1998).

Arteterapie

Arteterapie je slovo, které pochází ze spojení latinského **ars** = umění a řeckého **terape** = léčení, léčba. V nejobecnější rovině jde tedy o léčbu uměním (Zicha in Vítková a kol. 1998).

Arteterapie je léčba pomocí výtvarných prostředků, např. kresba, malba, ale také výtvarná práce s jinými materiály, zejména pak s keramickou hlinou. Dále je možné využít např. dřevo, kámen, kov, případně plasty, atp. Vedle procvičování jemné motoriky, eventuálně grafomotoriky, vizuomotorické koordinace a vizuální percepce nelze samozřejmě opomenout významný psychologický efekt této metody (emoční ladění, estetické vnímání, sebereflexe, projekce, diagnostika, atp.) (Jankovský, 2001).

Muzikoterapie

Muzikoterapie je léčba pomocí hudby. Má mnoho podob. Používá se v oboru psychiatrie, pediatrie, chirurgie, stomatologie, gynekologie a porodnictví

Rozlišuje se muzikoterapie:

Aktivní – kdy se klient sám podílí na terapii tím, že aktivně zpívá, hraje nebo alespoň vytukává rytmus, patří sem i hra na tělo a hudebně pohybové hry.

Pasivní – klient hudbu pouze poslouchá, vnímá.

Dle počtu klientů se muzikoterapie dělí na:

Individuální, skupinovou, příp. hromadnou(více než 15 osob).

Lekce probíhají většinou 2-3x týdně, 25-30 minut. Používá se např. Orffův instrumentář, bubny a bubínky , xylofony, zvonkohry, triangly, ozvučná dřívka, činely ad.

Psychoterapie

Psychoterapie je slovo, které pochází z řeckých slov **psyché** – duše a **therapie** – léčení, léčba; tedy zjednodušeně jde o léčbu duše.

Psychoterapie využívá psychologických prostředků – verbálních i neverbálních podnětů, různých způsobů stimulace emocí, mechanismu učení atd. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v oblasti emočního prožívání, rozumového hodnocení, celkového postoje k sobě i ke světu a ke změně v chování.(porozumí svým problémům a naučí se přijatelnějším způsobům chování). Psychoterapii může provádět jen odborník, laické působení by mohlo být škodlivé (Kratochvíl in Vágnerová 1999).

2. PÉČE O TĚLESNĚ POSTIŽENÉ V DOSPĚLOSTI

2.1. Vymezení pojmu dospělost

„Být dospělý znamená umět nést ztrátu iluzí a nepropadnout přitom beznaději“ (Říčan, 1989, s.302.).

Dospělost je životní etapou člověka, která se dělí dle Langmeiera (1998) na:

- 1. Časnou dospělost:** zhruba od 20 – 25 let
- 2. Střední dospělost:** zhruba mezi 25.– 45.rokem
- 3. Pozdní dospělost:** zhruba mezi 45.- 65.rokem

Mezi mladými dospělými kolem 20.let jsou ještě ti, kteří studují a připravují se na své budoucí povolání a někteří již jsou plně v pracovním procesu. Dle finanční nezávislosti na rodičích se většinou odvíjí i uzavírání manželství a role rodičovská. V této době zhruba dochází k ustálení v zaměření profese. U ženy jde o rozhodnutí mít děti nebo se dát na kariéru ve svém oboru. V dnešní společnosti ženy mají první dítě kolem třicátého roku věku. Dospělí kolem 30 let jsou většinou ve svazku manželském nebo žijí (v dnešní společnosti tak rozšířeném vztahu) s partnerem „ na divoko.“

Život rodiny Křivohlavý (1995) dělí na 7 fází:

1. Novomanželé
2. Rodina s dětmi v předškolním věku
3. Rodina s dětmi ve školním věku
4. Rodina s dospívajícími dětmi
5. Děti odcházejí z domova
6. Dědeček a babička – rodina důchodců

V podstatě uzavírají muži a ženy manželství proto, aby uspokojili své dvě hluboce zakořeněné potřeby: 1. potřebu intimního emočního soužití (počítaje v to i sexuálních tendencí) a 2. potřebu mít děti a v nich vidět pokračování svého života – prožívat s nimi radost z jejich vývoje (Langmeier a kol.1998).

Očekává se od mladých partnerů určitá osobnostní zralost a schopnost se samostatně rozhodovat.Velmi trefně definovala dospělého Vágnerová (2000,str.303.):

„ Role dospělého je typická většími právy i nárůstem povinností a zodpovědnosti. Dospělost je spojena s určitým sociálním očekáváním, jehož plnění potvrzuje novou kvalitu, status dospělého.“

Ve fázi střední dospělosti je člověk nejvíce výkonný co se týče pracovní sféry. Je na vrcholu svých fyzických sil, zakotven v rodině a přece psychologové hovoří o „ krizi středních či třicátých let.“ Je to období většinou mezi 35. a 40. rokem. Člověk se zamýšlí nad svou profesí, nad životem, nad svou smrtelností. Dělán svou práci dobře? Co vlastně od života chci? Co je smyslem mého života? Každý člověk prochází tímto životním obdobím, zastavením na cestě, kdy srovnává cíle, které si v mládí vytýčil a kterých dosáhl. Někteří změní zaměstnání, najdou si nového partnera, snaží se udržet mládí za každou cenu, potřebují si dokázat, že ještě nepatří „ do starého železa“. Jiní v prvním manželství zůstávají a naopak jejich vztah se utuží, kladou si nové cíle ve své profesi a zmobilizují všechny své vnitřní síly k jejich naplnění.

Období pozdní dospělosti je charakterizováno různými problémy, kterým člověk musí čelit, jsou to dle Langmeiera (1998) zejména:

- první známky poklesu výkonnosti a hromadění zdravotních potíží,
- dostavuje se ukončení reprodukčního období ženy,
- rodičům často odcházejí děti z domova a zejména u některých matek se dostavuje „ pocit prázdného hnízda“- který ovšem může být prožíván negativně (ve smyslu „ už mě nikdo nepotřebuje“) i pozitivně (více klidu a času na vlastní zájmy)
- mnozí lidé právě v tomto věku přijímají novou sociální roli – roli prarodiče
- většina žen i mužů odchází ke konci tohoto období do důchodu a to je výrazná a náhlá změna sociálního zařazení.

Jak člověku přibývají léta, přibývají zdravotní potíže, ubývá sil, paměť již neslouží tak jako dříve, v zaměstnání není nenahraditelný, uvědomuje si, že se blíží dříve v nedohlednu dnes tak blízká doba odchodu do důchodu. Uvědomuje si mnohem více než kdy jindy, že člověk zde na zemi nežije věčně. Nová pozice může u některých lidí vyvolat pocity méněcennosti, ztrátu sebedůvěry a dokonce

i pokusy suicidiální. Záleží na osobnosti každého člověka a na hodnotové orientaci, jak se s novou rolí- rolí důchodce vyrovná.

„V každém případě však pozdní dospělý věk staví člověka před dilema- rezignovat a smířit se se slabostí a smrtí, popř. pokusit se marně obrátit běh času nazpět. Anebo dále růst k „moudrosti stáří““ (Langmeier, 1983, s.168).

Tělesně postižený člověk v dospělosti

V dospělosti jsou důležité dvě role: **zvládnutí profese a partnerská, resp. rodičovská role**. Pro postiženého člověka má získání partnera větší význam než pro zdravého. Získání partnera funguje jako důkaz normality. Potřeba uzavřít manželství je u těchto lidí nejen projevem potřeby citové vazby, ale také výrazem **potřeby seberealizace**, která bývá v jiných oblastech obtížně dosažitelná. Postižení získané v dospělosti přináší jiné problémy. Takový člověk již většinou má jak profesní, tak partnerskou a rodičovskou roli, a nyní je třeba zajistit, aby je neztratil (Vágnerová, 1999).

Potřeba seberealizace v zaměstnání je pro jedince tělesně handicapovaného také oblastí velmi důležitou. Podává výkon, tvoří „hodnoty“, cítí se užitečný a stává se finančně nezávislým, což mu dodává potřebné sebevědomí a sebeúctu.

2.2. Vzdělávání dospělých

„ První, co si přejeme je, aby tak plně a k plnému lidství mohl být vzděláván ne jeden člověk nebo několik nebo mnoho, nýbrž všichni lidé vespolek i každý zvlášť, mladí i staří, bohatí i chudí, urození i neurození, muži i ženy, zkrátka každý, komu se stalo údělem, narodit se člověkem; aby konečně jednou bylo celé lidské pokolení vzděláno po všech věkových stupních, stavech, pohlavích i národech.“ (Jan Amos Komenský)

Tato myšlenka Komenského koresponduje se současným trendem permanentního nebo celoživotního vzdělávání.

V roce 1996 (rok celoživotního vzdělávání) vyšly 3 významné mezinárodní dokumenty o celoživotním vzdělávání. Všechny 3 dokumenty obsahují odkazy na vzdělávání dospělých, důraz, který je však na ně kladen, a jeho rozsah, je dokument od dokumentu rozdílný.

„Dokument UNESCO Learning: The treasure within se koncentruje převážně na výchovu dětí a dospívajících; odkazy na vzdělávání dospělých se nalézají ve velké míře v kapitole *Učení po celý život*, zatímco v jiných kapitolách se vzdělávání dospělých zmiňuje jen sporadicky. V dokumentu Evropské komise White Paper lze odkazy na vzdělávání dospělých nalézt v celém textu, kde se rozvádí potřeba celoživotního vzdělávání. Dokument OECD Lifelong learning for all nejdůrazněji podporuje potřebu rozsáhlých možností pro vzdělávání dospělých jako nezbytnou podmínku pro realizaci celoživotního vzdělávání, (což není udivující, vzhledem k dlouhodobé podpoře pojmu *recurrent education* ze strany OECD). Všechny 3 dokumenty silně podporují potřebu transformovat všechny společnosti na *společnosti, které se učí*“ (Mühlpachr, 2004, s.126).

Vzdělávání bylo dříve chápáno jako určitá aktivita, která patří k mladému věku, ale v poslední době dochází k „překopání“ vzdělávací koncepce a rozšiřuje se koncept **celoživotního vzdělávání**.

Mezi důvody celoživotního vzdělávání dle Zámečnickové (2005) patří:

- modernizace pracovních prostředků a techniky,
- vydávání nových zákonů a předpisů, jejich novelizace,
- postup na vyšší funkci,
- změna zaměstnavatele,
- ztráta zaměstnání,
- složení některých zákonem uložených zkoušek (prokazování odborné způsobilosti) (Opatřilová, Zámečnicková, 2005).

ANDRAGOGIKA – věda o vzdělávání a výchově dospělých.

Termín andragogika pochází z první poloviny 19.století a poprvé jej použil německý učitel Alexander Knapp v roce 1833. Současná andragogika začala až v 50.letech 20.století dílem švýcarského teoretika výchovy dospělých H. Hanselmanna a německého klasika andragogiky F. Pöggelera.

Na konferenci v Montrealu v Kanadě, kde se konala v r.1960 konference o vzdělávání dospělých byla přijata širší a obecnější definice termínu vzdělávání dospělých. Prohlášení, ke kterému dospěla výše zmíněná konference:

„Vzdělávání dospělých není nutné jen v rozvojových zemích. Ve vyvinutých zemích je čím dále tím více nutné odborné a technické vzdělávání; avšak ani to není

ještě dostačující. Věříme, že vzdělávání dospělých nabylo takové důležitosti pro přežití a štěstí člověka, že je nutno zaujmout k vzdělávání dospělých nový postoj. Vzdělávání dospělých bude muset být tedy uznáno všemi národy za normální element a všemi vládami za nutný element vzdělávacího systému kterékoliv země“ (Škoda, 1994, s.11).

Výchovu lze chápat dle Mühlpachra (2004) jako:

- formování osobnosti schopné seberealizace
- socializaci ve smyslu přípravy pro výkon sociálních rolí
- enkulturaci, což je vpravování jedince do kultury

Výchova je proces, který má dva základní typy:

- **funkcionální působení** - je o působení sociálního prostředí (médií, ideologie, politika, parta vrstevníků, ad.), nezáměrné pro formování osobnosti primární
- **intencionální působení** - záměrné, výchova v užším slova smyslu (rodiče na dítě, učitel na žáka, trenér na svěřence), v rozvinuté společnosti vlastní jádro výchovy (Mühlpachr, 2004).

„Andragogické pojetí výchovy pojem výchova podstatně rozšiřuje: nejen výchova dětí a mládeže, ale i dospělých, nejen intencionální působení, ale i působení funkcionální, nejen edukace a vzdělávání, ale i péče“ (Mühlpachr, 2004, s. 129).

„ Skutečnost, že andragogika se široce zabývá individuálními i sociálními souvislostmi kultury, ekonomiky a politiky, a potřeba odlišit toto široké pojetí od užšího konceptu andragogiky, jako teorie vzdělávání dospělých, vede k užívání názvu **integrální andragogika**“ (Mühlpachr, 2004, s. 131).

Definice integrální andragogiky:

1.) Integrální andragogika je aplikovaná věda o mobilizaci lidského kapitálu v prostředí sociální změny (svatba, rozvod, nezaměstnanost).

2.) Integrální andragogika je aplikovaná věda o **orientování člověka v kritických uzlech jeho životní dráhy nebo při problémovém průběhu životní dráhy** (např. postižení jedince je problémovým bodem v jeho životní dráze).

3.) Integrální andragogika je věda o **animaci dospělého člověka**. Animace-humanizace, oduševnění, vztahuje se k socializaci, enkulturaci, edukaci.

4.) Integrální andragogika je věda o **sociálních a individuálních souvislostech změn syntetického statusu**(Mühlpachr, 2004).

Vzdělávání dospělých se uskutečňuje nejen ve vzdělávacích institucích, ale i mimo ně, v mimoškolních aktivitách, kde rozvíjejí své schopnosti a dovednosti a zlepšují své profesní zaměření.

Vzdělávání postižených dospělých je zaměřeno hlavně na odborný výcvik a odbornou rekvalifikaci. Vlivem postižení totiž mnozí přišli o své původní zaměstnání nebo jej kvůli svému současnému zdravotnímu stavu nemohou vykonávat. Jednou z možností pro zdravotně postižené, jak si mohou rozšířit kvalifikaci či doplnit vzdělání je **distanční vzdělávání**. Jde o takovou formu vzdělávání, kdy vzdělávaný i vzdělavatel jsou od sebe v prostoru i v čase vzdálení (např. korespondenční kursy). Uchazeč studuje samostatně, svým vlastním tempem za pomoci studijních opor (k dispozici má studijní materiály , konzultace přes e- mail či telefon). Je alternativou prezenčnímu studiu.

2.3. Pracovní uplatnění u osob s tělesným postižením

Lidé s postižením v České republice tvoří přes 10% z celkové populace, to znamená, že v naší společnosti žije přibližně 1 200 000 zdravotně postižených občanů(http://www.uzis.cz/cz/archiv02/36_02.htm)

Dle Listiny základních práv a svobod mají všichni občané právo na zaměstnání.

Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením upravuje **zákon č.435/2004 Sb. o zaměstnanosti (§ 67-84)**. Tento zákon přesně definuje, kdo je občanem

se zdravotním postižením. Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou:

- orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními (dále osoby s těžším zdravotním postižením) nebo částečně invalidními,
- rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení uznány zdravotně znevýhodněnými.

Za zdravotně znevýhodněnou osobu se považuje fyzická osoba, která má takovou funkční poruchu zdravotního stavu, při které má zachovány schopnosti vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její možnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (Opatřilová, Zámečnicková, 2005).

Člověk s postižením se potřebuje realizovat v zaměstnání stejně jako člověk bez postižení. Pokud zůstává izolovaný doma, postupně chátrá tělesně i psychicky, klesá u něj potřebná úroveň sebevědomí a sebeúcty, dochází u něj k destrukci denního časového harmonogramu, ke ztrátě sociálních kontaktů a k dalším negativním dopadům na situaci nezaměstnaného a situaci jeho rodiny. Jistě jde o stresující životní situaci.

Uchází-li se zdravotně postižený jedinec o zaměstnání, je nutné si uvědomit, že bývá handicapován dvakrát:

1. primárně, tedy zdravotním stavem a společenským náhledem na jeho postižení a osobní možnosti (předsudky),

2. sekundárně, tedy nedostatky v obvyklých sociálních dovednostech a kompetencích: nízké sebehodnocení, neznalost potřebných norem chování, neschopnost efektivní komunikace, selhávání ve vypjatých situacích, přeceňování nebo podceňování pracovních omezení a další (Opatřilová, Zámečnicková, 2005).

Zákon o zaměstnanosti deklaruje právo osoby se zdravotním postižením na **pracovní rehabilitaci**, kterou definuje jako souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitace je jednou z částí rehabilitace definované „*Standardními*

pravidly pro vyrovnání příležitostí pro fyzické osoby se zdravotním postižením,“ které vydalo Valné shromáždění OSN v roce 1993.

Zabezpečuje ji úřad práce místně příslušný podle bydliště osoby se zdravotním postižením, a to na základě její žádosti, který také hradí náklady s ní spojené. Úřad práce sestaví individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na zdravotní způsobilost osoby se zdravotním postižením, na její schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost a také na již dosaženou kvalifikaci. S ohledem na situaci na trhu práce se poskytuje lidem se zdravotním postižením zvýšená ochrana na trhu práce.

Mezi další formy podpory pracovního uplatnění u osob se zdravotním postižením patří:

- chráněné dílny (chráněné pracovní místo, chráněná pracovní dílna)
- podporované zaměstnávání
- rekvalifikace

Chráněné pracovní místo

Podle zákona 435/2004 o zaměstnanosti se jedná o pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Toto místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let.

Chráněná pracovní dílna

- je pracovištěm zaměstnavatele, kde je zaměstnáno nejméně 60% zaměstnanců se zdravotním postižením
- musí být také provozováno nejméně po dobu 2 let

Zaměstnavateli zaměstnávajícímu více než 50% osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob(www.mpsv.cz).

Podporované zaměstnávání

„Smyslem podporovaného zaměstnávání je vyrovnání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří v důsledku zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce a v důsledku toho mohou být nebo

jsou omezení ve svém společenském uplatnění. V rámci podporovaného zaměstnávání je poskytována podpora rovněž zaměstnavatelům“(Opatřilová, D., Zámečníková, D.,2004, s.124).

2.4. Sociální služby pro tělesně postižené

„ Mezi zásadní cíle sociální politiky v ČR se řadí zahájení transformace velkých ústavů sociální péče pro těžce zdravotně postižené v modernější formy trvalé péče - zajistit, aby každý těžce zdravotně postižený občan nebo jeho zákonný zástupce měl možnost svobodné volby mezi osobní asistencí, péčí v rodině, komunitní sociální péčí, chráněným bydlením, ústavní sociální péčí a dalšími formami sociálních služeb, vytvořit rovné podmínky pro státní i nestátní poskytovatele sociálních služeb“(Mühlpachr, P., 2004, s. 109).

Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb. zavádí nově „**příspěvek na péči**“ určený přímo uživatelům sociálních služeb, který nahradí dosavadní „zvýšení důchodu pro bezmocnost“ a „ příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu“. **Příspěvek na péči je automaticky poskytnut oprávněné osobě od 1.1.2007 bez nutnosti podat novou žádost**, a to způsobem stanoveným v §120 odst.3 zákona o sociálních službách.Výše příspěvku se bude pohybovat od dvou do jedenácti tisíc korun dle stupně závislosti žadatele na pomoci jiné osoby. Zákon také stanovuje jednotlivé druhy sociálních služeb a typy zařízení, v nichž mohou být služby poskytovány.

Obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení; kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby. **Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby**, které nabízejí široké spektrum služeb, jsou také významnými poskytovateli sociálních služeb.

Sociální služby se dělí na **služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství**. Zaměřím se pouze na služby sociální péče, které se týkají osob se zdravotním postižením.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti,

ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmu.

Cílem služeb je mimo jiné

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů

Sociálně zdravotní služby

- napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány
- jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech
- jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních

Sociální rehabilitace

- jedná se o soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její zdravotní stav
- cílem je nalezení vhodného pracovního uplatnění

Osobní asistence

- poskytuje se v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase

- jedná se o pomoc při osobní hygieně, při ošetření, které by klient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu sám nezvládl, při rehabilitaci, doprovází klienta k lékaři, na úřady, pomáhá při jízdě s vozíkem; v domácnosti pomáhá s úklidem, s praním prádla, s nákupy, s vařením, pomáhá s dětmi (nevychovává), pouze pomáhá s oblékáním, hygienou, krmením malých dětí;
- zajistí přístup na kulturní akce (divadla, kina, výstavy, apod.), doprovází na procházkách, do školy, do zaměstnání (asistent se zapojuje co nejméně); kontroluje a vykonává údržbu stávajících kompenzačních pomůcek a zajišťuje nové; služba osobního asistenta je poskytována za úplatu (www.osobniasistence.cz).

Pečovatelská služba (Domácí péče)

- poskytuje se v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby
- obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy či poskytnutí stravy, ad.; služba se poskytuje za úplatu

Mezi další zařízení sociálních služeb patří:

- Centra denních služeb
- Stacionáře denní a týdenní
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Podporované bydlení, chráněné bydlení
- Odlehčovací služby, ad. (www.mpsv.cz).

Tato zařízení se ještě rozdělují na **pobytové, ambulantní, nebo terénní:**

- < **Pobytové služby** jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (např. v týdenních stacionářích).
- < **Ambulantní služby** – osoba za nimi dochází nebo je doprovázena, anebo je dopravována; tyto služby neposkytují ubytování (např. denní centra).
- < **Terénní služby** jsou poskytovány klientům v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Zde na Znojemsku působí celá řada poskytovatelů sociálních služeb:

- Centrum pro zdravotně postižené Jihomoravského kraje
- Svaz tělesně postižených v ČR (místní organizace Znojmo)
- Svaz tělesně postižených v ČR- vozičkáři
- Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR
- Pečovatelská služby, Ošetřovatelské služby, Střediska osobní hygieny
- Oblastní charita Znojmo: - Poradna pro osoby se zdravotním postižením
 - Osobní asistence
 - Charitní ošetřovatelská služba
 - Charitní pečovatelská služba

3. KVALITA ŽIVOTA

„Kvalita života určuje kvalitu jeho smrti“

Elisabeth Kübler-Rossová

Kvalitou života se v posledních letech zabývají odborníci nejrozličnějších vědních oborů. Jako první zmínil pojem „kvalita života“ Pigou v roce 1920 v souvislosti s ekonomikou a sociálním zabezpečením. Kvalita života (quality of life)- dále QOL.

„ Výrazněji se problematika kvality života dostala do popředí ze dvou příčin:

- ekonomický růst a rozvoj vědy a techniky vytváří pro občany možnosti bezproblémově uspokojovat primární materiální potřeby,
- zároveň se však objevuje dopad tohoto ekonomického růstu, který s sebou nese ohrožení zdraví a lidské existence“(Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s.8).

V České republice se kvalitou života zabývá Eva Dragomirecká z Psychiatrického centra, Jaro Křivohlavý z Lékařské fakulty UK v Praze a mnoho dalších odborníků.

3.1. Pojem kvalita života

Pojem „kvalita života“ je pojmem velice diskutabilním a nelze jej vymezit pouze jedinou definicí. Kvalita života neboli „jakost, hodnota“ je velmi subjektivní věcí každého člověka a nelze ji tedy srovnávat s kvalitou života jiného jedince.

„Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklání k subjektivnímu hodnocení QOL jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s.17).

Kvalita života a zdraví spolu úzce souvisí a proto se krátce zastavím u definice zdraví. Existuje mnoho různých pohledů na zdraví a na chápání pojmu zdraví. Je zřejmé, že žádný z nás se netěší z nemoci a je upřímně rád, že on či jeho blízcí jsou zdraví. K narozeninám slýcháme často „ a hodně zdraví, hlavně to zdravíčko, atd.“, dokonce se používal pozdrav „ Buď zdrav ...“, je tedy zdraví zřejmě to nejčennější, co máme, a proto bychom se měli naučit s ním zodpovědně zacházet. (prevence, otužování, zdravý životní styl, pohyb, atd.)

Definice zdraví (dle WHO z roku 1946) říká: „*Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti*“ (Křivohlavý, 2001, s.37).

Zdraví je dle Opatřilové (2005) ovlivněno ze 60% životním stylem, z 20% úrovní zdravotní péče a z 20% vnějšími vlivy, např.: znečištěním životního prostředí, sociálními vlivy, úrovní vzdělání apod.

„Například v hebrejštině slovo „šalom“ znamenalo nejen „celé zdraví“, ale i „vnitřní klid a mír, celost a neporušenost“ člověka jako nedílného tělesného, duševního a duchovního celku.. Znamenalo i „spění ke zralosti“ a prosperitě, ba i charakteristiku „bezpečného vedení si v životě“ a uskutečňování toho, co si daný člověk předsevzal“ (Křivohlavý, 2001, s.31).

S ohledem na vztah kvality života a zdraví vytvořil Křivohlavý definici zdraví: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (Křivohlavý, 2001, s.40).

QOL (kvalita života) je vymezována pomocí těchto definic:

= definice QOL pomocí jiného pojmu

„Z definice zdraví dle WHO vychází Nagpal, který definuje kvalitu života jako komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou.

Autor v České republice používaného dotazníku SQUALA – M.Zannotti chápe kvalitu života jako veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost“ (Vaňurová, Mühlbacher, 2005, s.12).

= definice vyjadřující vztah mezi charakteristikami QOL

„Tato oblast je úzce spojena s vymezením subjektivní a objektivní dimenze QOL, spokojenosti, naplněním přání, očekávání a potřeb jedince“ (Vaňurová, Mühlbacher, 2005, s.12).

„QOL je stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby; QOL je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrz něž se je jedinec snaží naplnit“ (Dragomirecká, Škoda, 1997, s.104).

= definice zaměřené na typický znak QOL

„QOL je to, jak člověk subjektivně hodnotí svou životní situaci“ (Dragomirecká, Škoda, 1997, s.104).

= definice QOL výčtem

Toto pojetí kvality života se shoduje s rozlišováním dimenzí kvality života

„Bluden (In: Dragomirecká, E., Škoda, C.,1997, s.104) vymezuje QOL jako:

4 oblasti spokojenosti/pohody (well- being):

1. fyzická pohoda
2. materiální pohoda (bydlení, příjem)
3. kognitivní pohoda (pocit spokojenosti)
4. sociální pohoda (vztahy k ostatním, sounáležitost ke spol.)“

= definice QOL jako měřitelné veličiny

V této souvislosti je kvalita života vymezena tím, za jakým účelem je měřena. Kirby (In: Dragomirecká, E., Škoda, C., s.105) rozlišuje ve své přehledové práci měření QOL ze tří perspektiv:

- a) „ Objektivní měření sociálních ukazatelů (možnosti, meze a zdroje okolí jako je zdraví, bezpečí, vzdělání, stabilita rodiny); jejichž užití je podle autora oprávněné pro měření QOL u velkých skupin obyvatelstva, nikoli však u jednotlivců.
- b) Subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem.
- c) Subjektivní odhad spokojenosti v různých oblastech života.“

= definice zdůrazňující určitou oblast

Kvalita života dle Vaďurová, Mühlpachr (2005) bývá vymezována nesčetnými způsoby, od velmi obecných definic, např. „schopnost vést normální život“, „seberealizace“, atp. až po komplexnější definice, které se zaměřují na jeden určitý aspekt kvality života.

Vymezení kvality života z pohledu sociologie

Sociologie přistupuje ke kvalitě života z jiného úhlu pohledu než psychiatrie, psychologie či medicína. V obecné rovině je kvalita života určena především protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. Na úrovni života jednotlivce je QOL vymezena proti kozumnímu životnímu stylu preferujícímu vlastnictví, které samo o sobě nemůže člověka plně uspokojit a kompenzovat nedostatek či absenci uspokojování jiných potřeb, zejm. duchovního charakteru. Zde tedy QOL přesahuje rámec čistě materiálních potřeb (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Engel a Bergsma (In Křivohlavý, J., 2002, s.163-164) odlišují problematiku QOL ve třech hierarchicky odlišných sférách: **v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině.**

= **v makro-rovině** jde o otázky kvality života velkých společenských celků např. dané země, kontinentu atp. Podle Bergsmy jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života – o absolutní smysl života. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah, např. problematika boje s hladomorem, chudobou, terorismem, epidemiemi atp.

= **v mezo-rovině** jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách – ve škole, nemocnici, v domově důchodců, pečovatelském domově atp. Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny, sdílení hodnot.

= **v personální rovině** jde o život jednotlivce, o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí, atp. Do hry vstupují osobní hodnoty jednotlivce- představy, naděje, očekávání, přesvědčení atp.

= **fyzická rovina**- jde o čtvrtou dle Bergsmy rovinu, která se dá měřit jako QOL. Jde o pozorovatelné chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit a porovnávat, např. jak, kdo chodí např. před a po ortopedickém léčení. I když jsou

tyto údaje objektivně měřitelné, postrádají něco, co je pro hlubší pojetí kvality života podstatné, proto se nedoporučují tyto údaje při definování kvality života používat.

Bergsma a Engel (In Křivohlavý, J., 2002, s.164) se pokusili o definici pojmu *kvalita života jednotlivce*: „ Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) – jde o subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienčním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žití.“

3.2. Metody měření kvality života

„ Jedním z typických jevů v současném světě je stárnutí populace, jehož důsledkem je zvyšující se procento chronicky nemocných. Pro vnímání života je dnes určující postmoderní filozofické klima, udůrazňující v holisticky chápaném světě hodnotu subjektivního prožívání. Celkově lze současné trendy v péči o nemocné charakterizovat jako odklon od sledování projevů nemoci k důrazu na pacienta, od prodloužení života ke zlepšení jeho kvality, od objektivních měřítek k subjektivním ukazatelům“(Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s.39).

Kirby (In Dragomirecká, E., Škoda, C.,1997, s.424) poukazuje na to, že kvalita života bývá měřena ze tří perspektiv:

1. Jako objektivní měření sociálních ukazatelů (v termínech možností , bariér a zdrojů okolí).
2. Jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem.
3. Jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.

K prvnímu bodu poznamenává, že ukazatele jako bezpečnost, vzdělání, stabilita rodiny atd. se více hodí pro účely měření kolektivní kvality života (pro porovnání různě definovaných skupin populace a pro mezikulturní srovnání) než pro jednotlivce. Celkovou spokojenost považuje za výsledek osobních hodnot a životního stylu, jehož prostřednictvím se je jedinec snaží naplnit. Upozorňuje, že celková spokojenost nesouvisí s pouhým počtem oblastí, ve kterých je jedinec

spokojen, ale se spokojeností v oblastech, které on sám hodnotí jako důležité. Pokud jde o třetí bod, existují rozmanité výčty oblastí života. Kirby do kvality života nezahrnuje životní úroveň samu o sobě, ale spokojenost se životní úrovní.

„Škála je soubor symbolů nebo číslic, které jsou sestaveny tak, že symboly nebo číslice stanoveným způsobem korespondují s charakteristikami jedince. Stupnice obsahují komponenty, které popisují koncept a sérii odpovědí, které hodnotí danou oblast“ (Vadurová, H., Mühlpachr, P., 2005, s.40).

Pro měření kvality života bývají používány různé hodnotící stupnice:

- **oddělené odpovědi** – používá kategorie odpovědí jako výborný- dobrý- průměrný- špatný.
- **LIKERT stupnice** - využívá popisy názorů pro určení stupně souhlasu nebo nesouhlasu, nebo spokojenosti a důležitosti.
- **vizuální analogie** – používá škálu tvořenou ze slov pouze v jejích extrémech.
- **adjektivní** – používá kontinuum odpovědí na škále, adjektivní škála obsahuje slova (Vadurová, Mühlpachr, 2005).

Vlastnosti měřících technik

Důležitým rysem při měření je používání pravidel pro přiřazování čísel jednotlivým rysům objektů a celků. Nezastupitelnou úlohu pro samotné měření zde hraje také výběr a použití určitých nástrojů pro měření a interpretaci naměřených hodnot (Vadurová, Mühlpachr, 2005).

„**Nástroje** jsou myšleny dotazníky, testy, hodnotící stupnice, pozorování a další prostředky a metody používané k měření a hodnocení specifických charakteristik nebo atributů osob, objektů nebo událostí. **Hodnota** odkazuje na čísla vyplývající z použití/aplikace měřících nástrojů. Tyto hodnoty mohou představovat souvislé nebo kategorické atributy“ (Vadurová, Mühlpachr, 2005, s.41). Měření může probíhat přímo nebo nepřímo.

Vlastnosti měření

= **Reliabilita** =

= **Validita** =

= **Citlivost** =

Teoretické vymezení a kategorizace, Švédsko

„ **Reliabilita nástroje** je rozmezí, v němž nástroj nebo procedura měření vykazuje totožné výsledky při opakovaných měřeních. Termín reliabilita se používá pro několik pojmů, jako je **stabilita v čase, vnitřní konzistence, spolehlivost a ekvivalence** (In: Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s.17). U stability je nástroj použit ve dvou odlišných časech. Konzistence zaručuje, že všechny složky nástroje měří ten samý koncept“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s.42).

Teoretické vymezení a rozdělení dle Americké asociace pro respirační choroby

„ **Reliabilita techniky měření** je míra, do níž měření poskytuje konsistentní, reprodukovatelné odhady toho, co je považováno za základní pravdivé skóre“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s.43).

= **Validita** = „Validita vyjadřuje míru. Není to něco, co buď je, nebo není. Nejlépe je vyjadřovat je v nějakých kategoriích: vysoká validita, střední a nízká validita. Vztahuje se k nějakému konkrétnímu použití testu“ (www.scio.cz).

= **Citlivost** = vypovídá o schopnosti testu rozlišovat mezi jedinci; je-li test citlivý měli by být výsledky přiměřeně rozprostřeny na celé bodové škále (//www.ceremat.cz/otestovani/didaktické_testy_vlastnosti.php.).

3.3. Nástroje měření

Obecné nástroje měření QOL zahrnují měření schopností v jednotlivých oblastech a profily zdraví, které jsou koncipovány jako dotazníky zjišťující nejdůležitější aspekty QOL jedince. Jsou multidimenzionální, pokrývají množství oblastí a mohou být použity na osoby s různým zdravotním stavem nebo druhem nemoci. Tyto nástroje jsou vhodnější pro použití u programů zdravotní péče,

průzkumů obecného zdravotního stavu a při porovnávání jednotlivých nemocí. Jejich potencionálním nedostatkem je nízká citlivost v některých oblastech měření a při hodnocení specifických změn.(In: Martínéz- Martin, 1998, s.S2-5)

Specifické nástroje měření QOL se zaměřují na aspekty, které jsou považovány za klíčové pro měření dané oblasti; např. specifické pro danou nemoc, populaci, schopnost nebo podmínky. Výhodou je citlivé zhodnocení dané oblasti. Jsou tedy přesnější než obecné nástroje pro klinické trialý(Vařurová, Mühlpachr, 2005).

Při hodnocení kvality života je důležité dodržet následující kroky:

- *popsat účel hodnocení*
- *popsat vzorek populace*
- *konceptualizovat závěry QOL*
- *vybrat nástroj pro měření QOL*
- *provést pre-testování nebo pilotní studii*
- *shromáždit data*
- *analyzovat závěry.*

Pro proces vývoje nástrojů měření byla stanovena následující kritéria:

- *musí reflektovat oblasti důležité pro pacienty*
- *měření by se mělo zaměřovat na fyzické i psychické zdraví*
- *výsledné hodnoty by měly být použitelné pro statistickou analýzu*
- *měl by být validní, relevantní, krátký a jednoduchý(Vařurová, Mühlpachr, 2005).*

Křivohlavý (2002, s.165) rozděluje metody měření kvality života do 3 skupin:

1. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života *hodnotí druhá osoba*.
2. Metody měření kvality života, kde *hodnotitelem je sama daná osoba*.
3. Metody *smíšené*, vzniklé kombinací metod typu 1.a 2.

Ad.1) Objektivní metody měření kvality života

= **APACHE II** = hodnoticí systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu (In: Knaus et al., 1985).

Touto metodou se závažnost stavu odvozuje podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od normy. Výsledek se vyjadřuje číselně – jedním číslem. Těto metody se užívá ve Velké Británii, zvláště na jednotkách intenzivní péče(Křivohlavý, 2002).

Do celkového hodnocení zdravotního stavu jsou zařazeny i údaje o věku a chronickém onemocnění, protože tyto aspekty se spolupodílejí na mortalitě. Celkové skóre APACHE II se pohybuje v rozmezí 0-71 bodů. Přitom platí: čím vyšší je údaj, tím vyšší je pravděpodobnost úmrtí pacienta (Poses et.al.1996, In: Křivohlavý, 2002, s.165-166).

= **KARNOFSKYHO INDEX** = index stanovuje lékař- onkolog; indexem vyjadřuje názor na zdravotní stav onkologického pacienta k danému datu. Tato metoda využívá procentuální škálu od 0-100, kdy 0 znamená pacient je mrtev, 100 je zdrav.

Tento nástroj klade důraz spíše na stránku kvality života tělesnou, než na QOL psychickou a sociální(Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

= **VISUAL ANALOGUE SCALE = VAS**

- jde o viditelnou analogovou škálu, tvořenou 10 cm dlouhou vodorovnou nebo v úhlu 45° stoupající úsečkou s dvěma označenými extrémy:
- celkový stav pacienta je velmi dobrý
- celkový stav pacienta je mimořádně špatný (Křivohlavý, 2002).

= **INDEX KVALITY ŽIVOTA - ILF**

- v tomto systému byla předem stanovena slovně formulovaná kritéria hodnocení např. sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí, atp
- kladem tohoto systému bylo to, že stanovení kritérií kvality života nebylo jen na hodnotiteli, ale bylo dáno souhlasem pacientů, lékařů, zdravotních sester, atp.

- hodnocení stavu pacienta bylo možné odstupňovat v jednotlivých dimenzích (Křivohlavý, 2002).

= SPITZER QUALITY OF LIFE INDEX – QL

- nástroj byl konstruován pro použití lékaři pracujícími s pacienty s rakovinou a chronicky nemocnými pacienty; QL je hojně využíván odborníky pro zjištění zdravotního stavu a kvality života pacientů před a po ukončení terapie (Vařšurová, Mühlpachr, 2002, In: Křivohlavý, 2002, s.168).

Autor tohoto upozorňuje na to, že tento nástroj není určen pro měření QOL u zdravých osob.

Do QL Indexu byly zahrnuty tyto oblasti QOL:

- *aktivita*
- *každodenní život*
- *vnímání zdraví*
- *podpora rodiny a přátel*
- *pohled na život.*

Ad.2) Subjektivní metody měření kvality života

= Metoda SEIQoL=

- nejrozšířenější metoda diagnostikování kvality života
- základem této metody je strukturovaný rozhovor, kdy je dotazovaná osoba požádána, aby uvedla pět životní cílů, které ona sama považuje v dané situaci za nejdůležitější (např. zdraví, rodina, duševní život, duchovní život, vztahy mezi lidmi,atp.)
- termín „cue“, který překládáme českým výrazem „životní cíl“ (zaměření, směřování či smysl života), je jedním z klíčových pojmů metodiky SEIQoL (Křivohlavý, 2001, s.243-245).

= Metoda SEIQoL – DW =

„ Tento nástroj byl odvozen od nástroje pro měření subjektivní kvality života SEIQoL . SEIQoL-DW umožňuje respondentům označit ty oblasti života, které považují za nejdůležitější, a dále ohodnotit jejich výkon v daných oblastech a spokojenost s každou z nich. SEIQoL-DW sestává z pěti barevných disků, které

se otáčí kolem centrálního bodu. Každý z nich představuje určitou oblast života označenou respondentem jako důležitou pro jeho celkovou kvalitu života“(Vadřurová, Mühlpachr, 2005, s.57).

= **DOTAZNÍK SQUALA** =

- autorem je M. Zannotti, dotazník byl vytvořen v roce 1992; jedná se o sebeposuzovací dotazník, který vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb
- sestává se z 23 oblastí každodenního života, spokojenost v každé z nich je hodnocena v pětibodové škále(0- velmi zklamán až 4- zcela spokojen) a subjektivní důležitost (0- bezvýznamné až 4- nezbytné)
- lze využít v oblasti medicínské, sociální, psychologické i pedagogické za účelem diagnostiky nebo zkvalitnění péče a služeb(Vadřurová, Mühlpachr, 2005).

Ad.3) Smíšené metody měření kvality života

= **MANSA** =

- byla vypracována na univerzitě v Manchesteru
- jde o měření kvality života způsobem, že se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i jeho spokojenost s výběrem stanovených dimenzí života

V rámci této metody jde o zjišťování spokojenosti:

- s vlastním zdravotním stavem
- se sebepojetím
- se sociálními vztahy
- s rodinnými vztahy
- bezpečnostní situací
- právním stavem
- životním prostředím
- životní situací
- finanční situací
- náboženstvím (vírou)
- účasti na aktivitách volného času

- zaměstnáním – prací (školou)

Cílem autorů MANSA je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka v dané chvíli. Podle toho je možno účelně zaměřit jemu efektivní péči a pomoc (In: // www.instrumentarky.cz/).

= **Life Satisfactory Scale- LSS** =

Jedná se o škálu, která hodnotí nejen celkovou spokojenost se životem, ale i řadu dílčích dimenzí(Vaňurová, Mühlbacher, 2005).

3.4. Kvalita života dospělých osob s tělesným postižením

V současné společnosti, která je orientovaná na výkon, na zvyšující se pracovní tempo stěží „zdraví“ lidé udrží krok, natož pak lidé tělesně či chronicky nemocní.

Kvalita života lidí s tělesným postižením v dospělosti souvisí s kvalitou oblastí či aspektů v jejich životě, které tyto jedinci považují za důležité a které jsou či nejsou v jejich životě uspokojeny. *Patří sem např: znevýhodnění ve společnosti – v oblasti pracovního uplatnění na trhu práce, sociální izolace tělesně postižených, problém bezbariérovosti úřadů, škol a dalších budov a v neposlední řadě problém poskytování sociálních dávek či důchodů (jejich výše), která velmi ovlivňuje kvalitu života osob s tělesným postižením.*

Nárok na **příspěvek na péči** – ze zákona č. 108/2006 Sb., §11-§29 má každý, kdo je v nepříznivé sociální situaci. Nepříznivá sociální situace znamená, že člověk potřebuje fyzickou pomoc nebo dohled druhé osoby k tomu, aby mohl žít běžným životem.

Základní rozdělení výše příspěvku podle stupně závislosti pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc činí:

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Vyplácení příspěvku je v kompetenci sociálních odborů obcí s rozšířenou působností. Ten je přiznán pouze na základě podání žádosti a na základě odborného

posouzení posudkového lékaře. Za příspěvek si osoby se zdravotním postižením mohou zaplatit péči, kterou potřebují od blízké osoby z rodiny, od poskytovatele sociálních služeb apod.

Pro tělesně postižené osoby má velký význam **příspěvek na pořízení zvláštních pomůcek**, které by měly pomáhat zmírňovat nebo překonávat následky postižení. Jedná se např.o tyto pomůcky:

- polohovací zařízení do postele,
- přenosné WC,
- přenosná rampa (pro vozičkáře),
- obracecí postel,
- vodní zvedák do vany,
- psací stroj se speciální klávesnicí,
- chodítko 4 bodové skládací,
- ortézy,
- francouzské berle,
- vozíky: mechanické, elektrické(dle konkrétního typu postižení a druhu použití)

O příspěvek na pořízení zvláštních pomůcek se žádá na sociálním odboru obce s rozšířenou působností.

Příspěvek na úpravu bytu- patří mezi nejvíce využívané příspěvky u osob s těžkými vadami nosného nebo pohybového aparátu a osobám úplně nebo prakticky nevidomým. Příspěvek se poskytuje až do výše 70% nákladů, maximálně však 50 000 Kč.

Příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla

- je určen občanům s těžkými vadami nosného a pohybového ústrojí a poskytují jej obce s rozšířenou působností. Maximální výše na koupi vozidla činí 100 000 Kč, na celkovou opravu staršího vozidla 60 000 Kč a na zvláštní úpravu vozidla je poskytnut příspěvek v plné výši takové úpravy.

Bezúročná půjčka na zakoupení motorového vozidla- je přiznána těžce zdravotně postiženému občanu až do výše 40 000 Kč; žádá se na obci s rozšířenou působností.

Příspěvek na provoz motorového vozidla- se poskytuje na jeden kalendářní rok. Příspěvků se obecně říká „na benzín“, ale je v něm zahrnuta i částka na úhradu povinného ručení a pojištění. Držitelé průkazky ZTP obdrží 6 000 Kč a držitelé průkazky ZTP/P mají nárok na 9 900 Kč. Žádá se o něj na úřadu obce s rozšířenou působností.

Příspěvek na individuální dopravu- je určen pro občany s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí; podmínkou je, že žádající občan nesmí být vlastníkem motorového vozidla. Příspěvek je poskytován obecními úřady na jeden kalendářní rok ve výši 6 500 Kč.

Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže- je poskytován občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového aparátu, kteří užívají tzv. byt zvláštního určení ve výši 400 Kč měsíčně a úhrada za užívání garáže může být poskytnuta až do výše 200 Kč měsíčně. O tento příspěvek je nutné si zažádat u pověřených obecních úřadů.

Příspěvek na zvýšené životní náklady- je určen pro občany používající trvale ortopedické či kompenzační pomůcky. Je znám pod názvem „ošatné“ a je poskytován pověřenými obecními úřady až do výše 200 Kč měsíčně (www.mpsv.cz).

Další oblastí, se kterou mají lidé s tělesným postižením problémy jsou **bariéry v cestování, kultuře a v přístupu do veřejných budov.** Přístupnost je důležitým předpokladem pro integraci občana s pohybovým postižením a základní podmínkou běžného života.

V železniční dopravě došlo v poslední době ke zlepšení. České dráhy, a.s. instalují plošiny, které umožňují lidem s tělesným postižením dostat se do vagonů. Začínají jezdit bezbariérové vozy, které mají i upravené sociální zařízení.(např.

v Brně, v Břeclavi, ve Znojmě a dalších městech) MHD ve větších městech mají také nízkopodlažní dopravní prostředky.

Bezbariérovost v historických budovách se prosazuje obtížněji, jelikož památkáři mají obavy, že by se mohl narušit vzhled historických budov. Existují však již historické budovy, které tyto úpravy mají. (např. Pražský hrad) Národní program mobility pro všechny podporuje a motivuje samosprávy k tomu, aby v každém městě i obci byly nejen veřejné budovy přístupné handicapovaným, ale platí to i pro zařízení, kde se lidé baví.

Velmi důležitou oblastí v životě člověka s handicapem je vytlačení sociální izolace. Existují nejrůznější organizace či svazy, kde se lidé se zdravotním postižením setkávají a mohou se sdílet o svých radostech či starostech; mohou se povzbuzovat a dodávat si síly při překonávání překážek, které život přináší.

Česká republika má na velmi dobré úrovni sport handicapovaných lidí. Český svaz tělesně postižených sportovců zajišťuje činnost více než 3 000 sportovcům sdružených v 87 tělovýchovných jednotách (sportovních klubech) oddílech na území ČR, které provozují 25 druhů sportu od základní až po vrcholovou úroveň. (17 z nich je paralympijských) Jsou to např. tyto druhy sportu: *Atletika Para, Atletika TP, Basketbal, Cyklistika, Florbal, Lyžování, Plavání, Sledge hokej, Střelba, Tenis vozíčkářů, Vzpírání* ad.

4. EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

4.1. Cíl průzkumu, formulace hypotéz, výzkumné techniky

Cílem této výzkumné části je posoudit kvalitu života u osob s tělesným postižením v dospělosti. Jako výzkumnou techniku jsem zvolila dotazník kvality života SQUALA dle Zannottiho (viz. Příloha).

Pomocí dotazníku jsem v první části výzkumu, **tzv. univariační analýze** zjišťovala jakou důležitost a spokojenost respondenti připisují jednotlivým oblastem ve svém životě. V druhé části výzkumu v **tzv. bivariační analýze** jsem zjišťovala a srovnávala rozdíly v jednotlivých oblastech života ve vztahu k pohlaví. Důležitou součástí výzkumu je potvrzení či vyvrácení hypotéz.

Stanovené hypotézy:

Hypotéza č.1 – H1: *Pro ženy je důležitější mít a vychovávat děti než pro muže.*

Hypotéza č.2 – H2: *Ženy považují „mít vřadu“ za důležitější než muži.*

Hypotéza č.3 – H3: *Pro muže je důležitější mít práci než pro ženy.*

Hypotéza č.4 – H4: *Ženy jsou se svým sexuálním životem více spokojeny než muži.*

Hypotéza č.5 – H5: *Muži jsou spokojenější s prostředím bydlení než ženy..*

Ve výzkumném šetření byly použity tyto **techniky sběru dat:**

< metoda analýzy odborné literatury

< dotazník kvality života,

Metoda analýzy odborné literatury – byla důležitá pro seznámení se s problematikou tělesně postižených osob v dospělosti.

Metoda dotazníku- k výzkumným cílům byl použit dotazník SQUALA.

Tento dotazník byl vytvořen v r.1992 M. Zannottim. Skládá se z 23 oblastí, ke kterým se respondenti vyjadřují ve smyslu důležitosti, a poté ve smyslu spokojenosti. Nejdříve se respondenti vyjadřují k sociodemografickým údajům jako jsou: *pohlaví, věk, bydlení, ukončené vzdělání, zaměstnání, hmotné zabezpečení,*

rodinný stav, děti. Dále pak hodnotí důležitost k jednotlivým oblastem na pětibodové hodnotící škále: *nezbytné, velmi důležité, středně důležité, málo důležité, bezvýznamné.* A na závěr rozlišují svou spokojenost s danými hodnotami ve škále: *zcela spokojen, velmi spokojen, spíše spokojen, nespokojen a velmi zklamán* (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumné šetření proběhlo na náhodném souboru ochotných tělesně postižených a chronicky nemocných dospělých ve věku od 20-65 let na Znojemsku a zčásti na Mikulovsku.

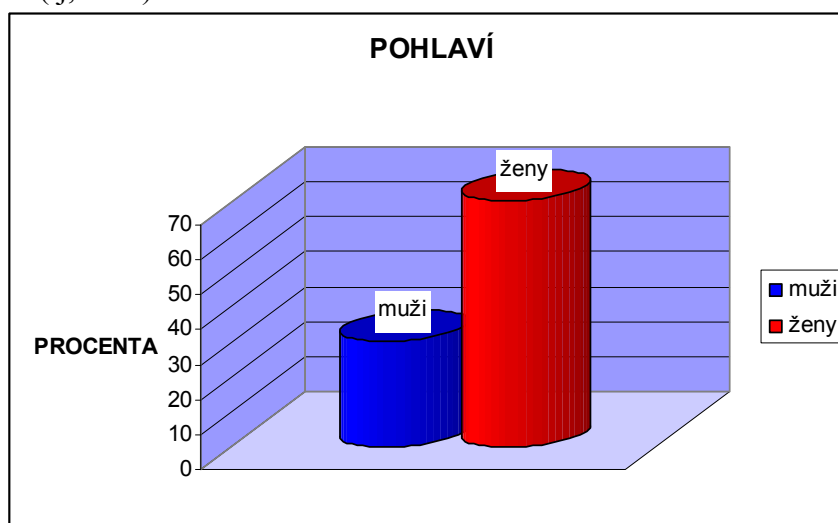
Respondenti ode mne obdrželi „DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA (SQUALA)“ a měli za úkol jej vyplnit. Vyplnění dotazníků předcházela slovní instruktáž a ujištění o zachování anonymity. a poté měli respondenti čtrnáct dní na jeho zpracování. Návratnost dotazníků byla 100%, ale k některým oblastem se respondenti odmítli vyjádřit.

4.2. UNIVARIAČNÍ ANALÝZA

Sociodemografická charakteristika

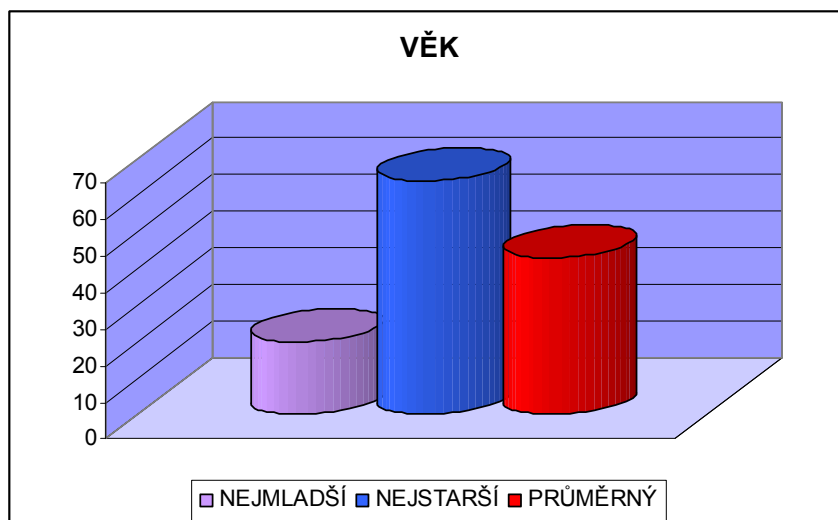
- **POHLAVÍ**

Celkový počet respondentů je $n = 100$ (tj. 100%). Z toho 30 (tj. 30%) je mužů a 70 (tj. 70%) žen.



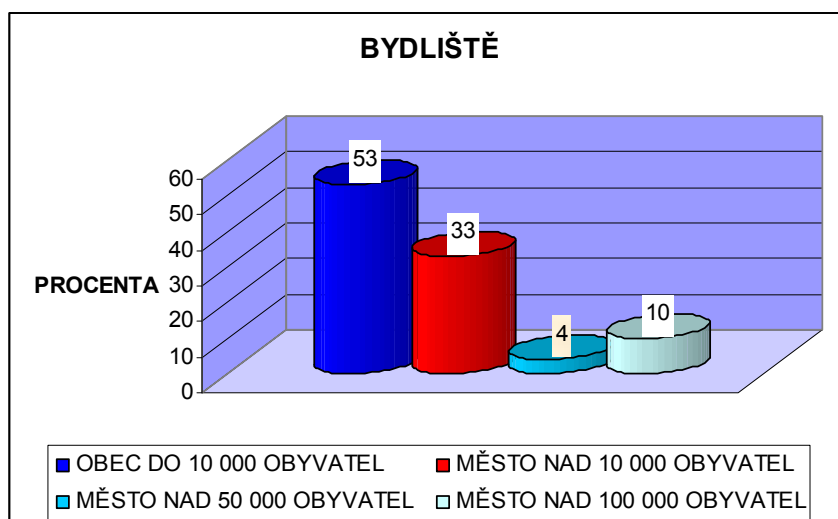
- **VĚK**

Věk dotazovaných se pohyboval v rozmezí od 20 – 64 let, kdy nejmladší respondenti byli ve věku 20 let a nejstarší ve věku 64 let. Průměrný věk výzkumného souboru je 43 let.



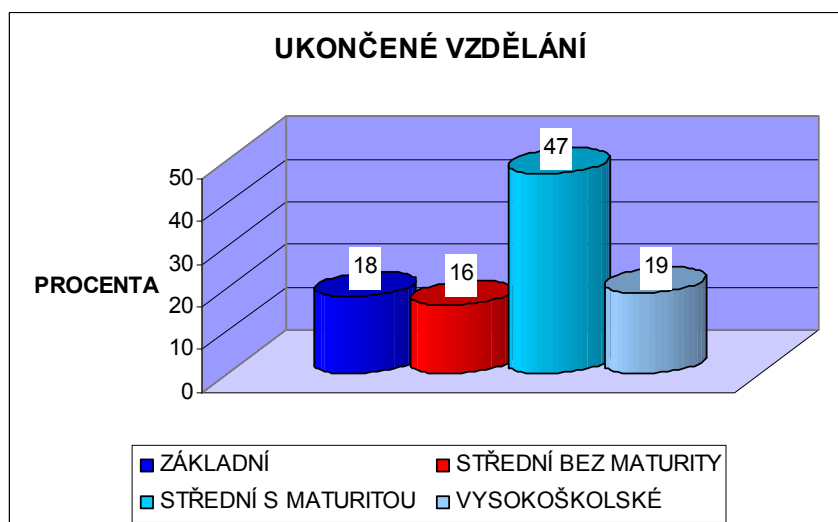
- **BYDLIŠTĚ**

Obec do 10 000 obyvatel jako své bydliště uvedlo 53 respondentů, město nad 10 000 je bydlištěm 33 dotazovaných, ve městě nad 50 000 obyvatel bydlí 4 respondenti a ve velkoměstě nad 100 000 obyvatel má své bydliště 10 dotázaných.



- **UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ**

Středoškolské vzdělání má téměř polovina respondentů, tedy nejvíce ze zkoumaného souboru (47%), 19% uvedlo vysokoškolské vzdělání, 18% základní vzdělání a 16% střední vzdělání bez maturity. Neukončené základní vzdělání neuvedl nikdo z celkového výzkumného souboru.

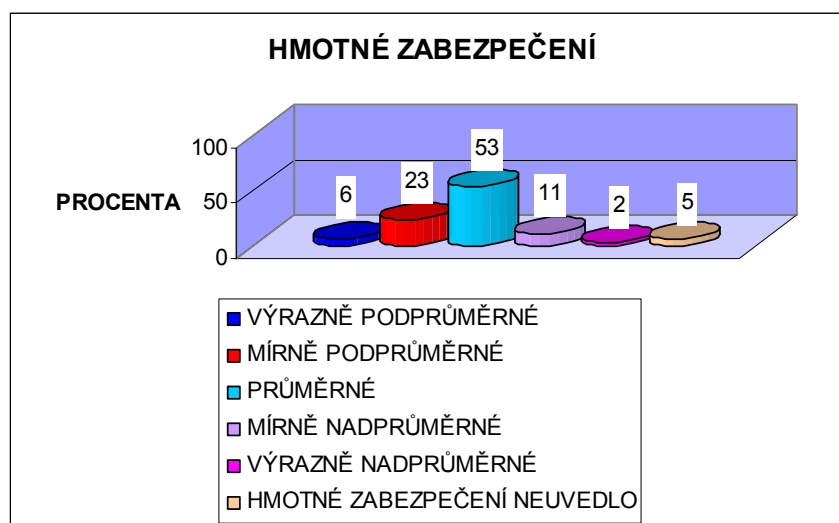


- **ZAMĚSTNÁNÍ**

Tento údaj jsem nezpracovávala do grafu, jelikož je zde široká škála zaměstnání od invalidních důchodců, pracujících v chráněných dílnách až po pracující v nejrůznějších odvětvích.

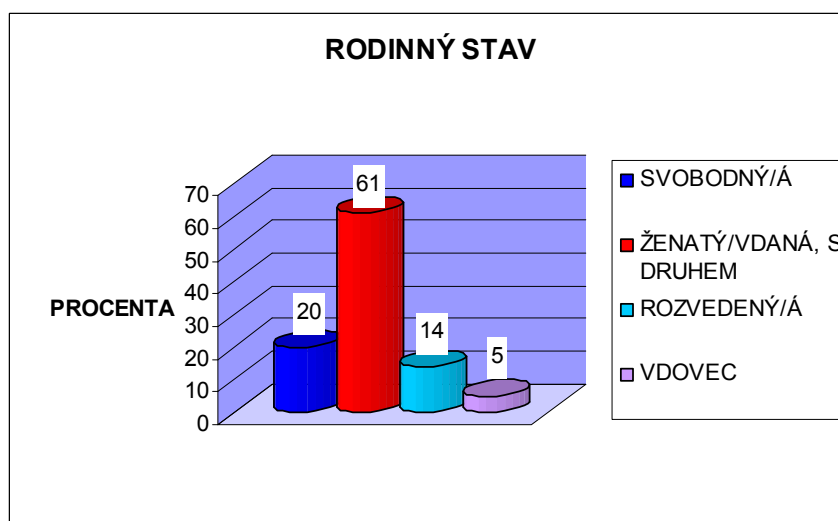
- **HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ**

Většina respondentů tj. 53% hodnotila úroveň svého hmotného zabezpečení jako průměrnou, 23% dotázaných jako mírně podprůměrnou, 11% jako mírně nadprůměrnou, dalších 6% respondentů jako výrazně nadprůměrnou, 5% z celého výzkumného vzorku hmotné zabezpečení neuvedlo a 2% respondentů ohodnotilo své hmotné zabezpečení jako výrazně podprůměrné.



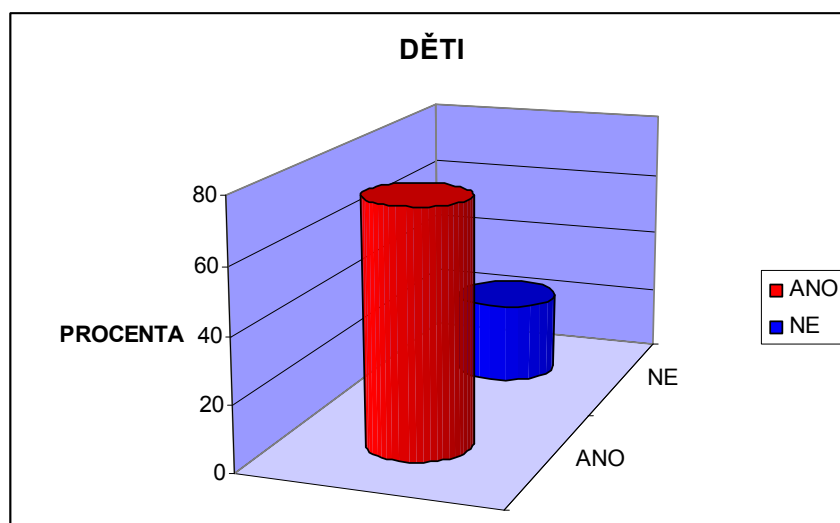
• RODINNÝ STAV

Více než polovina tj. 61% respondentů uvedlo rodinný stav: ženatý/vdaná nebo žijící s druhem, 20% uvedlo rodinný stav: svobodný, dalších 14% patří mezi rozvedené a 5% z výzkumného souboru jsou vdovy/vdovci.



• DĚTI

Z celé skupiny respondentů má 75% děti, 25% je bezdětných. Z toho 24% žije v jedné domácnosti s 1 dítětem, 28% se 2 dětmi, 6% se 3 dětmi a 1% se 4 dětmi. 16% respondentů má děti, ale nežijí s nimi ve společné domácnosti.



Tabulka č.1 – procentuální hodnocení důležitosti

Hodnocené oblasti	Ne- zbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bez- významné	Bez Odpovědi	Celkem
1) být zdravý	52%	36%	9%	1%	0%	2%	100%
2) být fyzicky soběstačný	37%	53%	8%	1%	0%	1%	100%
3) cítit se psychicky dobře	39%	49%	11%	0%	0%	1%	100%
4) příjemné prostř.,bydlení	17%	50%	28%	4%	0%	1%	100%
5) dobře spát	24%	51%	19%	4%	0%	2%	100%
6) rodinné vztahy	30%	7%	1%	1%	0%	1%	100%
7) vztahy s ostat. lidmi	9%	65%	23%	1%	0%	2%	100%
8) mít a vychovávat děti	29%	43%	20%	2%	1%	5%	100%
9) postarat se o sebe	37%	52%	7%	2%	1%	1%	100%
10)milovat a být milován	46%	38%	14%	1%	0%	1%	100%
11) mít sexuální život	21%	27%	30%	15%	4%	3%	100%
12) zajímat se o politiku	6%	5%	37%	33%	18%	1%	100%
13) mít víru	32%	18%	11%	22%	15%	2%	100%
14) odpočívat ve voln. č.	8%	51%	31%	8%	1%	1%	100%
15) mít koníčky ve voln. č.	12%	31%	39%	15%	2%	1%	100%
16) být v bezpečí	30%	57%	11%	1%	0%	1%	100%
17) práce	32%	49%	16%	1%	1%	1%	100%
18) spravedlnost	35%	51%	9 %	0%	1%	4%	100%
19) svoboda	34%	56%	8%	1%	0%	1 %	100%
20) krása a umění	6%	27%	44%	20 %	1%	2%	100%
21) pravda	42%	51%	4%	1 %	0%	2%	100%
22) peníze	30%	33%	33%	3%	0%	1%	100%
23) dobré jídlo	9%	19%	51%	18%	2%	1%	100%

Grafické znázornění procentuálního vyjádření odpovědí respondentů

k hodnocení důležitosti

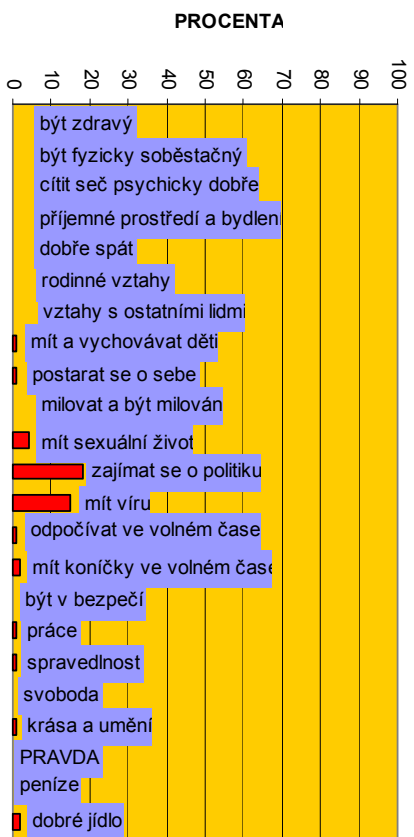
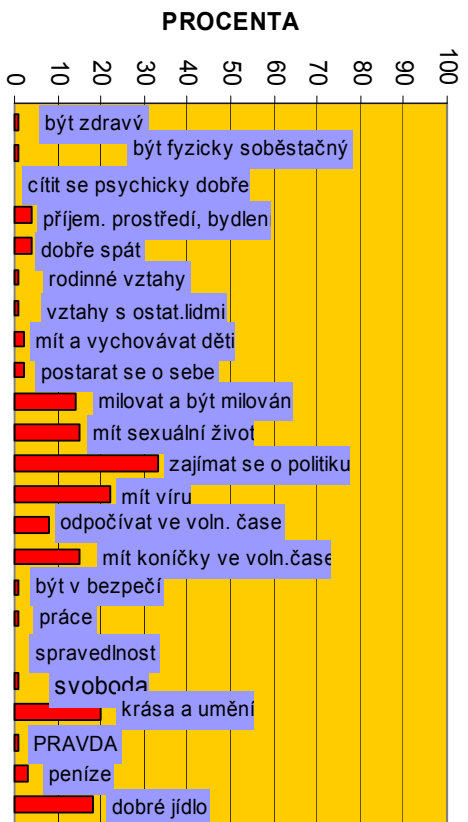
Graf č. 1: Nezbytné



Graf č. 2: Velmi důležité



Graf č. 3: Středně důležité

Graf č.5: **Bezvýznamné**Graf č.4: **Málo důležité**

„ Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?“(viz.Přílohy)

Na položenou otázku v dotazníku odpovědělo 10 respondentů takto:

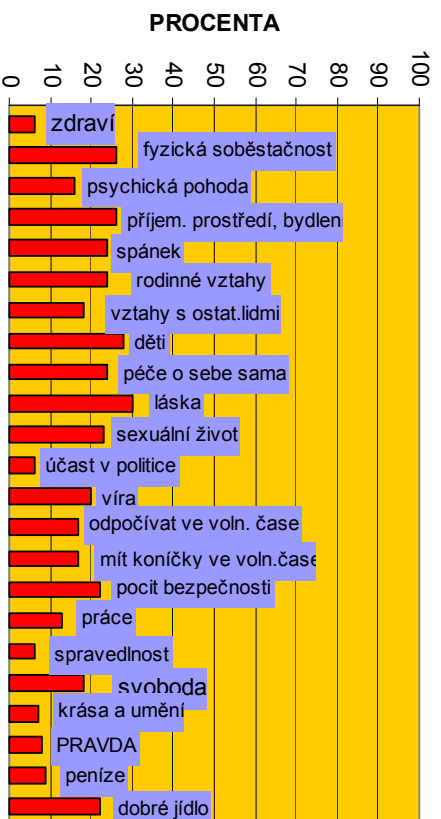
- < přátelství
- < klid, pořádek, mír
- < duševní klid (umět se vyrovnat sama se sebou a se svým okolím)
- < umět odpouštět
- < svědomí
- < víra v Boha
- < vztah ke Kristu
- < vzdělání, sloužit druhým, příroda
- < mít práci jako koníček, skvělý partner, dostatek času na přátele, zábavu, kulturu
(kina, výstavy)
- < trest smrti, aby se nevraždili nevinní lidé

Tabulka č.2 - procentuální hodnocení spokojenosti

Hodnocené oblasti	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokoje	Ne-spokojen	Velmi zklamán	Bez odpovědi	Celkem
24) zdraví	6%	18%	44%	26%	6%	0%	100%
25) fyzická soběstač.	26%	23%	38%	9%	2%	2%	100%
26) psychická pohoda	16%	22%	48%	13%	0%	1%	100%
27) prostředí bydlení	26%	35%	30%	8%	1%	0%	100%
28) spánek	24%	26%	42%	8%	0%	0%	100%
29) rodinné vztahy	24%	37%	33%	6%	0%	0%	100%
30) vztahy s ost.lidmi	18%	42%	32%	8%	0%	0%	100%
31) děti	28%	31%	20%	2%	4%	15%	100%
32) péče o sebe sama	24%	17%	47%	11%	1%	0%	100%
33) láska	30%	26%	23%	12%	3%	6%	100%
34) sexuální život	23%	21%	33%	15%	5%	3%	100%
35) účast v politice	6%	2%	24%	28%	27%	13%	100%
36) víra	20%	22%	29%	15%	10%	4%	100%
37) odpočinek	17%	24%	46%	10%	1%	2%	100%
38) koníčky	17%	29%	35%	16%	2%	1%	100%
39) pocit bezpečnosti	22%	34%	32%	8%	2%	2%	100%
40) práce	13%	31%	25%	13%	13%	5%	100%
41) spravedlnost	6%	14%	46%	23%	9%	2%	100%
42) svoboda	18%	30%	39%	5%	5%	3%	100%
43) krása a umění	7%	19%	63%	6%	2%	3%	100%
44) pravda	8%	23%	49%	15%	3%	2%	100%
45) peníze	9%	13%	49%	23%	5%	1%	100%
46) jídlo	22%	44%	31%	0%	1%	2%	100%

**Grafické znázornění procentuálního vyjádření odpovědí respondentů
k hodnocení spokojenosti**

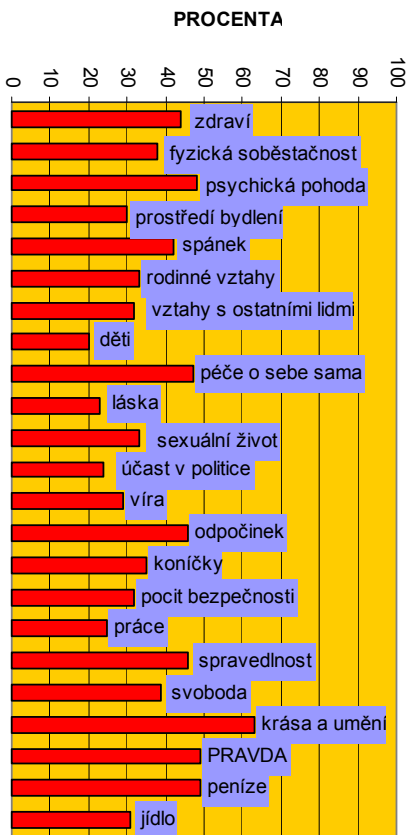
Graf č.6: Zcela spokojen



Graf č.7: Velmi spokojen



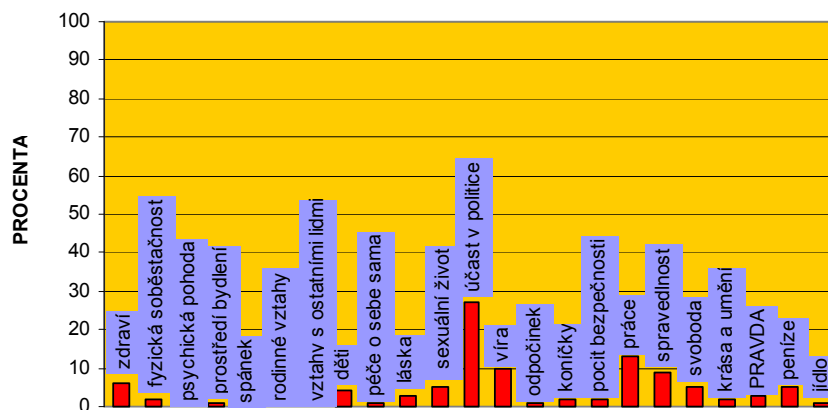
Graf č.8: Spíše spokojen



Graf č.9: Nespokojen



Graf č.10: Velmi zklamán



4.3. BIVARIAČNÍ ANALÝZA PODLE POHLAVÍ

Cílem bivariační analýzy je porovnání hodnot důležitosti a spokojenosti daných oblastí v životě mezi muži a ženami s tělesným postižením. Hodnocení obou pohlaví je uvedeno v procentech a dle stupňů v tabulkách.(viz.níže) Vycházela jsem z hodnot získaných při výzkumném šetření, respektive z hodnot získaných z dotazníku SQUALA.

Tabulka č.3 – procentuální hodnocení důležitosti u mužů

Hodnocené oblasti	Nez- bytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bez- významné	Bez odpovědi	Cel- kem
1) zdraví	60%	20%	17%	0%	0%	3%	100%
2) být fyzicky soběstačný	37%	50%	10%	0%	0%	3%	100%
3) cítit se psychicky dobře	37%	43%	17%	0%	0%	3%	100%
4) příjemné prostř.bydlení	27%	40%	20%	10%	0%	3%	100%
5) dobře spát	33%	37%	20%	7%	0%	3%	100%
6) rodinné vztahy	40%	53%	0%	3,5%	0%	3,5%	100%
7) vztahy s ostat lidmi	10%	70%	17%	0%	0%	3%	100%
8) mít a vychovávat děti	27%	37%	30%	0%	3%	3%	100%
9) postarat se o sebe	47%	43%	0%	3,5%	3,5%	3%	100%
10) milovat a být milován	50%	33%	13,5%	0%	0%	3,5%	100%
11) mít sexuální život	23%	33,5%	33,5%	6,5%	0%	3,5%	100%
12) zajímat se o politiku	10%	7%	40%	23%	16,5%	3,5%	100%
13) mít víru (nábož.)	30%	20%	3,5%	17%	26%	3,5%	100%
14) odpočívat ve voln.č	7%	50%	30%	10%	0%	3%	100%
15) mít koníčky ve vol.č.	17%	37%	33%	10%	0%	3%	100%
16) být v bezpečí	20%	57%	17%	3%	0%	3%	100%
17) práce	43%	37%	17%	0%	0%	3%	100%
18) spravedlnost	50%	27%	16%	0%	0%	7%	100%
19) svoboda	43%	43%	10%	0%	0%	4%	100%
20) krása a umění	10%	27%	43%	17%	0%	3%	100%
21) pravda	57%	33%	7%	0%	0%	3%	100%
22) peníze	30%	30%	30%	7%	0%	3%	100%
23) dobré jídlo	13%	27%	27%	27%	0%	6%	100%

Tabulka č.4 – procentuální hodnocení důležitosti u žen

Hodnocené oblasti	Ne- zbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvý- znamné	Bez odpovědi	Cel- kem
1)být zdravý	48%	43%	6%	1,5%	0%	1,5%	100%
2) být fyzicky soběstačný	37,5%	54%	7%	1,5%	0%	0%	100%
3)cítit se psychicky obře	40%	51,5%	8,5%	0%	0%	0%	100%
4)příjemné prostř.bydlení	13%	54%	31,5%	1,5%	0%	0%	100%
5) dobře spát	20%	57%	18,5%	3%	0%	1,5%	100%
6) rodinné vztahy	26%	72,5%	1,5%	0%	0%	0%	100%
7) vztahy s ostat lidmi	8%	63%	26%	1,5%	0%	1,5%	100%
8) mít a vychovávat děti	30%	45%	16%	3%	0%	6%	100%
9) postarat se o sebe	33%	55,5%	10%	1,5%	0%	0 %	100%
10)milovat a být milován	44%	40%	14%	2%	0%	0%	100%
11) mít sexuální život	20%	24%	28,5%	18,5%	6%	3%	100%
12) zajímat se o politiku	4%	4%	36%	37%	19%	0%	100%
13) mít víru(nábož.)	33%	17%	14%	24%	10%	2%	100%
14) odpočívat ve voln.č.	8,5%	51,5%	31,5%	7%	1,5%	0%	100%
15)mít koníčky ve vol..č.	10%	28,5%	41,5%	17%	3%	0%	100%
16) být v bezpečí	34%	57%	9%	0%	0%	0%	100%
17) práce	27%	54%	16%	1,5%	1,5%	0%	100%
18) spravedlnost	28,5%	61%	6%	0%	1,5%	3%	100%
19) svoboda	30%	61,5%	7%	1,5%	0%	0%	100%
20) krása a umění	4,5%	27%	44%	21,5%	1,5%	1,5%	100%
21) pravda	35,5%	58,5%	3%	1,5%	0%	1,5%	100%
22) peníze	30%	34%	34%	2%	0%	0%	100%
23) dobré jídlo	7%	16%	61,5%	14%	1,5%	0%	100%

Tabulka č.5 –procentuální hodnocení spokojenosti u mužů

Hodnocené oblasti	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Ne- spokojen	Velmi zklamán	Bez odpovědi	Cel- kem
24) zdraví	10%	23%	37%	20%	10%	0%	100%
25) fyzická soběstač.	37%	23%	23%	10%	7%	0%	100%
26) psychická pohoda	20%	27%	33%	20%	0%	0%	100%
27) prostředí bydlení	27%	37%	23%	13%	0%	0%	100%
28) spánek	33%	23%	37%	7%	0%	0%	100%
29) rodinné vztahy	37%	33%	23%	7%	0%	0%	100%
30)vztahy s ost. lidmi	17%	50%	20%	13%	0%	0%	100%
31) děti	40%	23%	7%	3%	10%	17%	100%
32) péče o sebe sama	37%	10%	43%	7%	3%	0%	100%
33) láska	46%	17%	17%	10%	7%	3%	100%
34) sexuální život	36%	17%	30%	10%	7%	0%	100%
35) účast v politice	13%	0%	33%	20%	17%	17%	100%
36) víra	30%	23%	20%	10%	17%	0%	100%
37) odpočinek	27%	20%	40%	10%	3%	0%	100%
38) koníčky	20%	33%	24%	20%	3%	0%	100%
39) pocit bezpečnosti	43%	23%	27%	7%	0%	0%	100%
40) práce	20%	34%	23%	3%	20%	0%	100%
41) spravedlnost	13%	17%	40%	13%	13%	4%	100%
42) svoboda	30%	40%	20%	3%	7%	0%	100%
43) krása a umění	10%	24%	57%	3%	3%	3%	100%
44) pravda	20%	27%	33%	17%	3%	0%	100%
45) peníze	20%	10%	47%	20%	3%	0%	100%
46) jídlo	33%	37%	30%	0%	0%	0%	100%

Tabulka č.6 – procentuální hodnocení spokojenosti u žen

Hodnocené oblasti	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Ne-spokojen	Velmi zklamán	Bez odpovědi	Celkem
24) zdraví	4%	16%	47%	29%	4%	0%	100%
25) fyzická soběstač.	21%	23%	44%	9%	0%	3%	100%
26) psychická pohoda	14,5%	20%	54%	10%	0%	1,5%	100%
27) prostředí bydlení	26%	34%	33%	6%	1%	0%	100%
28) spánek	20%	27%	44%	9%	0%	0%	100%
29) rodinné vztahy	19%	39%	37%	5%	0%	0%	100%
30) vztahy s ost.lidmi	10%	39%	51%	0%	0%	0%	100%
31) děti	23%	34%	26%	1,5%	1,5%	14%	100%
32) péče o sebe sama	19%	20%	48%	13%	0%	0%	100%
33) láska	23%	30%	26%	13%	1%	7%	100%
34) sexuální život	17%	23%	34%	17%	4,5%	4,5%	100%
35) účast v politice	3%	3%	20%	31,5%	31,5%	11%	100%
36) víra	16%	21%	33%	17%	7%	6%	100%
37) odpočinek	13%	26%	48%	10%	0%	3%	100%
38) koníčky	16%	27%	40%	14%	1,5%	1,5%	100%
39) pocit bezpečnosti	13%	39%	34%	8%	3%	3%	100%
40) práce	10%	30%	26%	17%	10%	7%	100%
41) spravedlnost	3%	13%	49%	27%	7%	1%	100%
42) svoboda	13%	26%	47%	6%	4%	4%	100%
43) krása a umění	6%	17%	66%	7%	1%	3%	100%
44) pravda	3%	21%	56%	14%	3%	3%	100%
45) peníze	4%	14%	50%	24%	6,5%	1,5%	100%
46) jídlo	17%	47%	31,5%	0%	1,5%	3%	100%

**Tabulka č.7- hodnocení důležitosti u mužů a u žen vyjádřené
ve stupních**

Hodnocené oblasti	MUŽI	ŽENY
1) být zdraví	4,45	4,40
2) být fyzicky soběstačný	4,27	4,27
3) cítit se psychicky dobře	4,20	4,31
4) příjemné prostředí a bydlení	3,86	3,78
5) dobře spát	4,0	3,95
6) rodinné vztahy	4,34	4,24
7) vztahy s ostatními lidmi	3,93	3,79
8) mít a vychovávat děti	3,86	4,09
9) postarat se o sebe	4,31	4,2
10) milovat a být milován	4,37	4,27
11) mít sexuální život	3,75	3,44
12) zajímat se o politiku	2,68	2,38
13) mít víru (např.náboženství)	3,10	3,44
14) odpočívat ve volném čase	3,55	3,58
15) mít koníčky ve volném čase	3,62	3,25
16) být v bezpečí	4,10	4,25
17) práce	4,27	4,04
18) spravedlnost	4,35	4,19
19) svoboda	4,34	4,2
20) krása a umění	3,31	3,11
21) pravda	4,51	4,30
22) peníze	3,86	3,92
23) dobré jídlo	3,39	3,12

**Tabulka č.8 – hodnocení spokojenosti u mužů a u žen vyjádřené
ve stupních**

Hodnocené oblasti	MUŽI	ŽENY
24) zdraví	3,03	2,87
25) fyzická soběstačnost	3,73	3,58
26) psychická pohoda	3,46	3,39
27) prostředí bydlení	3,76	3,77
28) spánek	3,83	3,58
29) rodinné vztahy	4,0	3,7
30) vztahy s ostatními lidmi	3,7	3,58
31) děti	3,96	3,88
32) péče sebe sama	3,7	3,44
33) láska	3,89	3,64
34) sexuální život	3,66	3,32
35) účast v politice	2,68	2,03
36) víra	3,4	3,22
37) odpočinek	3,56	3,42
38) koníčky	3,46	3,42
39) pocit bezpečnosti	4,03	3,51
40) práce	3,3	3,13
41) spravedlnost	3,03	2,76
42) svoboda	3,43	3,38
43) krása a umění	3,34	3,19
44) pravda	3,43	3,07
45) peníze	3,23	2,86
46) dobré jídlo	4,03	3,80

4.4. Závěry z výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjišťování kvality života u osob s tělesným postižením v dospělosti. Výzkumný vzorek tvořilo 100 osob s tělesným či chronickým postižením v dospělém věku. Z toho 70% bylo žen a 30% bylo mužů. Výzkumné šetření bylo rozděleno na 2 části: na **UNIVARIAČNÍ A BIVARIAČNÍ ANALÝZU**.

= Univariační analýza

Součástí univariační analýzy byla sociodemografická charakteristika (viz.výše). V celkovém hodnocení důležitosti přisuzují respondenti největší význam těmto oblastem: *být zdravý, milovat a být milován, spravedlnost, svoboda, rodinné vztahy, postarat se o sebe, být fyzicky soběstačný, cítit se psychicky dobře. Za málo důležité* považují tyto oblasti: *zajímat se o politiku*, což je nejspíše dáno současnou politickou scénou, dále oblast - *krása a umění* a oblast - *mít víru*, což může být dáno nepochopením podstaty víry či hořkostí vůči Bohu za zdravotní stav ve kterém se nacházejí..

V celkovém hodnocení spokojenosti jsou respondenti nejvíce spokojeni s těmito oblastmi: *s dětmi, s jídlem, s rodinnými vztahy, s pocitem bezpečnosti a s láskou*. Nejmenší spokojenost vyjádřili *s politikou, se spravedlností, s penězi a prací*.

= Bivariační analýza

Z údajů, které jsme získali pomocí dotazníku SQUALA jsme specifikovali rozdíly mezi důležitostmi a spokojeností v jednotlivých oblastech u mužů a u žen.

Rozdíly v hodnocení důležitosti a spokojenosti u mužů a u žen nebyl nijak výrazný. Jediný rozdíl v hodnocení důležitosti byl v *oblasti mít a vychovávat děti*, kde u žen převládl mateřský pud a tudíž ohodnotili tuto oblast vyšším hodnocením důležitosti než muži.

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že v hodnocení spokojenosti je největší rozdíl v *pocitu bezpečnosti*, kde jsou méně spokojené s touto oblastí ženy, které jsou proti mužům zranitelnější v této oblasti.

Součástí výzkumu bylo ověřování hypotéz :

Hypotéza č.1: *Pro ženy je důležitější mít a vychovávat děti než pro muže.*

Z výše uvedených tabulek vyplývá, že pro ženy je důležitější mít a vychovávat děti než pro muže, jedná se tedy o hypotézu **verifikovanou**. Jde jistě o věc, která je ženě přirozená , ne-li přímo vrozená.

Hypotéza č.2: *Ženy považují „mít víru“ za důležitější než muži.*

Tato hypotéza podle výzkumného šetření je **verifikovaná**. Ženy považují „mít víru“ za důležitější než muži, vyplývá to i ze statistik církví, kde větší procento lidí náležejících do církve jsou ženy, což může vypadat, že víra je věcí žen, ale opak je pravdou, jelikož největší reformátoři v minulosti křesťanství byly právě muži.

Hypotéza č.3 : *Pro muže je důležitější mít práci než pro ženy.*

Z výzkumného šetření vyplývá, že pro muže je práce důležitější než pro ženy, což potvrzuje hypotézu, jedná se tedy o hypotézu **verifikovanou**. Pro muže je práce důležitou součástí seberealizace či sebeaktualizace v životě, což potvrzuje Maslowovu hierarchickou teorii potřeb.

Hypotéza č.4 : *Ženy jsou se svým sexuálním životem více spokojeni než muži.*

Z výzkumného šetření vyplývá, že muži jsou spokojenější se svým sexuálním životem než ženy, což mě velmi překvapilo. V tomto případě se tedy jedná o hypotézu **falzifikovanou**.

Hypotéza č.5: *Muži jsou spokojenější s prostředím bydlení než ženy.*

S prostředím bydlení jsou dle výpovědí respondentů nepatrně více spokojenější ženy než muži. Myslela jsem si, že právě ženy jsou ty, které stále něco ve svém „hnízdečku“ upravují a mění a toto výzkumné šetření hypotézu nepotvrdilo; jedná se tedy o hypotézu **falzifikovanou**.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo posoudit, jak lidé s tělesným postižením hodnotí kvalitu svého života, jak jsou s jednotlivými oblastmi spokojeni a jakou jim připisují důležitost.

Při hlubším prozkoumání problematiky lidí s postižením si myslím, že jako společnost potřebujeme stále více zkvalitňovat *sociální služby, bezbariérovost v dopravě i v přístupu do veřejných budov, vytvářet nová pracovní místa na trhu práce* pro tyto spoluobčany a přistupovat k nim jako k lidem, kteří mají hodnotu i bez toho, aniž bychom hleděli na hodnoty, které vytvořili.

„Vo svojom seriáli o medziľudských vzťahoch dáva moderátor Gary Smalley divákovi lekciu pomocou predmetov. V jednom dieli zdvihne staré, rozpadnuté husle. Kobylka je odlomená, struny uvoľnené. Husle sú vhodné akurát do koša. Ale Gary drží husle pred divákami tak, aby si mohli prečítať, čo je napísané vnútri: Stradivarius. „Viete, akú majú hodnotu?“ pýta sa divákov. „Tieto husle majú hodnotu 100 000 dolárov!“ Diváci zalapajú po dychu, keď počujú sumu, najmä vzhľadom na stav, v akom sa husle nachádzajú.

Husle majú tak veľkú hodnotu nie kvôli stavu, v ktorom sa nachádzajú, ale kvôli človeku, ktorý ich vytvoril. Ich poškodenie vôbec neznižuje ich cenu. Záleží na mene, ktoré je napísané vo vnútri. Aj vy aj ja máme na sebe podpis Boha. To meno nám dáva nevyčísliteľnú hodnotu a nijaká ekonomická alebo funkčná alebo citová norma nemôže túto hodnotu obmedziť, aj keby sme boli tak veľmi poškodení, že niektorí ľudia by nás už nenazývali človekom.“ (Eareckson, T., J., 1997, s.54)

Přála bych všem lidem s postižením, aby mohli prožít život bez jakýchkoli známek diskriminace od společnosti a aby dokázali zdárně překonávat překážky, které nejsou mnohdy jen architektonického rázu.

SHRNUTÍ

Diplomová práce se zabývá problematikou osob s tělesným postižením v dospělosti.

První kapitola pojednává o rozdělení pohybových vad, vymezuje chronická onemocnění, zabývá se psychologií osob s tělesným postižením a léčebnou rehabilitací.

Druhá kapitola vymezuje dospělost, zabývá se vzděláváním dospělých, pracovním uplatněním a sociálními službami pro osoby s tělesným a chronickým onemocněním.

Třetí kapitola zahrnuje teoretické vymezení „kvality života“, zabývá se metodami měření, nástroji a posléze také otázkami sociálních dávek a problémů s bezbariérovostí ve veřejných budovách, v dopravě a kultuře.

Čtvrtá kapitola obsahuje výzkumné šetření, vytvoření hypotéz, univariační analýzu, bivariační analýzu dle pohlaví a závěry šetření.

RESUMÉ

These diploma thesis deals with questions concerning physically challenged people in the adulthood.

The first chapter describes classification of physical limitations, chronical illnesses, and psychology of people who are physically limited and get physiotherapy.

The second chapter deals with the education of adults, their achievements in work and social services for physically and chronically challenged people.

The third chapter explains the theory of „life qualities“, the methods of research and also questions of social benefits, problems with accessability in public and cultural buildings, and in the means of transport.

The forth chapter documents the research, sets expectations of the results, monovariational hypothesis and bivariational hypothesis due to the gender. In the forth chapter there are also results of the research.

Literatura

- BARTOŇOVÁ, M.: *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno, MSD 2005. ISBN 80-86633-37-3.
- DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C.: *Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. ČS Psychiatrie, 93,1997, č.2, s. 102-108.
- DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C.: *Měření kvality života v sociální psychiatrii*. ČS Psychiatrie, 93, 1997, č.8, s.423-432.
- EARECKSON TADA, J.: *Eutanázia, dilema života a smrti*. Bratislava, LÚČ 1997. ISBN 80-7114-213-1.
- EIS, E.: *Ortopedie pro speciální pedagogy*. Praha, SPN 1986.
- GUTVIRTH, J.: *Základy dětského lékařství pro speciální pedagogy*. Praha, SPN 1981.
- JANKOVSKÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha, TRITON 2001. ISBN 80-7254-192-7.
- JOBÁNKOVÁ, M.a kol.: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno, IDV PZ 2000. ISBN 80-7013-288-4.
- KÁBELE, F.: *Somatopedie*. Praha, UK 1992.
- KERN, H. a kol.: *Přehled psychologie*. Praha, Portál 2000. ISBN 80-7178-425-5.
- KRAUS, J., ŠANDERA, O.: *Tělesně postižené dítě*. Praha, SPN 1964. ISBN 14-324-75.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Křesťanská péče o nemocné*. Praha, ADVENT 1991.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Pastorální péče*. Praha, Oliva 2000. ISBN 80-85942-42-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha, Avicenum.1985. ISBN 08-032-85.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. Praha, Grada 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. Praha, Portál 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘÍŽ, V.: *Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích*. Praha, Avicenum 1986. ISBN 08- 076-86.
- LANBMEIER, J., LANGMEIER, M., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyzologie*. Praha, H H 1998. ISBN 80-86180-03-4.

- LANGMEIER, J.: *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha, Avicenum 1983. ISBN 80-201-0098-7.
- LESNÝ, I.- ŠPITZ, J.: *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha, SPN 1989.
- MATĚJČEK, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany, H a H 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- MÜHLPACHR, P.: *Gerontopedagogika*. Brno, MU 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- OPATŘILOVÁ, D.: *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno, MU 2005. ISBN 80-210-3819-5.
- OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D.: *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno, MU 2005. ISBN 80-210- 3718-0.
- PIPEKOVÁ, a kol.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, Paido 1988. ISBN 80-85931-65-6.
- ŘÍČAN, P.: *Cesta životem*. Praha, Panorama 1989. ISBN 80-7038-078-0.
- ŠKODA, K.: *Komparativní andragogika*. Olomouc, UP 1994. ISBN 80-7067-368-0.
- ŠLAPAL, R.: *Neurologie pro speciální pedagogy*. Brno, Paido 1996.
- VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P.: *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno, MU 2005. ISBN 80-210- 3754-7.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999. ISBN 80-7178-678-0.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha, Portál 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- VÍTKOVÁ, M. a kol.: *Integrativní speciální pedagogika*. Brno, Paido 1998. ISBN 80-85931-51-6.
- VÍTKOVÁ, M.: *Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe*. Brno, MU 2003. ISBN 80-86633-08-X.
- VÍTKOVÁ, M.: *Somatopedické aspekty*. Brno, Paido 1999. ISBN 80-85931-69-9.
- ZAHÁLKOVÁ, M.: *Pediatric pro speciální pedagogy*. Brno, MU 2000. ISBN 80-210-2327-9.

Internetové zdroje: www.mpsv.cz
www.osobniasistence.cz
www.ligavozic.cz

PŘÍLOHY

PCP Praha 1997 podle Zannottiho, NICE 1992

Dotazník kvality života (SQUALA)

POŘADOVÉ ČÍSLO _____

ID. ČÍSLO _____

Vážená paní, vážený pane,

cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku vás prosíme, abyste odpověděli, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen(a) v různých oblastech životních hodnot.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita ke komerčním účelům.

Děkujeme vám za spolupráci na naší výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky

1) POHLAVÍ

2) VĚK _____

muž.....1

žena.....2

3) BYDLÍTE V:

obci do 10 000 obyvatel.....1

městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel..... 2

městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel.....3

velkoměstě nad 100 000 obyvatel.....4

4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

neukončené základní.....1
základní.....2
střední bez maturity.....3
střední s maturitou.....4
vysokoškolské.....5.

5) ZAMĚSTNÁNÍ

- a) Jste soukromník ?.....ano – ne
b) Zaměstnáváte další osoby ?.....ano – ne
c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:

studující.....1
mateřská dovolená.....2
v domácnosti.....3
důchodce (neprac.).....4
v invalidním důchodu.....5
t. č. nezaměstnaný/á
hledající práci.....6
voják zákl.služby.....7
jiné.....8

6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. s jednotlivci v případě, že žijete sám,/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně	mírně	průměrné	mírně	výrazně
podprůměrné	podprůměrné		nadprůměrné	nadprůměrné

7) RODINNÝ STAV

svobodný/á.....1
ženatý/vdaná, s druhem.....2
rozvedený/á.....3
vdovec/ vdova.....4

8) MÁTE DĚTI ?

ano – ne

pokud ano, pak počet dětí žijících s vámi ____

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

V této tabulce znamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	Ne- zbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvý- znamné
1) zdraví					
2) být fyzicky soběstačný					
3) cítit se psychicky dobře					
4) příjemné prostředí, bydlení					
5) dobře spát					
6) rodinné vztahy					
7) vztahy s ostatními lidmi					
8) mít a vychovávat děti					
9) postarat se o sebe					
10) milovat a být milován					
11) mít sexuální život					
12) zajímat se o politiku					
13) mít víru (náboženství)					
14) odpočívat ve volném čase					
15) mít koníčky ve volném čase					
16) být v bezpečí					
17) práce					
18) spravedlnost					
19) svoboda					
20) krása a umění					
21) pravda					
22) peníze					
23) dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Ne- spokojen	Velmi zklamán
24) zdraví					
25) fyzická soběstačnost					
26) psychická pohoda					
27) prostředí bydlení					
28) spánek					
29) rodinné vztahy					
30) vztahy s ostatními lidmi					
31) děti					
32) péče o sebe sama					
33) láska					
34) sexuální život					
35) účast v politice					
36) víra					
37) odpočinek					
38) koníčky					
39) pocit bezpečnosti					
40) práce					
41) spravedlnost					
42) svoboda					
43) krása a umění					
44) pravda					
45) peníze					
46) jídlo					

