

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

# Resocializace po míšní lézi v hrudní a bederní páteři

Vypracovala: Miluše Moravcová  
Vedoucí práce: MUDr. Drahoslava Tišlerová

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

Míšní léze je synonymem pro poranění nebo poškození míchy. Znamená kompletní nebo částečné poškození míchy nejčastěji následkem úrazu. Mícha může být však poškozena také nádorovým, cévním, zánětlivým nebo degenerativním onemocněním. U 15-20 % pacientů s poraněním páteře je současně poškozená mícha. Tímto poraněním míchy jsou úplně nebo částečně poškozené motorické, senzitivní a vegetativní dráhy míchy. Při postižení horních končetin, trupu a dolních končetin mluvíme o kvadрупostižení. Úroveň postižení je nad hrudním segmentem Th2. Je-li postižen celý trup a dolní končetiny, zatímco horní končetiny jsou intaktní, pak jde o parapostižení. Úroveň poškození je pod hrudním segmentem Th4.

Poranění páteře a poškození míchy v jakémkoli úseku vnáší do života člověka negativní změnu, která ovlivní nejen samotného pacienta, ale zároveň jeho rodinu a osoby v blízkém okolí. Každý jedinec tuto situaci snáší individuálně, ale fáze, kterými musí projít, než dojde k určitému přijetí nové reality, jsou téměř identické. Adaptace a následná resocializace osoby po poškození míchy není jednoduchým procesem a lze ji ovlivnit mnoha vnějšími i vnitřními faktory. Ovlivnění těmito faktory může být pozitivní i negativní.

Cílem práce bylo zmapovat novou životní situaci osob po poranění míchy v hrudní a bederní páteři provázené parapostižením, které prošly celistvou rehabilitací v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Hlavním záměrem bylo popsat pracovní situaci, možnosti bydlení, následné potřebné úpravy bydlení a dopravu, která může ulehčit novou životní etapu. Pro výzkum byla použita kvalitativní výzkumná strategie. Sběr dat byl prováděn pomocí polořízených rozhovorů a případových studií. Výzkumný vzorek tvořilo 6 osob - 3 muži a 3 ženy v produktivním věku. Výzkumné otázky byly zaměřeny na obecné, ale velmi důležité informace, které ovlivňují proces resocializace. Tyto sledované informace mohou však působit kladně, ale i negativně na klienty po poškození míchy.

Výsledky tohoto výzkumu umožnily nahlédnout do nového života jedinců po míšní lézi. Ukázalo, jak vnímají celkovou nelehkou situaci a jak na ně působí vnější vlivy.

Reakce osob v jejich okolí, možnost získávání informací, jednání se specialisty, pomoc rodiny a zároveň i přijetí společností jsou pro tyto osoby nepostradatelné. Motivace, vlastní odhodlání a podpora okolí byly prokázány jako nedílná součást pozitivní resocializace.

Více než polovina osob ohodnotila resocializaci jako kladný proces, který není jednoduchý, ale právě pomocí zmíněných faktorů lze najít nový smysl života a prožít život plnohodnotně i po prodělaném úrazu míchy. Společnost by měla mít snahu tento proces osobám ulehčit a zároveň pomoci, aby bylo dostupné se vrátit zpět do života.

**Klíčová slova:** adaptace, hrudní a bederní páteř, míšní poranění, resocializace

## **Abstract**

Spinal leisis is synonymous expression for spinal injury or damage of spinal cord. It means complete or partial damage of spinal cord because of injury. Spinal cord can be also damaged by tumor, inflammation, vein injury. At about 15-20% of patients damage their spine in one go with spinal cord. Spinal cord injury causes complete or partial motor, sensitive or vegetative ways of spine. In case of damage arms, corp, legs we usually talk about so called quadrumamage. The level of damage is above chest Th2. If the whole corp and legs are damaged on contrary of intact arms, we talk about paradamage. The level of damage is under chest Th4.

Spinal cord injury in any time of human being life brings negative changes which influence not only the patients themselves but also their families, relatives, friends. Every single person bears with the situation individually but the parts they have to get through before accepting the new reality are almost identical. Adaptation and resocialisation after spinal cord injury is not an easy process and can be done by inner and outer factors. The influence can be positive as well as negative.

The aim of this work was to map the whole new situation of patients with spinal injury in chest and loins parts who underwent the complete rehabilitation in Kladruby. The main aim was to describe working situation, the possibilities of living and further changes in flats, houses, commuting to work which can ease the new life. Qualitative searching strategy was used for the work. Collecting the data was done by dialogues and study. There were 6 people in this search - 3 men and 3 women in their productive age. The questions were focused on general but very important information which influence the process of resocialisation. This information can make a good as well as bad impression on clients after spinal cord injury. The results of this work enabled to look into new life of clients after spinal leisis. It showed how they cope with new life situation, how they are influenced by outer factors. Behaviour of members of their families, the possibilities of gaining new information, talking to specialists, cooperation with relatives and acceptance by society those are the factors which are very

indispensable. Motivation, courage and support of families are essential part of successful resocialisation.

The process of resocialisation is positive process and so is seen by more than a half number of clients. This process is not easy but with the help of factors mentioned above it is possible to find the new meaning of life. The society should be able to understand the situation and try to help as much as possible to get people back to their lives.

Keyword: adaptation, thoracic and lumbar spine, spinal cord lesion, resocialisation

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Resocializace po míšní lézi v hrudní a bederní páteři** vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2014

Moravcová Miluše

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí své bakalářské práce prim. MUDr. Drahoslavě Tišlerové za odborné vedení práce, sociální pracovníci Radce Sejkové za cenné informace a osloveným klientům za vstřícné chování.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	11
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b> .....	13
1.1 Páteř a mícha .....	13
1.2 Poškození páteře a míchy .....	14
1.2.1 Poranění míchy při současném poranění páteře .....	15
1.2.2 Poranění míchy bez současného poranění páteře .....	16
1.2.3 Traumatické (transverzální) léze míšní .....	17
1.3 Klinický průběh poranění míchy .....	18
1.4 Klinické symptomy při postižení míchy .....	19
1.4.1 Poruchy hybnosti .....	19
1.4.2 Poruchy cití .....	19
1.4.3 Poruchy sfinkterů, poruchy sexuální, poruchy motility střevní .....	20
1.5 Resocializace .....	20
1.5.1 Sociální rehabilitace .....	21
1.6 Pracovní uplatnění OZP .....	22
1.7 Bydlení a překonávání bariér .....	26
1.8 Doprava .....	28
1.9 Invalidní důchody, příspěvek na péči, průkaz a příspěvky OZP .....	30
1.9.1 Invalidní důchody .....	30
1.9.2 Příspěvek na péči .....	31
1.9.3 Průkaz osob se zdravotním postižením .....	32
1.9.4 Příspěvky vázané na průkaz OZP .....	35
<b>2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	37
2.1 Cíl práce .....	37
2.2 Výzkumné otázky .....	37
<b>3 METODIKA</b> .....	39
3.1 Použité metody .....	39
3.2 Výzkumný soubor .....	39



3.3 Analýza dat .....	40
<b>4 VÝSLEDKY PRÁCE .....</b>	<b>41</b>
4.1 Případové studie .....	42
4.2 Hodnocení výzkumných otázek .....	50
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>56</b>
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>62</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>64</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

C – krční

CZEPA – Česká asociace paraplegiků

č. – číslo

L – bederní

m. – musculus

OSSZ – okresní správa sociálního zabezpečení

OZP – osoba se zdravotním postižením

PC – počítač

RÚ – rehabilitační ústav

Sb. – sbírka

Th – hrudní

ÚP – úřad práce

## ÚVOD

Poranění páteře a míchy může postihnout každého z nás. Všichni procházíme během dne zdánlivě bezpečnými situacemi, které se mohou kdykoli a v jediném okamžiku změnit a vnést do života negativní změnu, která se odrazí ve všech rovinách existence člověka. Toto poranění dokáže od základů přetvořit pohled každého jedince na svět, na svůj dosavadní život a společnost kolem sebe. I když si občas myslíme, že bychom na svém životě nic neměnili, jsme se všim spokojeni a právě nám nemůže tento spokojený život nic změnit, mýlíme se.

Poranění míchy je velmi specifickým stavem. Každý jedinec reaguje na poškození míchy a vše, co s tím souvisí, trochu jinak. Avšak většina lidí v této situaci prožívá podobné pocity, emoce a stavy. Prvotní negativní pocity, odmítání skutečnosti a neschopnost uvěřit tomu, co se stalo, mohou velmi silně ovlivnit následný průběh procesu adaptace a bývají velmi intenzivní. Emoce a nálady člověka, který právě prodělal poranění míchy, jsou často silně proměnlivé. Prožívá stavy deprese, hněvu, který se mění na strach z nové situace a lítost nad sebou samým.

Lidé po poranění míchy si kladou spoustu otázek, jako jsou: Proč se mi to stalo? Jak mohu dál žít? Jak se budu schopen postarat o svou rodinu? Existuje sex po poranění míchy? Jak mě přijmou ostatní lidé? Jak se budu přemisťovat na delší vzdálenosti? Budu schopen řídit auto? Budu moci pracovat a co mohu dělat? Jak to, že je život odlišný od mé původní představy? Tyto otázky velmi úzce souvisí s nově vzniklou životní situací, se kterou se jedinci vnitřně snaží vyrovnat. Lze nazvat tyto zmíněné otázky jako existenční nebo spíše životně důležité otázky. Každou se musí člověk snažit zodpovědět nebo hledat a pokusit se najít odpověď na každou z nich. Souvisí se změnou postoje k novému životu, nalezení nových cílů a smyslu života i po poranění míchy.

Nepostradatelnou pomoc v procesu adaptace pro osoby po poranění představuje rodina a blízké osoby. Blízké osoby zprvu mohou pociťovat podobné pocity jako sám poraněný. Mohou mít strach z jeho návratu domů a také klást spoustu otázek. Tomuto lze předejít dostatečnou informovaností a otevřenou komunikací o svých obavách a strachu. Oboustranná podpora je hnacím motorem v této nové životní situaci.

Společnosti by měla pohlížet na jedince se zdravotním postižením jako na normální součást života. Tyto osoby nejsou jiné než my ostatní, pouze mají změněný a znevýhodněný přístup k životu. Všichni bychom se měli velmi snažit tyto osoby podpořit. A jak je jen možné, jim jejich situaci, která je sama o sobě nelehká ulehčit.

*I po poškození míchy a na invalidním vozíku lze žít plnohodnotný, smysluplný a skvělý život plný radosti a nových možností.*

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Páteř a mícha

Jako celek představuje páteř komplexní orgán, zajišťující osovou stabilitu a osovou funkci trupu i hlavy a ochranu částí centrálního i periferního nervového systému. Páteř je tvořena **32–33 obratli**: 7 krčními (C1-C7), 12 hrudními (Th1 – Th12), 5 bederními (L1 – L5), 5 křížovými (S1 – S5), které splývají v kost křížovou a 4–5 kostrčními, které splývají v kostrč. Vazivový aparát páteře je tvořen řadou struktur, z nichž některé překlenují několik segmentů, jiné spojují jen segmenty sousední. Mezi jednotlivými segmenty páteře jsou meziobratlové ploténky, které představují mobilní a pružné spojení těchto segmentů. Celkový počet plotének je 23, první se nachází mezi C2 a C3, poslední mezi L5 a os sacrum (Páč, 2011).

**Obratle krční**, (vertebrae cervicales), jsou malých rozměrů. Trnový výběžek, na konci rozštěpen (platí pro C2 až C6), směřuje dorzálně. U prvního krčního obratle chybí a u C7 je delší a pod kůží dobře hmatný. Postranní výběžky jsou široké a krátké (Dylevský, 2009).

**Obratle hrudní**, (vertebrae thoracicae), jsou oproti krčním celkově větší. Trnové výběžky směřují dorzokaudálně a střechovitě se překrývají. Kloubní výběžky leží v rovině frontální, horní styčné plošky jsou obráceny dorzálně, dolní ventrálně. Na příčných výběžcích obratlů, kromě Th11 a Th12, se nacházejí kloubní plošky pro pohyblivé spojení s žebry (Dylevský, 2009).

**Obratle bederní**, (vertebrae lumbales), jsou ze všech největší. Trnové výběžky směřují horizontálně. Výběžky vybíhají laterálně. Dva výběžky, processus mammilares a processus accessorii, jsou původními příčnými výběžky bederních obratlů. Výrazný přechod L5 v kost křížovou se nazývá **promontorium**. Jeho namáháním dochází k trvalému zvýšení napětí vaziva a k přetěžování místních svalových skupin (Dylevský, 2009).

**Obratle křížové**, (vertebrae sacrales), srůstají v kost křížovou.

**Obratle kostrční**, (vertebrae coccygeae), srůstají v kost kostrční.

Páteřní kanál představuje tunel, který je uložen v dlouhé ose páteře od foramen magnum po hiatus sacralis. Ventrální stěna páteřního kanálu je tvořena dorzálními plochami obratlových těl a meziobratlových plotének a je kryta dorzálním podélným vazem. Dorzální stěnu páteřního kanálu tvoří střídavě oblouky obratlů a je spojují žluté vazy. Laterální úhly páteřního kanálu jsou tvořeny pedikly a intervertebrálními foraminy (Hájková 2006).

V páteřním kanálu je uložena **mícha**. Tato část centrálního nervového systému probíhá od cervikokraniálního spojení až do úrovně meziobratlové ploténky L1 – L2. Mícha je provazec dlouhý 40-45 cm. Ve stěnách páteřního kanálu je mícha zakotvena jednak úponem fillum terminale jednak párovými zoubkovými vazy (ligamentum denticulatum), které omezují pohyb jak směrem kraniokaudálním, tak i ventrodorzálním. Na fixaci míchy v páteřním kanálu se podílejí i nervové kořeny a jejich pochvy vstupující do foramen intervertebrale a některé struktury pavučnice (Seidl, Obenberger, 2004).

Mícha je spolu se svými obaly uzavřena v durálním vaku. Uvnitř durálního vaku je mozkomíšní mok. Mícha se ve dvou místech vřetenovitě rozšiřuje v intumescencích. Krční zahrnuje segmenty C3-Th2 a zajišťuje inervaci horních končetin. Bederní je ve výši obratlů Th9-L1 a inervuje dolní končetiny (Seidl, Obenberger, 2004).

Z páteřní míchy odstupuje **31 párů míšních nervů**. Míšní nervy jsou smíšené. Probíhají v nich odstředivá vlákna, která odstupují z míchy předními kořeny a inervují kosterní svaly a vlákna dostředivá, která vedou podněty z různých receptorů a vstupují do míchy zadními kořeny - dotyk, tlak, vnitřní napětí svalů, napětí šlach, bolest (Dylevský, 2009).

## **1.2 Poškození páteře a míchy**

K poškození míchy dochází nejčastěji při poranění páteře následkem úrazu. Může být však i poškozena při nádorovém, zánětlivém, cévním či degenerativním onemocnění

a také vrozeň. V České republice se vyskytuje kompletní či nekompletní úrazové a neúrazové poškození míchy průměrně ročně v 249 případech.

Nejčastějším mechanismem poranění je pád z výšky, zával a auto nebo motohavárie. Nejčastější lokalizace bývají v oblasti krční páteře, dále v oblasti dolní hrudní páteře (dolní část hrudního koše) a na třetím místě v oblasti Th5. Dochází k akutní transverzální míšní lézi s typickou symptomatickou paraplegie nebo tetraplegie podle výškového postižení (Ambler, 2011).

U 20% postižení hrudní či bederní páteře bývá současně poškozena i mícha. A porušení míchy je funkční, což je zhruba v 90 procentech případů. Znamená to, že je zachována její anatomická kontinuita, ale je zastavena její funkce, nebo dojde k úplnému jejímu rozdrčení či roztržení (Pergl, 2008).

Pokud nedojde při úrazovém postižení páteře k současnému postižení míchy, pak patří do oboru traumatologie-ortopedie. Poranění míchy je vzácnější, ale mnohem závažnější. Vzhledem k tomu, že nejčastěji dochází k poranění míchy při současném těžkém poranění páteře, hovoří se souborně o **poraněních vertebrospinalních** (Ambler, 2011).

### 1.2.1 Poranění míchy při současném poranění páteře

Těchto poranění je většina, nejčastější příčinou jsou luxace a luxační nebo tříštivé zlomeniny. Dochází k akutní míšní kompresi a rovněž ke kompresi cévního zásobení s následnou míšní ischemií. Typ zlomeniny je určován mechanismem úrazu - nejčastěji hyperflexe nebo hyperextenze, méně často přímý úder na páteř (Ambler, 2011).

Kompresivní zlomenina těl obratlů je velmi častá. Na nativních snímcích je tělo oproti okolním obratlům klínovitě snížené. U starých lidí a při výrazné dekalcinaci i malé trauma může vést ke kompresi (Seidl, Obenberger, 2004).

U fraktur obratlů je nutné rozlišit zlomeninu **stabilní** a **nestabilní**. Obratel má tři opěrné sloupce – přední, střední a zadní segment. Při porušení středního sloupce, který většinou nevzniká samostatně, bývá i porušen přední nebo zadní sloupec, jsou

zlomeniny nestabilní. Také tříštivá zlomenina obratle, je zlomenina nestabilní a vyžaduje **pooperační stabilizaci**. Pokud je porušen pouze přední nebo zadní segment, je zlomenina stabilní. Příznaky míšní léze závisí na její výškové a horizontální lokalizaci a celkovém rozsahu.(Kolář, 2012).

### 1.2.2 Poranění míchy bez současného poranění páteře

Případy těchto poranění se vyskytují vzácně. K poškození míchy vedou **tři základní mechanismy**:

- destrukce následkem přímého traumatu
- komprese kostěnými fragmenty, hematomem nebo intervertebrálním diskem
- ischemie z přímého poranění nebo i jiného poškození spinálních arterií

U všech uvedených mechanismů zhoršuje situaci míšní edém. Jako míšní komoce se označuje kompletní úprava míšních symptomatiky, obvykle do 24, ale někdy i do 72 hodin (Ambler, 2011).

**Míšní komoce (otřes míchy)** může nastat jako krátkodobý reverzibilní stav, který vzniká při otřesu míchy v páteřním kanálu při krátkodobém sublukačním posunu ploténky s její okamžitou repozicí. Brzy dochází k ústupu příznaků i s tím, že některé míšní klinické příznaky mohou trvat i delší dobu (Pfeiffer, 2007).

**Kontuze míchy (pohmoždění míchy)** je stav, kdy dochází k makroskopickým strukturálním změnám - krvácení, ischemie až nekrózy. Pohmoždění míchy je daleko závažnější a může mít různý rozsah (Wendsche, 2009).

**Komprese míchy (stlačení míchy)** je stav, kdy dochází k současnému porušení cirkulace likvoru. Ke vzniku potíží dochází bezprostředně po úrazu nebo s časovým odstupem. Tento stav bývá většinou nevratný (Kříž, 2012).



### 1.2.3 Traumatické (transverzální) léze míšní

Poškození funkcí míchy může být buď kompletní, pak se jedná o tetraplegii, nebo paraplegii, či inkompletní. V případě, že je motorická funkce pouze oslabena, jedná se o kvadruparézu nebo paraparézu (Wendsche, 2009).

Rozdíl mezi kvadrupostižením a parapostižením je definován výškou míšní léze. V případě, kdy je úroveň léze nad míšním segmentem Th2 a jsou tedy postiženy dolní končetiny, trup i horní končetiny, hovoříme o kvadrupostižení. Je-li úroveň poškození pod segmentem Th4, což vede k postižení dolních končetin a trupu, jedná se o parapostižení (Pálková, 2012).

#### Dělení míšních lézí: dle Amblera (2011)

**částečné (inkompletní)** – je zachována některá kvalita cití nebo hybnost. Může vzniknout inkompletní transverzální léze, syndrom míšního hemipostižení (syndrom Brown-Séquardův), syndrom stlačení míchy zpředu (motorická léze, porucha cití pro bolest a teplo se zachovaným polohocitem) nebo syndrom intramedulární léze, který je typický pro krční oblast páteře.

**úplné (kompletní)** – jsou nejtěžším stupněm poranění. Mícha může být zcela dilacerována nebo propadne nekróze v důsledku ischemie. Dochází k úplné poruše hybnosti a citlivosti, přítomné jsou také poruchy močení a vyprazdňování stolice. Léze inkompletní lehce převažují nad kompletními. (Ambler, 2011).

V některých případech je indikována **chirurgická léčba**. Především u částečných lézí s prokázanou kompresí míchy – prokázání na magnetické resonanci. Kompletní léze jsou prognosticky velmi vážné, mícha neregeneruje a možnosti reparace jsou minimální. Prognóza je daná především výškovou lokalizací. Nejzávažnější jsou léze v nad obratlem C4 pro poruchu inervace bránice (Ambler, 2011).

### **1.3 Klinický průběh poranění míchy**

Po úrazu pacienti procházejí třemi základními klinickými fázemi onemocnění, vyžadujícími specifická opatření a léčbu. První fáze je ještě dělena na akutní a subakutní.

#### **Fáze I - urgentní (akutní)**

V této fázi je poskytnuta intenzivní péče na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, během které jsou zajišťovány vitální funkce. Dochází k ošetření poranění páteře – operační stabilizace. V této fázi začíná prevence komplikací (Wendsche, 2009).

#### **Fáze I – postakutní**

Probíhá na specializovaných odděleních = spinálních jednotkách. Zde je poskytována ucelená péče. V rámci tohoto zařízení je poskytována intenzivní péče psychologa, psychiatra, neurologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, zdravotně sociálního pracovníka. Cílem této péče je především vysoce efektivní léčbou minimalizovat důsledky porušení těla (Wendsche, 2009).

#### **Fáze II – chronická**

Charakterizována jako fáze rekonvalescence a rehabilitace. Klienti v této fázi pobývají ve specializovaných rehabilitačních ústavech. Péče soustředěna na rehabilitaci neurogenního defektu a přípravu na návrat do běžného života, případně na nové povolání. Fáze je obdobím integrace do denního rodinného a pracovního života, dochází k dovybavení rehabilitačními a kompenzačními pomůckami.

V této fázi se také velmi výrazně uplatňují menší, ale vysoce erudovaná centra, poskytující i ambulantní péči. Jedním z nejznámějších je centrum Paraple v Praze. Pokud v této fázi vzniknou komplikace, klient je vrácen k léčbě na odesílající spinální jednotku (Wendsche, 2009).

### **Fáze III**

Je fází stabilizace onemocnění, rekonstrukčních operačních výkonů, řešení komplikací a opakovaných rehabilitačních pobytů.

## **1.4 Klinické symptomy při postižení míchy**

### **1.4.1 Poruchy hybnosti**

**Centrální paréza (spastická)** – projevuje se zvýšeným svalovým tonem (spasticita), poruchou volní hybnosti (paréza), zvýšenými šlachovými reflexy (hypereflexie), diskrétní svalová hypotrofie.

**Periferní paréza (chabá)** – projevuje se sníženým svalovým tonem (hypotonie), výrazně sníženou trofickou (hypotrofie až atrofie) svalů, poruchou volní hybnosti (paréza), šlachové reflexy jsou snižené nebo až chybí. Přítomné jsou i poruchy citlivosti.

**Smíšená paréza (kombinace chabé a spastické)** – projevuje se kombinací příznaků obou postižení. Svalová trofika je snižená, volní hybnost vážne, reflexy šlachové jsou zvýšené (Kolář, 2012).

### **1.4.2 Poruchy čítí**

**Kořenový typ** – vyznačuje se segmentálním (dermatomovým) uspořádáním. Snižená nebo vymizelá citlivost (hypestezie až anestezie), zvýšená citlivost (hyperestezie), odpověď neodpovídá typu podráždění (dysestezie).

**Syringomyelická disociace čítí** – se projevuje poruchou čítí pro bolest a teplo, v postiženém segmentu. Ostatní čítí zůstává neporušeno. Postižení poloviny míchy představuje syndrom Brownův-Séquardův (Lippertová, 2005).

### 1.4.3 Poruchy sfinkterů, poruchy sexuální, poruchy motility střevní

Po poranění míchy nastávají i poruchy sexuální, které souvisí se dvěma centry v úrovni Th11-L2 a S2-S4. Poškození nad těmito centry znamená ztrátu erekce i ejakulace. Je tedy důležité pacientům vysvětlit náhradní možnosti sexuálního žití i možnosti současné medicíny, které nabízí zplození vlastních potomků (Jedlička, Keller, 2005).

Mezi mnoho nepříjemných věcí, se kterými se musí pacienti smířit, patří i poruchy močení, respektive poruchy vyprazdňování močového měchýře. Spinální centrum pro močení se nachází ve výši S2-S4 a dají se vzhledem k němu tyto poruchy v zásadě rozdělit na dvě skupiny. Je-li mícha narušena nad tímto centrem, říkáme, že pacient má neurogenní neboli automatický měchýř, který se vyprazdňuje spontánně. Naopak pacienti s poraněním v úrovni či pod úrovní centra se potýkají s atonickým měchýřem, kde je nutnost pasivního vyprazdňování. U obou typů měchýřů se však nejvíce osvědčilo pravidelné, přísně sterilní, transverzální cévkování. Bohužel i přes přísnou sterilitu je močová infekce celoživotní hrozbou vozíčkářů (Jedlička, Keller, 2005; Faltýnková, 2004).

### 1.5 Resocializace

Významný pojem, který se často užívá v souvislosti s procesem **socializace**. V obecném slova smyslu se jedná o další, opětovnou socializaci jedince, u kterého podobný proces již proběhl. Jde tedy o případ, kdy jedinec vstupuje do nového prostředí (nová sociální skupina nebo zaměstnání), nebo když se ocitá v dosud pro něho neznámé a nové sociální situaci (Novosad, 2000).

Ze strany jedince může jít o resocializaci záměrnou, vycházející ze snahy sžít se s novým prostředím, bez ohledu na to, zda se v něm ocitl náhodou, či záměrně. Celý proces může však probíhat také neuvědoměle, bez jakékoli snahy o jeho ovlivňování nebo urychlení. V některých případech může také jedinec resocializaci brzdit, záměrně

či spontánně, v důsledku svého odporu vůči prostředí, ve kterém se ocitl proti své vůli. (Reichel, 2008).

Průběh resocializace, včetně její rychlosti a úspěšnosti, je závislý na tom, jak je jedinec schopen se na sociální situaci adaptovat, to znamená navyknout si na nový hodnotově – normativní systém skupiny, na novou autoritu, novou roli a nároky z ní vyplývající apod. Významný prvek je také míra odlišnosti nového prostředí od původního, v němž byla osoba socializována předtím. Podstatný vliv na resocializaci má konečně i samo prostředí – jeho vztahy vůči novému jedinci, ochota mu pomoci, tolerance vůči němu, vstřícnost při navazování přátelských kontaktů (Reichel, 2008).

Pojem resocializace se užívá především v případech, kdy jde o změny podstatné, zásadní. Nejčastěji se o resocializaci mluví v souvislostech s **výraznou osobní životní změnou jedince**, která je provázena markantními sociálními, psychickými i somatickými důsledky. Dále též v případech přechodu do diametrálně odlišného sociokulturního prostředí. Významnými životními změnami přinášejícími nové sociální role a nové životní situace je již zmiňované rodičovství či odchod do důchodu. Dalšími důvody k resocializaci jsou vážná onemocnění a úrazy s následnou invaliditou, s postižením somatické i psychické povahy (Reichel, 2008).

### 1.5.1 Sociální rehabilitace

Nedílná součást ucelené rehabilitace o klienty po poškození míchy. Základním předpokladem procesu ucelené rehabilitace je týmová spolupráce odborníků, zejména lékařů včetně rehabilitačních lékařů, fyzioterapeutů a ergoterapeutů, speciálních pedagogů psychologů a sociálních pracovníků – ve spolupráci s klientem s postižením (Kuzníková, 2011).

Míra životního smyslu, který jedinci po poranění míchy nacházejí, závisí na dosavadním stylu života a naplňování smyslů před úrazem, ale také na přítomnosti poskytované psychoterapeutické intervence, rehabilitace a sociální podpoře. Hledání a

posílení smyslu života, specifického pro každého jedince, lidem po poranění míchy napomáhá se postupně vyrovnat s novou situací (Wendsche, 2009).

Se sociální rehabilitací se začíná také již při pobytu jedince na spinální jednotce a v rehabilitačním ústavu. Je velmi důležitá pro následnou resocializaci člověka. Smyslem je připravit člověka s postižením na život s handicapem a motivovat jej k hledání cest, jak opět aktivně žít se svými blízkými a ve své komunitě. Cílem je získat maximální soběstačnost v domácím prostředí, při cestování, v zaměstnání i ve sportu. Programy a akce, které nabízejí občanská sdružení a obecně prospěšné společnosti jako jsou **Česká asociace paraplegiků – CZEPA a Centrum Paraple v Praze, Paracentrum Fenix v Brně, Křižovatka handicap centrum v Pardubicích, Ostravská organizace vozičkářů**, a další organizace včetně sportovních klubů, významnou měrou motivují vozičkáře zapojit se do společenských, pracovních, ale i sportovních aktivit. Sociální rehabilitace je velmi důležitým aspektem pro následnou resocializaci (Faltýnková, 2012).

## **1.6 Pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením**

*Zákon č. 435/2004 Sb.*, o zaměstnanosti, rozlišuje základní kategorie osob se zdravotním postižením. Těmto osobám je pak věnována zvýšená pozornost při uplatnění na trhu práce (MPSV, 2014).

Pro osoby pobírající **invalidní důchod** nebo **příspěvek na péči** neplatí žádné omezení výdělečné činnosti. Mohou tedy pracovat, jak chtějí a jak zvládají. Nezáleží na délce pracovní doby, výši výdělku ani formě pracovního vztahu. Naopak možnost seberealizace může pozitivně ovlivnit jejich psychický, a tím i fyzický stav. Tito lidé by měli využít příležitostí, které pracovní trh může nabídnout (Bulantová, 2013).

### **a) Zaměstnávání osob se zdravotním postižením**

Zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci **mají povinnost** zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši 4% podílu na celkovém počtu svých zaměstnanců. Dále jsou zaměstnavatelé povinni rozšiřovat podle svých podmínek možnost zaměstnávání osob individuálním přizpůsobováním pracovních míst a pracovních podmínek a vyhražováním pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením. Dalšími povinnostmi zaměstnavatelů je spolupráce s krajskou pobočkou úřadu práce při zajišťování pracovní rehabilitace, vedení evidence zaměstnávaných osob se zdravotním postižením a vedení evidence pracovních míst vyhrazených pro osoby s postižením. Pokud chce firma zaměstnat nebo najít zaměstnance se zdravotním postižením, který by mohl vykonávat práci ve firmě, může zkontaktovat neziskové organizace, které se zaměřují na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (MPSV, 2014).

### **b) Podnikání osob se zdravotním postižením**

Zdravotní postižení není překážkou ani pro výkon samostatné výdělečné činnosti. Pokud se osoba se zdravotním postižením rozhodne pro tento druh výdělečné činnosti, může se také obrátit s žádostí o finanční podporu na úřad práce (Bulantová, 2013).

### **c) Neziskové organizace**

V hledání pracovního uplatnění mohou být kromě úřadu práce nápomocny různé neziskové organizace, občanská sdružení, příspěvkové organizace a veřejně prospěšné organizace, které vytvářejí a realizují služby k podpoře lidí s různým omezením, kteří se chtějí uplatnit na trhu práce. Je vhodné se informovat přímo u organizace v okolí určité osoby s postižením a poradit se s jejich pracovníky o konkrétním druhu pomoci. Typy organizací, které mohou lidem s postižením pomoci: **Nadační fond pro zaměstnávání OZP, Konto bariery** (Potměšilová, 2012).

#### **d) Úřad práce**

S žádostí o pomoc při hledání pracovního uplatnění je vhodné se obrátit na příslušnou pobočku úřadu práce dle místa trvalého bydliště. Při splnění určitých podmínek mají jedinci nárok na podporu v nezaměstnanosti, ale i na zvýšenou péči, jako je rekvalifikace nebo pracovní rehabilitace.

Pomoc úřadu práce spočívá ve zprostředkování kontaktů firem, které hledají zaměstnance. Dále může úřad práce zajistit a uhradit rekvalifikační kurz. Další možností pomoci je pobírání podpory v nezaměstnanosti, a pokud je jedinec registrován, jako uchazeč o zaměstnání, pak úřad práce během této doby platí za určitých podmínek sociální a zdravotní pojištění (MPSV, 2014).

Uchazečem o zaměstnání se může stát fyzická osoba, která osobně požádá o zprostředkování vhodného zaměstnání úřad práce, v jehož správním obvodu má trvalé bydliště. Tato osoba musí splňovat zákonem stanovené podmínky pro zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání (Bulantová, 2014).

#### **e) Rekvalifikace**

Častou překážkou při hledání vhodného zaměstnání může být chybějící či nedostatečná kvalifikace. V současné době se otevírá mnoho možností, jak si doplnit nebo zvýšit vzdělání. Vzdělání lze zvýšit, změnit nebo zkvalitnit studiem, absolvováním rekvalifikačního kurzu, složením odborných zkoušek, navštěvováním kurzů, ale také samostudiem příruček a literatury či přímo praxí ve firmě (Potměšilová, 2012).

Doplněním vzdělání ve škole nebo absolvování kurzu se mohou získat dovednosti a znalosti, které jsou třeba pro výkon určité profese = práce se speciálním softwarem na počítači, ekonomické znalosti, ale také dovednosti, které jsou obecně použitelné ve více profesích a činnostech = práce se základním vybavením počítače, administrativní dovednosti, komunikační dovednosti, cizí jazyky (Potměšilová, 2012).

Při plánování a hledání vhodného zaměstnání je možné oslovit neziskové organizace nebo také informační a poradenské středisko pro volbu a změnu povolání na



úřadu práce. Toto středisko také zveřejňuje některé základní informace na integrovaném portálu MPSV - <http://portal.mpsv.cz/cs/obcane/poradstrediska>.

Rekvalifikační kurzy pomáhají začleňovat osoby se zdravotním postižením do každodenního života a usnadňují nalezení vhodné pracovní příležitosti. Vzdělávání probíhá za účasti zkušených a profesionálních lektorů a absolventi mají možnost získat uznávaný certifikát a tak i velkou šanci na pracovní uplatnění.

Projekt, na kterém se podílel Rehabilitační ústav Kladruby, byl velmi přínosným a motivujícím v resocializaci klientů. Název zněl: „**Podpora klientů RÚ Kladruby při budoucí sociální rehabilitaci**“. Tento projekt probíhal od května 2010 do února 2014, kdy byl z finančních důvodů ukončen.

Cílem projektu bylo motivovat klienty RÚ Kladruby již v době léčby k úvahám o pracovním uplatnění, zvyšovat jejich informovanost v pracovních právních a sociálních oblastech a nabídnout jim dostupné formy zvyšování kvalifikace a dalších dovedností potřebných pro trh práce. A to prostřednictvím skupinových vzdělávacích akcí přímo v rehabilitačním ústavu nebo klasických rekvalifikačních kurzů mimo ústav. Pacientům bylo poskytováno individuální kariérové poradenství směřující přímo k nalezení vhodného zaměstnání v souladu s jejich potřebami a zdravotním stavem. Kariérová poradkyně byla k dispozici každému z pacientů, kdo projevil zájem o pracovní uplatnění, pomáhala mu sestavovat profesní životopis, vyhledávat a oslovovat zaměstnavatele a přímo asistovala i při jednání se zaměstnavateli (Pešoutová, 2014).

Dle Pešoutové (2014) projekt umožnil v RÚ Kladruby zrealizovat několik desítek vzdělávacích akcí:

- 47 seminářů se sociální a pracovní tematikou, dále také témata psychologie a komunikace - účast 256 pacientů
- 24 kurzů práce na počítači (dále PC) pro začátečníky – účast 108 pacientů
- 6 kurzů práce na PC pro pokročilé – účast 20 pacientů
- 1 individuální kurz s alternativní pomůckou na ovládání počítače (ovládání PC ústy) – účast 1 pacient

- 35 bloků anglické konverzace – účast 133 pacientů
- 7 rekvalifikačních kurzů (ergoterapie, základy grafiky, kosmetika, kraniosakrální osteopatie) – účast 21 pacientů
- 5 konferencí o uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce

V rámci projektu byla pro RÚ Kladruby získána řada zařízení pro podporu vzdělávání, komunikace a sociální integrace pacientů – PC sestavy pro pacienty, speciální software k PC, dotykové monitory pro trénink kognitivních a logopedických funkcí, tabulkové komunikátory, software pro trénink pracovní paměti, barevná klávesnice s velkoplošnými klávesami, mikrofon pro práci s programem My Voice (Pešoutová, 2014).

### **1.7 Bydlení a překonávání bariér**

Člověku s omezením pohybu se postaví do cesty velké množství bariér, které doposud nevnímal. Ať už v podobě schodů, úzkého vchodu anebo pouze příliš vysokého prahu u dveří. Tyto překážky jsou nejvíce znatelné v prostoru vlastního bydlení. Kvůli jejich odstranění jsou pak prováděny stavební úpravy nebo pořizovány pomůcky či zařízení, s jejichž dopomocí některé překážky lze překonat (Poláčková, 2011).

V současné době se při výstavbě především veřejně přístupných objektů vychází z požadavků daných *vyhláškou 398/2009 Sb.*, o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. Tato vyhláška spíše řeší prostředí pro širokou veřejnost a tedy i široké spektrum pohybového omezení (Bulantová, 2013).

Při návrhu vlastního bydlení je nutno vždy vycházet přímo z požadavků osoby, která bude prostor používat. Každý člověk s omezením pohybu má své specifické požadavky, a proto nelze vytvořit univerzální prostředí, které bude vyhovovat každému.

Pomocníkem může být publikace vydaná Ligou vozíčkářů s názvem **Bydlení bez bariér**. Lze si stáhnout zdarma na webových stránkách informačního portálu [www.ligavozic.cz/ip](http://www.ligavozic.cz/ip).

Nejlepší a zároveň nejekonomičtější variantou bezbariérového objektu je novostavba, která je od počátku své realizace budována jako bezbariérová. Jakékoli pozdější úpravy **stávajícího domu nebo bytu** jsou většinou mnohonásobně nákladnější, než kdyby se objekt již jako bezbariérový budoval. V případě stavebních úprav již stávajícího objektu, je vhodné úpravy řešit stavebně a variantu aplikace některých zařízení, jako například schodišťové plošiny, ponechat jako poslední možnou (Poláčková, 2011).

Při bezbariérové úpravě stávajícího bydlení není dána žádná povinnost řídit se legislativními předpisy, které určují parametry přístupnosti staveb. Ve vlastním bytě si každý může udělat úpravy tak, aby vyhovovaly přesně jeho individuálním požadavkům, specifickým nárokům a potřebám (Poláčková, 2011).

Pokud je k bydlení vyžadován bezbariérový byt, nabízí se kromě úpravy vlastního bytu možnost požádat o obecní bezbariérový byt. V tomto případě bohužel počet žadatelů převyšuje počet bytů, které jsou k dispozici. Většinou se žádá o bezbariérový byt v místě trvalého bydliště. Tyto byty bývají označovány jako **byty zvláštního určení**. Zákon definuje byt zvláštního určení jako byt zvlášť upravený pro bydlení zdravotně postižených osob. Může se jednat o jednotlivé byty v bytových domech nebo byty v tzv. domech zvláštního určení, které jsou kompletně bezbariérové. Zde se většinou jedná o domy s pečovatelskou službou a domy s komplexním zařízením pro zdravotně postižené osoby (Poláčková, 2011).

Další možnou variantou bydlení je **upravitelný byt**. Zákon jej definuje jako byt, který bez dalších stavebních úprav může sloužit osobám s omezenou schopností pohybu a orientace, zejména osobám postiženým pohybově, zrakově, sluchově, mentálně nebo osobám pokročilého věku.

## **1.8 Doprava**

Pro mnoho osob se zdravotním postižením je možné využívat hromadnou dopravu nebo řídit vlastní automobil či jím být dopravován významným krokem k samostatnosti.

### **a) Městská hromadná doprava**

Situace přepravy osob se zdravotním postižením městskou hromadnou dopravou má zlepšující tendence. Rozšiřuje se pokrytí tras speciálními linkami nebo nízkopodlažními tramvajemi, autobusy nebo trolejbusy. Využít lze i výhody plynoucí z průkazů osob se zdravotním postižením. Před zahájením cestování nízkopodlažní linkou je vhodné si ověřit, zda je zvolená zastávka opravdu bezbariérová, a bude tedy možné ji využít, nebo bude potřeba asistence druhé osoby. Bezbariérovost spojů je možné si ověřit na webových stránkách **www.idos.cz**.

### **b) Autobusová dálková doprava**

Přeprava vnitrostátními dálkovými autobusy se pro osoby s omezením pohybu téměř nemění. Autobusy zůstávají většinou bariérové. Využít lze výhody plynoucí z průkazu osob se zdravotním postižením. Zvláště soukromí dopravci mohou mít nastavená různá zvýhodnění, proto je dobré sledovat podmínky přepravy přímo u dopravce, kterého se bude využívat (Bulantová, 2013).

### **c) Železniční doprava**

V současné době je na železnici více dopravců, u kterých je možné se přepravovat. Pro železnice je od prosince 2009 závazné Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 1371/2007 o právech a povinnostech cestujících v železniční dopravě. Nařízení obsahuje zákaz diskriminace osob s postižením, uděluje povinnost zajistit přístup na nádraží a zastávky včetně nástupu a výstupu z vlaku. Dále povinnosti poskytnout

potřebnou pomoc a odškodnění v případě ztráty či poškození pomůcky k mobilitě (Bulantová, 2013).

#### **d) Doprava vlastním upraveným autem**

Osobě s omezenou schopností pohybu může vlastní automobil výrazně zvýšit samostatnost. Pokud klient není vlastníkem automobilu, je možné využít příspěvek na jeho zakoupení. Po koupi vozidla jsou mnohdy vyžadovány další jeho úpravy. Na ty je také možné získat příspěvek. Může se jednat o úpravu samotného řízení, ale také o úpravu usnadňující nastoupení či instalaci pomocného zařízení k naložení mechanického či elektrického vozíku do auta. Úpravy jsou prováděny individuálně a vždy konkrétně dle požadavků dané osoby, která bude auto využívat.

Příspěvek na nákup motorového vozidla a příspěvek na dodatečnou úpravu vozidla je možné získat v rámci příspěvku na zvláštní pomůcku. Úpravou auta je nutné pověřit specializovanou firmu (Bulantová, 2013).

#### **Autoškola pro osoby se zdravotním postižením**

Autoškola Pavel Pemeš v Přelouči se od roku 2003 intenzivně věnuje lidem s handicapem při získávání řidičského oprávnění. Autoškola nabízí v rámci kurzu, který trvá 15 dní bezbariérové ubytování s plnou penzí. Uchazeči o řidičské oprávnění mají k dispozici několik vozidel upravených potřebám občanů s handicapem, včetně vozidla s automatickou převodovkou. Součástí je bezbariérová učebna vybavena moderní technikou a trenažérem s ručním řízením.

Zájemcům o instalaci ručního ovládání do vlastních automobilů je zajišťována montáž již v průběhu studia pokud tuto informaci nahlásí při přihlášení na kurz (Helpnet, 2012).

## **1.9 Invalidní důchody, příspěvek na péči, průkaz a příspěvky osob se zdravotním postižením**

### **1.9.1 Invalidní důchody**

Osoby se zdravotním postižením mají vzhledem ke svému zdravotnímu stavu ztíženou pozici na trhu práce, mohou využít pouze část nabídek zaměstnání a často potřebují k výkonu práce vytvoření speciálních podmínek. Zdravotní postižení s sebou mnohdy často nese zvýšené finanční náklady spojené zejména s více či méně drahými kompenzačními pomůckami, které jsou nezbytné pro zkvalitnění běžného života. Tyto zvýšené náklady mohou být alespoň částečně kompenzovány formou příspěvků ze systému dávek sociálního zabezpečení - invalidní důchody, příspěvky pro zdravotně postižené, dávky státní sociální podpory, dávky pomoci v hmotné nouzi (MPSV, 2014).

Invalidní důchod je dávkou sociálního zabezpečení a je určen osobám, kterým jejich dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje nebo neumožňuje nalezení a výkon pracovního uplatnění. Jedná se tedy o určitou kompenzaci sníženého nebo chybějícího výdělku.

Zákonná úprava důchodového systému vychází ze *zákona č. 155/1995 Sb.*, o důchodovém pojištění. Od 1. 1. 2010 stanovuje česká legislativa pouze jeden typ invalidního důchodu. Někdejší plné a částečné invalidní důchody byly nahrazeny pouze jednou dávkou – invalidním důchodem. Tato dávka je dále rozdělena do tří stupňů podle počtu procentních bodů poklesu pracovní schopnosti (Bulantová, 2013).

- invalidní důchod pro invaliditu I. stupně – pokles pracovní schopnosti o 35 % - 49 %
- invalidní důchod pro invaliditu II. stupně – pokles pracovní schopnosti o 50 % - 69 %
- invalidní důchod pro invaliditu III. stupně – pokles pracovní schopnosti nejméně o 70 %

Míru poklesu pracovní schopnosti stanovuje posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení (dále OSSZ) na základě nálezu ošetřujícího lékaře, výsledků odborných vyšetření, popřípadě výsledků vlastního vyšetření. Posudkový lékař také zjišťuje, zda se jedná o postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav či adaptaci na tento stav a jaká je reálná možnost rekvalifikace vzhledem ke zdravotnímu stavu, dosaženému vzdělání a dalším skutečnostem (Bulantová, 2013).

Při souběhu více zdravotních postižení, je pro účely určení míry poklesu pracovní schopnosti, vždy rozhodující postižení, které je nejzávažnější. Míry poklesu pracovní schopnosti u jednotlivých postižení se nesčítají.

### 1.9.2 Příspěvek na péči

Zdravotní stav změněný úrazem, onemocněním či vrozeným postižením klade vysoké nároky i na oblast financí. Je velmi důležité vědět, na jaké příspěvky či výhody by měl postižený jedinec nárok. Jejich využití umožní nejen zlepšení rozpočtu, ale také získání pomůcek nebo úprav, které člověk vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebuje. Jde o příspěvky, které stát poskytuje prostřednictvím úřadu práce osobám se zdravotním postižením na částečnou úhradu potřebné péče, pomůcek a nákladů na dopravu. Tento příspěvek slouží k financování potřebné pomoci při zajištění **základních životních potřeb**. Od jeho zavedení v roce 2007 se stal základem pro úhradu péče u osob, které jsou více či méně závislé na pomoci druhých (MPSV, 2014).

Příspěvek na péči upravuje *zákon č. 108/2006 Sb.*, o sociálních službách, který byl od svého zavedení několikrát novelizován. Příspěvek se využívá na úhradu služeb poskytovaných registrovaným poskytovatelem sociálních služeb v okolí. S tímto poskytovatelem je důležité sepsat smlouvu, na základě které je poskytnuta potřebná služba. Z příspěvku lze též „platit“ osobu, která se o člověka stará. Může to být osoba z okruhu příbuzných, sousedů nebo známých. V případě, že péči poskytuje **osoba blízká** = rodinný příslušník, pak není nutné sepsat smlouvu o poskytnutí péče. Pokud

péči poskytuje jiná fyzická osoba – tzv. asistent sociální péče, je třeba uzavřít smlouvu o poskytování péče (Bulantová, 2013).

Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: dle z. č. 108/2006 Sb.

1. Mobilita
2. Orientace
3. Komunikace
4. Stravování
5. Oblékání a obouvání
6. Tělesná hygiena
7. Výkon fyziologické potřeby
8. Péče o zdraví
9. Osobní aktivity
10. Péče o domácnost

### **1.9.3 Průkaz osob se zdravotním postižením**

Osoby s postižením mají kromě příspěvků na potřebné pomůcky nebo úhradu poskytované péče možnost získat průkaz osoby se zdravotním postižením, speciální označení vozidla a řadu dalších výhod.

Průkaz osoby se zdravotním postižením nahrazuje průkaz mimořádných výhod. Ačkoli byl institut „mimořádných výhod“ zrušen, benefity, které osobám se zdravotním postižením vyplývaly z držení průkazů, zůstávají v platnosti. Průkazy mimořádných výhod a průkazy osoby se zdravotním postižením (vydané podle předpisů platných po



1. 1. 2012 a do 1. 1. 2014) zůstávají i nadále v platnosti po dobu, která je na nich vyznačena, nejdéle však do 31. 12. 2015 (MPSV, 2014).

Průkaz osoby se zdravotním postižením může získat osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením, charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje jejich schopnost pohyblivost nebo orientace, včetně osob autistického spektra. Průkaz osoby se zdravotním postižením je vydáván ve třech stupních – **TP, ZTP a ZTP/P** (MPSV, 2014).

#### **a) Průkaz TP**

Průkaz náleží osobám se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti a orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu. Středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobém nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru (Bulantová, 2013).

Nároky plynoucí z držení tohoto průkazu:

- vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sezení vázáno na zakoupení místenky.
- přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání. Za osobní projednávání se nepovažuje nákup v obchodním domě ani obstarávání placených služeb, ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních (MPSV, 2014).

## **b) Průkaz ZTP**

Tento průkaz náleží osobám s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí a v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti.

Nároky plynoucí z držení tohoto průkazu:

- vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sezení vázáno na zakoupení místenky.
- přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání. Za osobní projednávání se nepovažuje nákup v obchodním domě ani obstarávání placených služeb, ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.
- bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (Bulantová, 2013).

## **c) Průkaz ZTP/P**

Průkaz náleží osobám se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce. Zvlášť těžkým funkčním postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při nepříznivě dlouhodobém zdravotním stavu, schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze. V exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný pouze na invalidním vozíku (Bulantová, 2013).

Nároky plynoucí z držení průkazu:

- místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sezení vázáno na zakoupení místenky
- přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání. Za osobní projednávání se nepovažuje nákup v obchodním domě ani obstarávání placených služeb, ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.
- bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob.
- bezplatnou dopravu průvodce veřejným hromadným dopravním prostředkem v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě.
- bezplatnou dopravu vodícího psa, je-li úplně nebo prakticky nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce (MPSV, 2014).

#### **1.9.4 Příspěvky vázané na průkaz osoby se zdravotním postižením**

##### **a) Příspěvek na mobilitu**

Příspěvek je opakující se dávkou, která slouží k částečné úhradě zvýšených nároků na dopravu osobám se zdravotním postižením.

Na příspěvek má nárok osoba starší 1 roku, která je držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P vydaného podle legislativy platné po 1. 1. 2014. Dále se jedinec v kalendářním měsíci za úhradu opakovaně dopravuje nebo je dopravována a dále, že jí nejsou poskytovány pobytové sociální služby, například v domově pro seniory, v domově pro osoby se zdravotním postižením a v domově se zvláštním režimem (MPSV, 2014).

## **b) Příspěvek na zvláštní pomůcku**

Příspěvek je poskytován na základě *zákona č. 329/2011 Sb.*, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Výčet pomůcek, na které se příspěvek vztahuje, tvoří přílohu *vyhlášky č. 388/2011 Sb.*, o provedení zákona o dávkách pro zdravotně postižené. Nárok na příspěvek má osoba s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým postižením nebo těžkým zrakovým postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (MPSV, 2014).

Je poskytován osobám starším 1 roku, které pomůcku využijí k sebeobsluze nebo ji potřebují k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získání informací, vzdělávání a ke styku s okolím. Dále je příspěvek poskytován osobám, které mohou pomůcku využívat ve svém sociálním prostředí. Příspěvek je přiznán za podmínky, že pomůcku nehradí (plně ani částečně) ani nezapůjčuje příslušná zdravotní pojišťovna. Příspěvek platí na zvláštní pomůcku v základním provedení, které vzhledem ke zdravotnímu postižení osoby, plně vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší ekonomické náročnosti (Bulantová, 2013).

## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

V této práci jsem si stanovila 2 hlavní cíle a 1 dílčí cíl. Prvním z hlavních cílů je zmapování pracovního uplatnění u osob po míšním postižení – možnosti pracovního zařazení, reflexe zaměstnavatelů upravit pracovní podmínky nebo nabídnout jinou pracovní pozici. Druhým z hlavních cílů je zmapování situace bydlení u osob po míšní lézi – nutnost bezbariérové úpravy bytu či domu, možnost čerpání příspěvků.

Dílčím cílem je objasnit situaci dopravy u osob po prodělaném míšním poranění. Možnosti dopravy a získání příspěvku na zvláštní pomůcku – na zakoupení vozidla nebo na následnou úpravu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaká je dostupnost informací potřebných k zařazení do společnosti u osob po míšním poranění?
2. Dokáže oslovený zdravotně sociální pracovník nebo zaměstnanec úřadu práce poskytnout dostatečné informace o možnostech a nárocích osob po prodělané míšní lézi?
3. Jsou zaměstnavatelé ochotni upravit pracovní podmínky pro osoby se zdravotním postižením?
4. Vznikají u osob po prodělaném míšním poranění problémy v oblasti bydlení?
5. Je cesta k získání příspěvku na zvláštní pomůcku komplikovaná?

6. Hodnotí osoby po prodělané míšní lézi celkový proces resocializace pozitivně či negativně?

## **3 METODIKA**

### **3.1 Použité metody**

Pro kvalitativní výzkum byla použita metoda dotazování, přičemž byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru a technika případové studie. Vyžadované informace byly získávány v přímé interakci s klientem. V polořízeném rozhovoru byly použity otevřené otázky, které ponechávají klientovi volnost v jeho vyjádření, a nenapovídá se mu žádné řešení předem. Klientova odpověď na tyto otázky je vyjadřována vlastními slovy (Miovský, 2006).

Technika polostrukturovaného rozhovoru se dá přizpůsobovat určité situaci zaměřováním pořadí kladených otázek stanovených v osnově, podle potřeby vedení rozhovoru. A tímto získává velkou pružnost ve sběru výsledků (Hendl, 2005).

Polostrukturovaný rozhovor je nejpoužívanější technikou rozhovoru, jelikož dokáže řešit nedostatky strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. U této metody byla důležitá příprava na provádění rozhovoru, formou stanovení si určitých okruhů otázek, kterých se rozhovor týkal. Při provádění rozhovoru se nemusí striktně dodržovat pořadí otázek a je možné některé okruhy nechat přímo na tazateli, a u některých je možné hlubší prozkoumání tématu, než je zprvu plánováno (Miovský, 2006).

### **3.2 Výzkumný soubor**

Výběrový soubor klientů v Rehabilitačním ústavu Kladruby byl sestaven prostým náhodným výběrem. Polostrukturované rozhovory byly odebírány při pobytu klientů v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Tento ústav je centrem ucelené rehabilitace v péči o klienty s ortopedickými, neurologickými diagnózami.

Rozhovory probíhaly po navázání vzájemného kontaktu v klidném a příjemném prostředí, kde nebyly rušivé elementy. Oslovení se mohli uvolnit a odpovídat spontánně, aniž by cokoli působilo rušivě.

Prvním společným znakem byla prodělaná traumatická míšňí léze v hrudní nebo bederní páteři a druhým znakem absolvovaný pobyt v Rehabilitačním ústavu Kladrubby. Osloveni byli 3 muži a 3 ženy. Věkové rozmezí respondentů 25 – 45 let.

### **3.3 Analýza dat**

Data byla analyzována pomocí metody vytváření trsů. Ta slouží k tomu, abychom seskupily určité výroky do skupin. Tyto skupiny vznikají na základě podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Tím vznikají obecnější kategorie. Společným znakem bývají pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu. Pomocí kategorizace zvolených základních jednotek, lze vytvořit jednotky obecnější (Miovský, 2006).



## 4 VÝSLEDKY PRÁCE

Zaměřením výzkumu bylo zmapování sociální situace respondentů po prodělané traumatické míšní lézi. Jejich pracovní situace, bytová situace, v které jsou schopni žít bez omezení a možnosti dopravy, které osobám s postižením ulehčují jejich ztíženou situaci. Výzkumnými otázkami také sledován pohled klientů na celkovou resocializaci a získávání nebo zprostředkování informací, nepostradatelných v tomto období začleňování znovu do společnosti.

Informace od klientů byly během rozhovorů natáčené na diktafon a poté přepsané a shrnuté. Jednotlivé případové studie jsou tvořené podle hlavních kladených otázek v rozhovorech. Otázky byly rozdělené do jednotlivých okruhů. Prvním okruhem byly identifikační údaje a diagnóza respondenta, dalšími okruhy byly otázky zaměřené na pracovní uplatnění, bytovou situaci a oblast dopravy. Posledním okruhem byly otázky sledující názor respondentů na jejich resocializaci a dostupnost informací.

### **Identifikace respondentů:**

Tabulka č. 1

	Pohlaví	Věk	Stav
Respondent 1	Žena	25	Svobodná
Respondent 2	Muž	29	Svobodný
Respondent 3	Muž	42	Ženatý
Respondent 4	Muž	38	Svobodný
Respondent 5	Žena	34	Svobodná
Respondent 6	Žena	32	Svobodná

Zdroj: Vlastní výzkum

## 4.1 Případové studie

### Případová studie - Respondent 1

Žena ve věku 25 let, svobodná, nyní odkázána na invalidní vozík. Prodělaná traumatická míšňí léze v oblasti obratle L1. Stav po autonehodě, kde byla jako spolujezdkyně.

Po autonehodě byla vrtulníkem převezena do Fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde byla provedena stabilizační operace páteře. Po pobytu v nemocnici převezena na spinální jednotku do Rehabilitačního ústavu Kladruby, kde strávila intenzivní rehabilitaci 5 měsíců. Nyní v RÚ na rekondičním pobytu.

Svou bytovou situaci klientka výstižně popsala. Zprvu její popisování nepůsobilo pozitivně. Cituji slova respondentky: *„Teprve, když jsem se po tolika měsících vrátila domů, zjistila jsem, jak je vše těžké, jelikož jsem trvale odkázána na invalidní vozík a náš rodinný dům není bezbariérový. Proto jsme řešili úpravu zvedací plošinou na balkón, odkud se dostanu do prvního patra, kde žijeme. Doba než se začal výtah stavět kvůli příspěvkům a úpravě domu pro zvedací plošinu trvalo 3/4 roku. Byla jsem závislá na pomoci rodiny, když jsem se potřebovala kamkoli dostat.“* Nyní žije v patrovém rodinném domě společně s rodiči a prarodiči. Prarodiče bydlí v přízemí vzhledem k jejich věku. Klientka se svými rodiči obývá patro domu, kde byla tedy situace bezbariérovosti vyřešena instalací zvedací plošiny.

Otázky týkající se pracovního uplatnění se u klientky týkaly spíše pokračování ve studiu. Po delší odmlce znovu začala se studiem vysoké školy. Vysoká škola je však bohužel v historické budově a zde se nemohou žádné bezbariérové úpravy provádět. Z tohoto tedy plyne, že je znesnadněn přístup a klientka je odkázána na pomoc spolužáků.

Situaci dopravy klientka vyřešila absolvováním autoškoly: *„V roce 2013, než jsem nastoupila do školy, jsem si udělala autoškolu v Přelouči, která se specializuje na výuku řízení pro handicapované. Do školy se tedy mohu dopravovat sama autem, protože*

*hromadná doprava není vůbec bezbariérově řešená a byla bych jinak odkázána pouze na pomoc druhých.“*

Poslední okruh byl také zodpovězen velmi zajímavě a vystihl vše, co jsem si sama od těchto otázek slibovala. *„Jelikož jsem byla neustále po rehabilitacích a domů jsem se dostala až po dlouhé době, tak příspěvky řešil tatínek. Je to náročné na zařizování a neustálé doprošování se někoho. Hlavně nám to vše přišlo nekonečné. Někteří úředníci jsou ochotní, ale někteří jsou tak nepříjemní, že pak přechází chuť o příspěvky žádat. Příspěvek na zakoupení automobilu jsem dostala od úřadu práce, konta bariéry. Pobírám příspěvek na péči a invalidní důchod. Ohledně čehož bylo také spousta papírování. Informace o příspěvcích mi nějaké řekli sociální pracovníci na rehabilitacích, dále kamarádi, kteří byli v podobné situaci, ale spíše musel vše hledat právě tatínek - nejvíce z knížky Nápadník. Rodiče mají názor, že to vše je velmi komplikované, že ten, kdo zůstane po úrazu bez pomoci rodiny, nemá šanci si toto vše zařídit a nikdo jiný to za něho neudělá.“*

## **Případová studie – Respondent 2**

Muž ve věku 29 let, svobodný, nyní zcela odkázán na invalidní vozík. Úraz při motonehodě, jako spolujezdec. Prodělaná traumatická léze míšní v oblasti obratle Th5. Na událost si nepamatuje. Převezen na neurochirurgickou kliniku v Olomouci. Zde provedena stabilizační operace páteře. Po pobytu v nemocnici klient absolvoval rehabilitační pobyt v Hrabyni, odkud na vlastní žádost odešel. 1 rok po skončení pobytu v Hrabyni přijat k rekondičnímu pobytu v RÚ Kladruby.

Klientovo zhodnocení situace po úrazu v oblasti pracovního uplatnění mi sdělilo všechny potřebné údaje. Bylo nutné vyřešit otázku dálkově studované vysoké školy. Jelikož tato škola nebyla bezbariérová a klient je celodenně odkázán na invalidní vozík, byl nucen toto studium ukončit. Dále řešení situace zaměstnání. Cituji slova klienta: *„Před nehodou jsem pracoval jako obráběč kovu, ale na této pozici jsem po úrazu již pracovat nemohl. Zaměstnavatel hledal možnosti, ale bohužel. Navíc problémy s močením, které mám stále, mi to neusnadňují. Dostal jsem invalidní důchod, příspěvek*

*na péči a příspěvek na mobilitu.*“ Nyní klient pracuje jako administrativní úředník a pracuje z místa bydliště.

Situace bydlení byla vyřešena postavením nového přízemního domu, který je zcela bezbariérový. Nyní bydlí společně s přítelkyní.

Po půl roce zakoupil automobil a nechal si jej upravit na ruční řízení. Na oboje čerpal příspěvek na zvláštní pomůcku. Cestu k těmto příspěvkům hodnotí jako bezproblémovou a nekomplikovanou.

Z posledního okruhu otázek týkajících se resocializace a dostupnosti informací, nevycházela pozitivně hodnocená situace. Klientovo hodnocení: *„Žádný návrat do společnosti se nekonal, nekoná a ani nebude. Být na vozíku není pozitivní a není to žádný život, ale přežívání. Co se týče informovanosti, tak existuje internet, takže když něco potřebuji, tak si to najdu, než abych se ptal na úřadech. Na úřadech mi mnou získané informace jen zopakují.“*

Poslední o čem se klient zmínil, byla situace týkající se projektů na podporu osob s handicapem. Dle jeho názoru všechny smysluplné projekty jsou pouze v Praze. V Ostravě, kde on bydlí, není nic podobného.

### **Případová studie – Respondent 3**

Muž ve věku 42 let, svobodný, po poranění míchy upoután na invalidní vozík. Úraz způsoben při motonehodě, kdy nedostal přednost v jízdě od protijedoucího vozidla. Způsobena traumatická míšňí léze v oblasti obratle Th9. Po nehodě byl hospitalizován v nemocnici v Táboře, odkud byl druhý den transportován letecky do fakultní nemocnice v Praze a podrobil se stabilizační operaci páteře. Za pár dní byl transportován zpět do nemocnice v Táboře, kde začal rehabilitovat. Další rehabilitace probíhala v Rehabilitačním ústavu Kladruby trvající 5 měsíců.

Bytová situace klienta po nehodě byla zjednodušena tím, že se vrátil do původního bytu, kde bydlel dříve a nebyly zde nutné žádné bezbariérové úpravy. V bytě bydlí společně s manželkou a dcerou.

Do původního zaměstnání se klient již nevrátil, nebylo možné pracovat na předchozí pracovní pozici. Momentálně pracuje jako manager v chráněné dílně, která je přizpůsobená pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Názor klienta na zaměstnavatele je velmi pozitivní: *„Můj zaměstnavatel byl velice ochotný při úpravě pracovních podmínek - stavební úpravy, náplň práce, úprava pracovní doby.“*

Klient vlastní osobní automobil, který má upravený na ruční ovládání. Na osobní automobil i na ruční řízení jsem čerpal příspěvky ze systému sociálních dávek. Cesta ke schválení těchto příspěvků byla hodnocena jako nekomplikovaná a trvala přiměřeně dlouhou dobu. Dále má přiznaný invalidní důchod III. stupně, příspěvek na mobilitu a příspěvek na péči.

Reakce a názor klienta na poslední okruh otázek týkajících se resocializace: *„Návrat do společnosti po úrazu nebyl jednoduchý, ale zvládl jsem ho za vydatné podpory rodiny a přátel v pohodě. Veškeré potřebné informace jsem si zjišťoval více méně sám, a to především od zkušenějších vozíčkářů. Na úřady jsem se dostavoval již vybaven potřebnými informacemi, takže veškerá jednání byla o to jednodušší a rychlejší. Schopnosti pracovníků na úřadech jsou dle mého na průměrné úrovni“.* Hodnocení stávajícího života klienta bylo také velmi přínosné: *„Po úrazu jsem zhodnotil svůj dosavadní život, změnil si své priority a nastavil směr, kterým se budu ubírat. Momentálně žiji plnohodnotný život, mám dvě dcery, které mi dělají radost, přátele a práci, která mne naplňuje. Mým vyznáním je optimismus.“*

#### **Případová studie – Respondent 4**

Muž ve věku 38 let, ženatý, nyní upoután na invalidní vozík po poranění hrudní páteře. Poranění způsobeno na jízdě kole. Klient jako cyklista sražen automobilem. Nárazem způsobena traumatická kompletní míšní léze v oblasti hrudní páteře, v oblasti obratle Th10. Po nehodě transportován do Fakultní nemocnice v Plzni, kde byla provedena stabilizační operace páteře a počata rehabilitace. Po měsíčním pobytu převezen do nemocnice v Kladně, kde pokračovala rehabilitační péče. Následně klient pokračoval v ucelené rehabilitační péči v Rehabilitačním ústavu Kladruby.

Po několika měsíčních pobytech v nemocnicích a rehabilitačním centru se klient vrátil do rodinného domu, ve kterém bydlel před úrazem. Tento dům obývá společně s rodiči. Dům byl během nepřítomnosti klienta již částečně bezbariérově upravován, ale finální úpravy, jako rekonstrukce koupelny a toalety probíhaly později, již za přítomnosti klienta.

Otázku pracovního uplatnění musel klient vyřešit. Pracoval před nehodou jako důlní elektrikář. Do tohoto původního zaměstnání se vzhledem k jeho povaze již vrátit nemohl. Momentálně pracuje v soukromé firmě jako administrativní pracovník. Hodnocení klientova zaměstnavatele: „*Zaměstnavatel byl velmi ochotný, přizpůsobil mi pracoviště a pracovní podmínky (bezbariérový přístup, stavební úpravy kanceláře a toalety).*“

K dopravě klient používá vlastní osobní automobil, který má upravený na ruční řízení. Na zakoupení automobilu a jeho úpravu získal příspěvek na zvláštní pomůcku. Klientův citovaný názor na schvalování příspěvků: „*Schvalování veškerých příspěvků je dle mých zkušeností poměrně zdlouhavé. Dále mi přijde nedůstojné zjišťování sociálních poměrů v průběhu schvalování příspěvků, kdy pracovníci Úřadu práce zjišťují, zda nemáte doma zlato, šperky, diamanty a nemovitosti. Tyto příspěvky by dle mého názoru měly být schvalovány podle zdravotního stavu žadatele a ne podle jeho sociálních poměrů.*“

Z dalších příspěvků má klient přiznaný příspěvek na mobilitu, příspěvek na péči a invalidní důchod.

Z posledního okruhu otázek týkajících se resocializace a informovanosti vyplývá, že nic není jednoduché, ale ne nemožné: „*Po úraze nebyl návrat do reality lehký, ale díky rodině a přátelům jsem ho zvládl. Byl jsem nucen přehodnotit můj život a změnit si své priority Momentálně žiji plnohodnotným životem. Většinu potřebných informací si po negativních zkušenostech s úřady zjišťuji sám. Na úřady se dostavuji již informován od kamarádů vozíčkářů, z internetu a medií. V místě mého bydliště jsou dle mého názoru schopnosti pracovníků na úřadech podprůměrné, navíc jim schází empatie, pochopení a trpělivost při jednáních.*“

## Případová studie – Respondent 5

Žena ve věku 34 let, svobodná, žijící s přítelem a dvěma syny ve společné domácnosti. Nyní upoutána na invalidní vozík po prodělané nehodě na motocyklu, jako řidička. Touto nehodou způsobeno poranění páteře - traumatické kompletní poškození v oblasti obratle Th4. Stav klientky komplikován několika dalšími poraněními – zlomení obratel C7, krvácení do hlavy, zlomenina levé klíční kosti a pravé horní končetiny v oblasti předloktí. Po havárii transportována do nemocnice Motol v Praze, kde byla provedena stabilizační operace hrudní páteře a započata rehabilitace. Po pobytu v motolské nemocnici převezena na spinální jednotku RÚ Kladruby, kde pokračovala intenzivní kompletní rehabilitace.

Po pobytu v rehabilitačním ústavu, který trval téměř 5 měsíců, začal bydlet společně se svými rodiči v rodinném domě. K příteli, se kterým bydlela před úrazem, se nevrátila a vztah se posléze rozpadl. V domě rodičů bylo nutné pořídit schodolez, žádné další úpravy nebyly potřebné. Po nějaké době byl přidělen bezbariérový byt.

Situaci pracovního uplatnění musela klientka po úrazu vyřešit, protože na místo asistentky manažera, které zastávala před havárií, se již nevrátila. Tuto změnu subjektivně hodnotí takto: *„Nyní pracuji jako správce webových stránek v Zoo Praha, do původního zaměstnání jsem se nevrátila, bylo bariérové a ani jsem se o vrácení zpět nesnažila. Dva roky po prodělaném úrazu jsem získala práci v Zoo Praha, kde pracuji dodnes. Úprava mi nabídnuta byla, ale téměř nebyla zapotřebí. Našla se pro mne jen bezbariérová kancelář a na neupravenou toaletu se s vypětím sil dostanu.“*

Klientka má svůj vlastní automobil, který je upraven na ruční řízení. Na pořízení vozu a jeho úpravu byl čerpán příspěvek na zvláštní pomůcku. Cestu k získání tohoto příspěvku ohodnotila tímto způsobem: *„Cesta ke schválení tohoto příspěvku je dlouhá a komplikovaná, ale lze to pochopit. Je třeba doložit spoustu dokumentů, protože jinak by tento příspěvek mohli čerpat i osoby, které jej vůbec nepotřebují, což se občas bohužel stává.“* Z dalších příspěvků respondentka pobírá příspěvek na mobilitu a má přiznaný invalidní důchod.

Poslední okruh otázek o dostatečnosti a dostupnosti informací byl také velmi zajímavě zodpovězen: „*Bohužel si už přesně neuvědomuji postup ihned po úrazu. Spoustu věcí pro mne zařizovala matka, ještě když jsem byla v rehabilitačním ústavu. Musela se opravdu hodně snažit, aby potřebné informace získala, ale na ochotu sociálních pracovníků si ovšem nemůžeme stěžovat. Komplexní informace se nyní dají sehnat na internetu.*

Tento názor klientky je také velmi podnětný, takže jej cituji: „*Velké zklamání jsem zažila, když jsem žádala o větší byt z důvodu těhotenství (měla jsem jen 1 místnost). Žádost mi sice ihned schválili, ale dlouho jsem čekala na nabídku. A když přišla, byt byl nepoužitelný (za 21 měsíců jsem obdržela 3 nabídky, které se nedaly akceptovat). Nakonec jsme museli s přítelem pořídit byt na hypotéku. Je to už téměř 2 roky, co jsem se z magistrátního bytu odstěhovala a byt je stále prázdný. Přitom na něj čeká tolik vozíčkářů. Proto se nyní již nedivím, proč nabídky větších bytů nepřicházely a nepřicházely.*“

Celý proces návratu zpět do života hodnotí díky motivaci od okolí a pomoci blízkých lidí a své rodiny jako kladný. Jedinou negativní zkušeností byla záležitost týkající se bezbariérového bytu.

### **Případová studie – Respondent 6**

Žena, které je 32 let, svobodná, žijící ve společné domácnosti v rodinném domě s přítelem. Nyní chodící s pomocí 2 francouzských berlí po prodělané nehodě, kde byla jako chodec sražena osobním automobilem. Došlo k inkompletní poruše funkce páteře a zlomenině obratle L3. Po autonehodě převezena do nemocnice v Motole, kde byla provedena stabilizační operace páteře v oblasti beder. Zde byla započata rehabilitační péče na spinální jednotce, odkud posléze převezena do RÚ Kladruby. V Kladrubech absolvovala téměř pěti měsíční pobyt na spinální jednotce, kde byla zcela rozvinuta ucelená rehabilitace a péče o klientku.

Během pobytu v rehabilitačním ústavu došlo ke zlepšení zdravotního stavu respondentky. Díky fyzioterapii začala trénovat chůzi o 2 francouzských holích a



nemusela stále používat invalidní vozík. Svalová síla dolních končetin se zlepšila natolik, že byla schopna odejít do domácího prostředí o berlích.

V rodinném domě, ve kterém žije nyní se svým přítelem, nebyly potřebné žádné bezbariérové úpravy, protože je schopna zvládat mobilitu o francouzských holích. Jediné, co bylo nutné zpočátku omezit, byl vstup do prvního patra domu, protože nebyl zcela upraven stereotyp chůze po schodech. Nyní již zvládá samostatně i chůzi po schodech, takže se pohybuje po celém domě.

Pracovní situace klientky zatím není vyřešena. Cítuji její hodnocení stávající situace: „ *Alternativní pracovní uplatnění nehledám, jsem hlášena na Úřadu práce. Stále se velmi intenzivně věnuji rehabilitaci a snažím se zlepšovat svůj zdravotní stav. Předchozí pracovní pozici momentálně nejsem schopna vykonávat. Před nehodou jsem působila jako hlavní provozní kasina a baru.*“

Respondentka pobírá invalidní důchod, je vyplácen příspěvek na péči a příspěvek na mobilitu. O příspěvek na zvláštní pomůcku nebylo žádáno.

V dopravě je klientka závislá na ostatních osobách – hlavně na svém příteli, který s ní absolvuje veškeré rehabilitační terapie a návštěvy lékařů. Uvádím názor na městskou hromadnou dopravu v Praze, kde klientka bydlí: „*Hromadná doprava nepřichází v úvahu z důvodu velké vzdálenosti zastávky od domu, kam nejsem schopna sama o berlích dojít. Dále se mi zdá provoz nízkopodlažních autobusů velmi omezený.*“  
Posledními získanými daty byly názory na dostupnost informací a relevantní chování sociálních pracovníků: „*Než někam jdu, hledám si potřebné informace na internetu, takže mi je vždy pracovníci jen upřesní. Nesetkala jsem se zatím s nikým ze sociálních pracovníků, kdo by byl vysloveně nepřijemný a nesdílný.*“

Resocializace byla klientkou hodnocena pozitivně, velmi jí v této etapě života pomohlo zázemí a fungující rodina. Nedílnou součástí návratu do života je motivace, pomoc okolí a vlastní odhodlání něco dokázat i po úrazu, jak uvedla klientka.

## 4.2 Hodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka číslo 1: Jaká je dostupnost informací potřebných k zařazení do společnosti u osob po míšním poranění?

Tabulka č. 2: Možnosti získávání informací a samotná dostupnost informací

	Náročné získávání informací	Nedostatečná dostupnost	Získávání informací od zkušenějších vozíčkářů	Dobrá dostupnost informací na internetu	Nejen na úřad již chodím informovaný
R1	X	X	X	X	X
R2				X	X
R3			X	X	X
R4			X	X	X
R5				X	X
R6				X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Jeden z oslovených klientů hodnotí situaci získávání informací jako nedostatečnou a náročnou. 3 respondenti z celkových 6 získávají potřebné informace od zkušenějších klientů, kteří již touto etapou života prošli před delší dobou. Všichni oslovení respondenti čerpají informace na internetu, který je v této době velmi dobře dostupný. 6 z 6 oslovených respondentů chodí na úřady nebo do různých organizací již informováno.

Výzkumná otázka číslo 2: Dokáže oslovený zdravotně sociální pracovník nebo zaměstnanec úřadu práce poskytnout dostatečné informace o možnostech a nárocích osob po prodělané míšní lézi?

Tabulka č. 3: Zkušenosti oslovených respondentů se schopnostmi pracovníků

	Dokážou odpovědět	Někteří jsou neochotní a nesdílní	Jsou ochotní a věnují se	Průměrná úroveň schopností	Podprůměrná úroveň schopností
R1		X		X	
R2	X				
R3				X	
R4					X
R5	X		X		
R6	X		X		

Zdroj: Vlastní výzkum

3 oslovení respondenti hodnotí schopnosti sociálních pracovníků a pracovníků úřadu práce kladně. Dokážou předat klientům důležité informace. 1 oslovený klient vnímá některé pracovníky jako neochotné a nesdílné, od kterých nezíská potřebné informace. 2 klienti z oslovených 6 pozitivně hodnotí ochotu pracovníků, která je velmi nutná k předávání informací. 2 oslovení vnímají průměrně úroveň schopností pracovníků a 1 respondent z 6 hodnotí dokonce podprůměrně tuto schopnost pracovníků.

Výzkumná otázka číslo 3: Jsou zaměstnavatelé ochotni upravit pracovní podmínky pro osoby se zdravotním postižením?

Tabulka č. 4: Vlastní zkušenosti respondentů se zaměstnavateli

	Ochotní	Neochotní	Nepracuji, jsem na ÚP	Nepracuji, studuji	Pracuji z domácího prostředí
R1				X	
R2	X				X
R3	X				
R4	X				
R5	X				
R6			X		

Zdroj: Vlastní výzkum

4 respondenti z oslovených 6 hodnotí přístup zaměstnavatelů velmi pozitivně. 2 klienti nemají se zaměstnavatelem po prodělaném úrazu zkušenost – jeden klient je veden na ÚP a druhý studuje. 1 klient pracuje z domácího prostředí, předchozí zaměstnavatel byl ochotný upravit podmínky pro vykonávání předchozího zaměstnání, ale z důvodu urologických potíží klienta nebyl návrat možný.

Výzkumná otázka číslo 4: Vznikají u osob po prodělaném míšním poranění problémy v oblasti bydlení?

Tabulka č. 5: Nutnost úpravy bydlení

	Byla nutná úprava bydlení	Nebyla vůbec nutná úprava bydlení	Postaven nový dům	Nutné pouze pořízení zvedací plošiny	Získaný nový byt
R1				X	
R2			X		
R3		X			
R4	X				
R5					X
R6		X			

Zdroj: Vlastní výzkum

2 respondenti z oslovených 6 nemuseli upravovat bezbariérově své bydlení. 1 klient nechal upravit své předchozí bydlení na bezbariérové. 1 respondent si nechal místo předchozího nevhodného bydlení postavit nový vhodný dům a 1 klientka získala nový bezbariérový byt. V jednom případě nebyla nutná úprava interiéru domu, ale bylo důležité pořídit zvedací plošinu.

Výzkumná otázka číslo 5: Je cesta k získání příspěvku na zvláštní pomůcku komplikovaná?

Tabulka č. 6: Subjektivní vnímání cesty k získání příspěvku

	Náročné na zařizování	Nekomplikované, bezproblémové	Dlouhé, komplikované, ale lze to pochopit	Nežádáno o příspěvek
R1	X			
R2		X		
R3		X		
R4	X			
R5			X	
R6				X

Zdroj: Vlastní výzkum

2 klienti z oslovených 6 respondentů hodnotí cestu na získání příspěvku na zvláštní pomůcku jako náročnou, 2 klienti hodnotí tento proces jako nekomplikovaný a bezproblémový, 1 respondentka tento proces hodnotí jako dlouhý a komplikovaný, ale lze to pochopit, z důvodu nezneužívání tohoto příspěvku. 1 klientka o příspěvek na zvláštní pomůcku nežádala.

Výzkumná otázka číslo 6: Hodnotí osoby po prodělané míšní lézi celkový proces resocializace pozitivně či negativně?

Tabulka č. 7: Celkový pohled respondentů na proces resocializace

	Návrat do života hodnocen kladně, nedílnou součástí motivace	Návrat do života hodnocen kladně, důležitá pomoc rodiny	K návratu do života nepostradatelné vlastní odhodlání k dalším cílům	Žádný návrat do života se nekonal
R1	X	X	X	
R2				X
R3	X	X	X	
R4	X	X	X	
R5	X	X	X	
R6	X	X	X	

Zdroj: Vlastní zdroj

Celkový proces resocializace hodnotí 5 z 6 oslovených respondentů jako kladný. Ovšem zmínili, že je nepostradatelná v celém procesu návratu do života motivace, podpora a pomoc rodiny a v neposlední řadě také odhodlání k dalším cílům, kterých lze dosáhnout i po prodělaném míšním poranění. 1 klient uvedl, že se žádný návrat do života nekonal.

## 5 DISKUZE

Speciální část této práce byla zaměřena na práci s lidmi s handicapem. Tato skupina osob je velmi specifická. Jejich život byl změněn v jednom jediném okamžiku. A touto chvilkou byla prodělaná nehoda na motocyklu nebo v automobilu, nebo dokonce úplně obyčejná chůze po ulici a nepozorný řidič automobilu. Tento okamžik se podepsal na jejich zdraví, které bylo do této chvíle úplně v pořádku. Lidské zdraví je definováno dle Michalíka (2011) jako soulad biopsychosociálních faktorů a rovnovážný stav tělesné, duševní, spirituální i společenské pohody člověka. A právě tělesné postižení nebo jakékoli postižení tento rovnovážný stav narušuje a vnáší do života člověka nové a zatím nepoznané situace, což vyplývá i z této práce.

Ze zjištěných informací v této práci vyplývá, že lidé s tělesným postižením **jsou přirozenou součástí společnosti** a mělo by k nim být i tak přistupováno a vše by mělo být pro ně dosažitelné. Samotní klienti se snaží, aby s nimi bylo i takto přirozeně jednáno. Kuzníková (2011) uvádí, že lidé se zdravotním postižením jsou stále vnímáni společností jako nenormální jev, avšak jsou přirozeným, běžným a tedy i normálním jevem, který se vždy vyskytoval, vyskytuje a vyskytovat bude ve všech obdobích i společnostech.

Je zřejmé, že následné zařazení do života těchto osob je otázkou rovného přístupu k nim a otázkou adekvátního rozvoje každého takového člověka. Další velmi důležité zjištění plynoucí z této práce je, že lidé s handicapem **velmi intenzivně vnímají přístup společnosti k nim**. Jakékoli nevhodné, neadekvátní chování ze strany osob v okolí může mít vliv na jejich následný reintegrační proces. Novosad (2000) říká, že zdravotní péče a sociální zaopatření osob s postižením je otázkou lidských práv, rovného přístupu k nim a otázka optimálního rozvoje každého jedince. Tato změna chápání má pochopitelně významné důsledky pro východiska a cíle a metody práce s jedinci s postižením. Pomoc společnosti by měla vytvářet podmínky pro maximální nezávislost jedince, nikoli zvyšovat jeho závislost na společnosti.



V této práci jsem se snažila zmapovat životní situaci osob po prodělaném míšním poranění ve dvou hlavních a jednom dílčím cíli. Tyto cíle jsem si vytyčila z důvodu mého přesvědčení o jejich největší důležitosti v dalším následném návratu do života. Hlavními cíli bylo zmapování pracovního uplatnění po prodělaném poranění a také zmapování situace okolo vhodného bydlení.

Prioritním u klientů po prodělaném poranění bylo řešení adekvátního a specifického bydlení po propuštění z RÚ Kladruby. Poláčková (2011) hodnotí bydlení také, jako jeden z nejdůležitějších cílů po prodělaném jakémkoli postižení. Říká: *„Každá osoba s omezením pohybu má své specifické nároky. Při návrhu vlastního bydlení jednoznačně vycházíme přímo z požadavků pro danou osobu. Každé jednotlivé bydlení se vytváří na míru osobních požadavků klienta:“* Dva oslovení respondenti z celkových šesti neměli potřebu jakýmkoli způsobem upravovat předchozí bydlení. Další dva klienti museli jakýmkoli způsobem upravit interiér domu nebo vnější vstup do domu či patrové bydlení. Jeden si nechal postavit nový přízemní bezbariérový byt a poslední klientka koupila nový bezbariérový byt.

Jako druhým velmi důležitým krokem bylo postupné hledání nového zaměstnání nebo návrat do předchozího zaměstnání, pokud toto bylo možné. Z hodnocení tohoto cíle vyplývá, že oslovení respondenti velmi pozitivně hodnotí zpřístupnění následného pracovního zařazení samotnými zaměstnavateli nebo možnost nalézt nové vhodné zaměstnání. Toto hodnocení podporuje Novosad (2000) takto: *„Společnost by měla nabízet osobám s jakýmkoli zdravotním postižením určitou pomoc nebo kompenzaci při uspokojování lidských potřeb. Tato pomoc by měla vést ke zpřístupnění možnosti realizovat či naplňovat běžné a zcela přirozené potřeby jedince. Proto také v kontextu péče o znevýhodněné jedince hovoříme o zpřístupňování (například vzdělávání, pracovního uplatnění, kulturního vyžití) nebo o vyrovnávání příležitostí (například seberealizace, společenské uplatnění).“*

Dva oslovení respondenti byli schopni se vrátit do předchozího zaměstnání. Zaměstnavatel jim ochotně upravil pracovní prostředí a podmínky. Jeden z klientů pracuje z domácího prostředí. Další respondentka našla nové zaměstnání a zaměstnavatel byl ochotný upravit pracovní podmínky a prostředí. Jedna klientka není

zaměstnaná, je vedena na Úřadu práce a stále se intenzivně věnuje fyzioterapii. Poslední z oslovených je studující.

Oba hlavní cíle byly většinou propojené posledním sledovaným cílem a tím byla doprava. Nebo spíše možnosti dopravování osob s postižením. U pěti ze šesti oslovených se ukázalo, že schopnost řídit vlastní vozidlo, které je upravené na ruční řízení, obrovským způsobem ulehčuje jejich životní situaci. Kovář (2010) k tomuto tématu uvedl: „ *Auta nám dávají nohy. Proto kdo může, jezdí autem. Všechny nové silnice, tunely a obchvaty nám cestování hodně ulehčují. Ale přinášejí také jistá rizika.*“

Výzkumné otázky byly zaměřené na získání obecnějších informací důležitých pro následnou resocializaci a ulehčení celkové životní situace. Všechny otázky souvisely se zmiňovanými sledovanými cíli. Těmito jednoduchými otázkami jsem se snažila nastínit situaci ve společnosti ve vztahu k osobám s postižením. Mám na mysli chování zdravotníků, sociálních pracovníků nebo pracovníků na úřadech práce, získávání informací, ochotu společnosti ulehčit situaci těmto osobám, celkový pohled jedinců s postižením na proces resocializace a aspekty, které mohou návrat do života ulehčit.

První výzkumná otázka zněla: **Jaká je dostupnost informací potřebných k zařazení do společnosti u osob po míšním poranění?**

Hodnocení této otázky je následující. Šest osob z oslovených šesti získává potřebné informace na internetu, kde jsou velmi dobře dostupné a také šest klientů chodí již na úřad informovaných. Pracovníci na úřadech nebo v neziskových organizacích jim jejich získané informace pouze upřesní. Tři oslovení lidé čerpají informace od zkušenějších vozíčkářů. Jeden respondent hodnotí situaci dostupnosti informací jako náročnou a nedostačující. Faltýnková a kol. (2004) uvádí: „*Aby člověk zvládl následky míšního postižení, měl by být dobře a dostatečně informován. Měl by se dozvědět o svém stavu a o míšním poškození co nejvíce. Mluvit s někým o svých pocitech. Může to být lékař, psycholog, sociální pracovník, člen rodiny, přítel nebo někdo jiný s poškozením míchy. Zůstat aktivní jak fyzicky tak psychicky. Rozhodnout se pokračovat v životě i s poškozením míchy.*“

Druhá výzkumná otázka: **Dokáže oslovený zdravotně sociální pracovník nebo zaměstnanec úřadu práce poskytnout dostatečné informace o možnostech a nárocích osob po prodělané míšní lézi?**

Položením této otázky jsem sledovala vlastní hodnocení klientů a jejich vnímání situací, kdy byli v kontaktu se zdravotně sociálním pracovníkem nebo zaměstnancem úřadů a snažili se získat určité potřebné informace. Z výsledků vyplývá, že tři respondenti hodnotí schopnosti pracovníků jako kladné a dokáží odpovědět na položenou otázku. Další dva klienti z celkového počtu šesti vnímají pracovníky jako ochotné a věnující se, takže hodnotí také kladně. Dva oslovení hodnotí pracovníky, se kterými se setkali jako průměrné, na část otázek jim bylo odpovězeno. Pouze jeden klient hodnotí své zkušenosti v neprospěch pracovníků, vidí je jako neochotné a nesdílné.

Třetí výzkumná otázka: **Jsou zaměstnavatelé ochotni upravit pracovní podmínky pro osoby se zdravotním postižením?**

Z názorů oslovených klientů vyplývá následující. Čtyři respondenti hodnotí svou zkušenost se zaměstnavateli jako kladnou, tudíž zaměstnavatelé byli ochotní upravit pracovní podmínky a pracovní prostředí. Jeden z klientů sice nyní pracuje z domácího prostředí, ale jeho zkušenost s předchozím zaměstnavatelem byla také pozitivní. Zaměstnavatelé v dnešní době jsou podporováni státem. Úřad práce poskytuje zaměstnavatelům příspěvky na vytvoření chráněného pracovního místa a následně také na úhradu nákladů spojených s jeho provozem. Tímto by měli být zaměstnavatelé motivováni k zaměstnávání osob s handicapem. Internetový portál Vozickar.com cituje ve svém článku slova Marie Balíkové, která je ředitelkou Úřadu práce: *„I když už naše společnost udělala ve srovnání s dobou minulou jisté pokroky, někteří zaměstnavatelé si bohužel stále myslí, že lidé se zdravotním postižením nepotřebují a nedokáží pracovat. Že by byli pro firmu přítěží. Přitom často stačí jen vhodně upravit pracovní prostředí, zařazení nebo pracovní dobu a mohou tak získat spolehlivého zaměstnance, jehož pracovní výkon bude srovnatelný s tím, jaký odvádí jeho „zdravý“ kolega.“*

Tento názor potvrzuje i vyhodnocení této položené otázky. Zaměstnavatelé opravdu získají schopné a plnohodnotné zaměstnance, jen pouhým upravením pracovních podmínek.

**Čtvrtá výzkumná otázka: Vznikají u osob po prodělaném míšním poranění problémy v oblasti bydlení?**

Vyhodnocení této otázky ukazuje, že dvě osoby z oslovených šesti neměly potřebu upravovat interiér ani vnější vstup do domu nebo bytu. U jedné oslovené osoby bylo nutné upravit vnitřní prostředí i vnější vstup do domu. Jedna z oslovených osob nemusela upravovat interiér domu, ale bylo nutné pořízení zvedací plošiny. Jeden respondent si postavil nový přízemní rodinný dům a poslední klientka si zakoupila nový bezbariérový byt. Vyplývá tedy, že každá z oslovených osob musela provést změny zcela individuálně podle vlastního zdravotního stavu a svých schopností. Faltýnková (2012) ve své publikaci pro osoby s postižením zmiňuje: *„Každá úprava prostředí je naprosto individuální. Člověk, který je z důvodu poškození míchy nucen ke svému pohybu využít vozík, ať je to pouze část dne nebo je trvalým uživatelem mechanického či elektrického vozíku, potřebuje pro pohodlný a volný pohyb dostatek prostoru bez překážek, prahů, úzkých dveří či strmého nájezdu. Je třeba si uvědomit, že nezbytné úpravy prostředí jak domácího, tak i pracovního, musí splňovat ergonomické požadavky a podporovat především soběstačnost vozičkáře.“*

**Pátá výzkumná otázka: Je cesta k získání příspěvku na zvláštní pomůcku komplikovaná?**

Touto otázkou jsem sledovala názory oslovených klientů na cestu k získání jednoho z příspěvků pro osoby se zdravotním postižením a jako příklad jsem zvolila příspěvek na zvláštní pomůcky, který je pro tuto skupinu osob velmi důležitý. Pokud jej získají, dokáže jim usnadnit některé důležité životní situace.

Z výsledků vyplývá, že dva respondenti hodnotí cestu k získání příspěvku jako náročnou. V jejich studiích bylo uvedeno, že je náročná na čas a je v této záležitosti nutné vyplnit velikou spoustu dokumentů. Dva oslovení klienti z celkového počtu šesti osob hodnotí tento proces jako nekomplikovaný. Jedna případová studie obsahovala názor, že cesta k příspěvku je dlouhá a komplikovaná, ale lze to pochopit. Tato klientka

doslova uvedla: „*Cesta ke schválení tohoto příspěvku je dlouhá a komplikovaná, ale lze to pochopit. Je třeba doložit spoustu dokumentů, protože jinak by tento příspěvek mohly čerpat i osoby, které jej vůbec nepotřebují, což se občas bohužel stává.*“

Šestá výzkumná otázka: **Hodnotí osoby po prodělané míšní lézi celkový proces resocializace pozitivně či negativně?**

Cílem otázky byla snaha získat ucelený pohled oslovených klientů na tuto nelehkou etapu jejich života. Jak veškeré události od jejich úrazu vnímají hromadně a jaké součásti resocializace byly pro oslovené klienty hnacím motorem v dalším uplatnění a nové chuti do života.

Z výsledků vyplývá, že více než polovina oslovených osob vnímá celkový proces pozitivně. Avšak nedokáží si svůj návrat do života představit bez určitých aspektů. A těmi jsou **motivace, nepostradatelná pomoc rodiny a vlastní odhodlání k dalším cílům**. Pouze jediný respondent ohodnotil proces resocializace negativně. Řekl, že se žádný návrat do života nekonal a ani konat nebude. Toto vyhodnocení otázky potvrzuje ve své knize Jan Michalík (2011). Uvádí: „*Postižení nebo chronicky nemocní lidé, kteří jsou poučeni o podstatných aspektech své situace, znají svůj zdravotní stav, jsou vhodně motivováni, mají vytvořený systém hodnot i posloupně dostupných cílů, mají podporu blízké rodiny a zřetelnou životní perspektivu, s níž se ztotožnili, mnohem lépe spolupracují při fázích rehabilitace či adaptace, rychleji se zotavují nebo pracují na stabilizaci svého zdravotního stavu. Právě zde je také třeba zdůraznit význam sociální opory, tedy spolehlivého a motivujícího zázemí rodiny a blízkých osob.*“

Tento výrok autora Michalíka potvrzuje také výsledky vyplývající z první výzkumné otázky, která se týkala dostupnosti informací důležitých pro následnou pozitivní reintegraci. Klient by měl být dostatečně informován o podstatných aspektech své situace, znát svůj zdravotní stav a být si vědom, čeho má možnost dosáhnout a co získat.

## 6 ZÁVĚR

Prostřednictvím této práce jsem se snažila nahlédnout do situace osob po prodělaném traumatickém míšním poranění. Jakékoli poranění není lehké a vnáší do života i minimální změny, ale poranění míchy v některých případech obrací život klientů naruby. Tyto změny životní nejsou nikdy jednoduché. Znamenají přehodnocení všeho dosavadního v životě člověka a hlavně smíření jedince s nově vzniklou situací.

Cíle práce jsem si zvolila vzhledem k jejich důležitosti v následné reintegraci zpět k hodnotnému životu. Mapování individuálních situací po návratu do domácího prostředí bylo velmi zajímavé. Cíle byly zaměřené na oblast bydlení a v některých případech s tímto spojené nevyhnutelné úpravy bytových prostor. Dále na pracovní uplatnění osob po prodělaném postižení a oblast dopravy, která také velmi ovlivňuje následný život.

Z práce vyplynulo, že jako prioritní záležitost řeší klienti bydlení a bezbariérovost prostředí, pokud je tato úprava nutná. Většina oslovených osob řešila tuto situaci již při pobytu v RÚ Kladruby. Klienti neměli možnost se v této věci angažovat zpočátku osobně, protože absolvovali každodenní program celistvé rehabilitační péče v tomto zařízení. Vše potřebné bylo prováděno prostřednictvím blízkých osob a rodiny a až následně se klienti zapojili sami.

Dalším velmi důležitým cílem bylo řešení následného pracovního uplatnění. Zde klienti velmi pozitivně ohodnotili jejich zkušenosti se zaměstnavateli a jejich ochotou vyjít vstříc osobám s handicapem.

Otázka dopravy byla u oslovených klientů řešena paralelně s pracovním uplatněním. Možnost se samostatně dopravovat se ukázala ve výsledcích práce jako velmi důležitá a ulehčující celý proces resocializace.

Výzkumné otázky byly zaměřené na obecná zjištění, která by dokreslila cíle práce. Každá z otázek byla spojena s některým z cílů. Týkaly se jednoduchých informací, ale možná o to více potřebných pro klienty se zdravotním postižením.

Z první výzkumné otázky vyplynulo, že informace potřebné k integraci zpět do společnosti si oslovení klienti získávají většinou přes internet, kde je vše dobře dostupné

a až s těmito informacemi se dostávají k jednání se zdravotními pracovníky, sociálními pracovníky nebo se zaměstnanci na úřadech. A dalším možným zdrojem získávání znalostí jsou klienti, kteří již poranění prodělali před delší dobou.

Druhá otázka a názory oslovených osob hodnotí schopnosti sociálních pracovníků nebo zaměstnanců na Úřadu práce jako pozitivně. Pracovníci jsou schopni odpovědět na položenou otázku, jsou ochotní a věnují se klientům.

Třetí výzkumná otázka byla věnována zaměstnavatelům, kteří se podílí na pracovním uplatnění osob po poranění míchy. Respondenti se ve většině případů vyjadřují o zaměstnavatelích pochvalně. Jsou ochotni zpravit pracovní podmínky i pracovní prostředí.

Čtvrtá otázka byla spojena s cílem mapování oblasti bydlení. Bezbariérová úprava prostředí je naprosto individuální záležitostí. Má vést osoby se zdravotním postižením k co největší samostatnosti. Dva oslovení klienti neměli předchozí bydlení vhodné, takže museli upravit interiér bytu či domu a také vnější vstup do obydlí. Naopak další dva respondenti nemuseli vůbec upravovat své bydlení.

Pátá otázka měla ohodnotit cestu k získání příspěvku na zvláštní pomůcku. Polovina oslovených osob uvedla, že tento proces je dlouhý a komplikovaný a je potřebné doložení spousty dokumentů. Jedna klientka z těchto tří však uvedla, že cesta k příspěvku je komplikovaná a dlouhá, ale lze to pochopit, protože jinak by docházelo ke zneužívání tohoto příspěvku a získávaly by jej osoby, které nemají nárok.

Šestou otázkou se hodnotil celkový proces resocializace. Většina oslovených klientů vnímala tuto etapu života, jako pozitivní. Aby tento proces byl pozitivní je nepostradatelná motivace, vlastní odhodlání k dalším, novým cílům a podpora blízkých osob a rodiny.

Spolupráce s klienty byla velmi zajímavá. Byli ochotní absolvovat rozhovor a sdělit informace potřebné k vytvoření náhledu na tento jejich nelehký boj s novou životní situací, ale i s okolním světem. Práce by mohla přispět k odhalení některých aspektů potřebných ke kladnému procesu resocializace, ale také k tomu, jak lidé po prodělaném poranění míchy vnímají vztah společnosti k nim.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- AMBLER, Z., 2011. *Základy neurologie*. Praha: Galén, 7. vyd, 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
- BALÍKOVÁ, M., 2014. *Úřad práce loni podpořil zaměstnávání hendikepovaných více než třemi miliardami*. [online]. [cit 2014-07-12]. Dostupné z: <http://vozickar.com/urad-prace-loni-podporil-zamestnavani-hendikepovanych-vice-nez-tremi-miliardami/>
- BULANTOVÁ, K. a kol., 2013. *Nápadník 2014*. Brno: Liga vozíčkářů. 333 s.
- ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve znění zákona č. 206/2006 Sb.
- DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
- FALTÝNKOVÁ, Z., 2012. *Desatero moudrého vozíčkáře*. Průvodce pro klienty s poškozením míchy. Praha: Česká asociace paraplegiků ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví ČR.
- FALTÝNKOVÁ, Z., a kol., 2004. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků.
- HÁJKOVÁ, G., 2006. *Zdravotně sociální problematika lidí po poranění míchy*. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- HELNET, 2012. Autoškoly pro tělesně postižené. *Helpnet.cz* [online]. [cit 2014-06-21]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/telesne-postizeni/sluzby/autoskoly-pro-telesne-postizene>
- HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2
- JEDLIČKA, P., KELLER, O., 2005. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, 424 s. ISBN 80-726-2312-5
- KERN, H., 2000. *Přehled psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál. 287 s. ISBN 80-717-8426-5.
- KOLÁŘ, P., et al., 2012. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1



- KOVÁŘ, M., 2010. Auta nám dávají nohy, ale. *Můžeš*. 2010, č. 10, s. 27
- KŘÍŽ, J., 2012. *Léčba a rehabilitace pacientů s míšní lézí*. Příručka pro praktické lékaře. Praha: Česká asociace paraplegiků.
- KUZNÍKOVÁ, I. a kol., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1
- LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, M., 2005. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén. 343 s. ISBN 80-7262-317-6
- MICHALÍK, J. a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
- MPSV, 2014. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením. *mpsv.cz* [online].[cit 2014-05-09]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8#zozp>
- MPSV, 2014. Dávky pro osoby se zdravotním postižením. *mpsv.cz* [online]. [cit 2014-06-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>
- NOVOSAD, L., 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.
- PÁČ, L., HORÁČKOVÁ, L., 2011. *Anatomie pohybového systému člověka*. Brno: Masarykova Univerzita. 118 s. ISBN 978-80-87192-14-6
- PÁLKOVÁ, R., 2012. *Kazuistika fyzioterapeutické péče o pacienta s transverzální lézí míšní v oblasti krční páteře*. Praha. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství. Katedra lékařských a humanitních oborů
- PEŠOUTOVÁ, H., 2014. *Podpora klientů RÚ Kladruby při budoucí sociální rehabilitaci*. Interní zdroje RÚ Kladruby
- PERGL, V., 2008. *Snížení rizika poranění*. [online].[cit 2014-07-13]. Dostupné z: [http://snaha.cz/cs/aktuality/?detail=\[snizeni-rizika-poraneni\]1](http://snaha.cz/cs/aktuality/?detail=[snizeni-rizika-poraneni]1)
- PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978-802-4711-355
- POLÁČKOVÁ, K., 2011. *Bydlení bez bariér*. Brno: Liga vozíčkářů

- POTMĚŠILOVÁ, H., 2012. *Jak hledat práci*. [online].[cit 2014-07-13]. Dostupné z: <http://mujvozik.cz/podpora-a-pomoc/jak-hledat-praci/>
- REICHEL, J., 2008. Kapitoly systematické sociologie. 2. vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2594-9
- RENOTIEROVÁ, M., 2005. *Základy speciální pedagogiky*. [online]. [cit 2014-05-21]. Dostupné z: <http://www.specialnipedagogika.cz/socius/data/410.pdf>
- SEIDL, Z., OBENBERGER, J., 2004. *Neurologie pro studium o praxi*. Praha: Grada. 364 s., ISBN 80-247-0623-7
- WENDSCHE, P. a kol., 2009. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. Brno: NCONZO. 226 s. ISBN 978-80-7013-504-4