

Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta

Bakalářská práce

2018

Roman Béla

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Kvalita života vozíčkářů na Trutnovsku od
roku 1985 do současnosti**

Bakalářská práce

Autor: Roman Béla

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Zadání bakalářské práce

Autor:	Roman Béla
Studium:	U1295
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Název bakalářské práce:	Kvalita života vozíčkářů na Trutnovsku od roku 1985 do současnosti
Název bakalářské práce AJ:	Quality of life of wheelchairusers in Trutnov from 1985 to the present

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá skutečností o tom, jak vnímají v průběhu časového období od roku 1985 do současnosti kvalitu svého života lidé, kteří jsou dlouhodobě odkázáni na život s invalidním vozíkem. V praktické části této práce na základě osobních rozhovorů získám skutečné informace a reálné názory od lidí, kteří v průběhu 30 let žijí, vnímali a nadále vnímají tento proces, jako ti, pro které je určen. Cílem je zmapovat názory od lidí, kterých se tento proces týká osobně. Ve výzkumném šetření je využita kvalitativní výzkumná strategie, technika polostrukturovaného rozhovoru.

Knihy: BENDO VÁ, Petra. Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s tělesným postižením. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 49 s. ISBN 978-80-244-1631-1. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. Desatero moudrého vozíčkáře: průvodce pro klienty s poškozením míchy. Praha: Česká asociace paraplegiků - CZEPA, 2012. 14 s. ISBN 978-80-260-5097-1. FILIPIOVÁ, Daniela. Život bez bariér: projekty a rekonstrukce. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 101 s. ISBN 80-7169-233-6. HANKOVÁ, Magdalena a Soňa VÁVROVÁ. Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením. Praha: Grada, 2016, 166 s. Psyché. ISBN 978-80-271-0012-5. KÁBELE, Josef. Sport vozíčkářů. 1. vyd. Praha: Olympia, 1992, 196 s. ISBN 80-7033-233-6. MACHÁČKOVÁ, Simona a Jan ŠTURSA. Krkonoše bez bariér. Vrchlabí: Správa Krkonošského národního parku, 2015, 128 s. ISBN 978-80-7535-017-6. NOVOSAD, Libor. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9. VAŠÍČKOVÁ, Lia. Dobře pracovat na vozíku vyžaduje dobře sedět. 1. vyd. [Brno]: Paracentrum Fenix, 2015. 118 stran. ISBN 978-80-260-7896-8. ZDARILOVÁ, Renata. Bezbariérové užívání staveb: metodika k vyhlášce č. 398/2009 Sb. o obecných a technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. 1. vyd. Praha: ČKAIT, 2011, 193 s. ISBN 978-80-87438-17-6. Články z tištěných periodik: BROULÍK, Petr. Hostinné slouží vozíčkářům: Hostinné odstraní bariéry, aby vozíčkáři prošli centrem na náměstí, do parku nebo do kláštera. Mladá fronta Dnes - Královéhradecké vydání. 30. 4. - 1. 5. 2012, roč. 23, č. 102. Hradecký Dnes, S. B4. ISSN 1210-1168. HUTAŘ, Jan. Změny, které přinese novela zákona o dávkách, jsou pro vozíčkáře pozitivní. Ptal se Miloš Pelikán. Vozíčkář: časopis nejen pro sedící. 2017, roč. 26, č. 1, s. 7-8. ISSN 1212-6985. PECHAR, O. Zaměstnávání občanů se změnou pracovní schopností mezinárodní srovnání. Vozíčkář: sociální pomoc invalidním občanům. 1991, roč. 4, č. 1, s. 15-17. ISSN 0862-5522. PELIKÁN, Miloš. Šikovného vozíčkáře z Trutnova inspiruje slavný Leonardo da Vinci. Vozíčkář: časopis nejen pro sedící. 2017, roč. 26, č. 1, s. 27. ISSN 1212-6985. PLECHÁČ, Tomáš. Klub vozíčkářů Trutnov: rarita v celém regionu. 5+2 dny. Hradecko. 20. 6. 2013, roč. 2, č. 25, s. 12. PLECHÁČ, Tomáš. Vozíčkáři budou mít více stezek. 5+2 dny. Trutnovsko. 18. 4. 2013, roč. 2, č. 16, s. 2. Práce? Práce! Vozíčkář: sociální pomoc invalidním občanům. 1991, roč. 4, č. 1, s. 14-15. ISSN 0862-5522. TRUHLIČKA, Ivan. Krkonoše slibují lidem větší pohodlí: Krkonoše letos nabídnou novinky cyklistům i vozíčkářům. Mladá fronta Dnes - Královéhradecké vydání. 11. 5. 2010, roč. 21, č. 108, s. B3. ISSN 1210-1168. TRUHLIČKA, Ivan. Na horskou túru lze vyrazit i na vozíku: zdravotně postižení výletníci mohou v Krkonoších využívat trasy speciálně pro ně upravené. Mladá fronta Dnes - Hradecký kraj. 7. 9. 2002, roč. 13, č. 209, Kraj hradecký Dnes, s. 2. ISSN 1210-1168. ZACH, Martin. Zach: Nežiju povrchní život. Mladá fronta Dnes - Královéhradecké vydání. 2. 11. 2015, roč. 26, č. 255, Hradecký Dnes, s. 16. ISSN 1210-1168. 20151102. Články dostupné z databáze TamTam: Beseda studentům pomohla lépe pochopit problémy lidí, kteří jsou upoutáni na invalidní vozík. Krkonošské noviny. 15. 6. 2000, s. 7. KOŠINOVÁ. Krkonoše bez bariér. Krkonoše. Jizerské hory. 2012, roč. 46, č. 10, s. 20-21. Pamatuji všude na vozíčkáře? Hradecké noviny. 25. 5. 2002, s. 6. PLECHÁČ, Tomáš. Překážek ve městech ubývá. I menší krkonošské obce se snaží odstraňováním bariér ulehčit život tělesně postiženým. Krkonošský deník. 27. 1. 2010, roč. 19, č. 22, s. 3.

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Oponent: Mgr. Josef Bernard, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně pod vedením vedoucího práce a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Trutnově dne 10. 4. 2018

.....
Roman Béla

Děkuji Mgr. Miroslavu Kapplovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji také své rodině za podporu a trpělivost při mém studiu.

Abstrakt

BÉLA, Roman. *Kvalita života vozíčkářů na Trutnovsku od roku 1985 do současnosti*. Hradec Králové, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Bakalářská práce je zaměřena na vývoj kvality života, jak jej vnímají lidé, kteří jsou dlouhodobě odkázáni na život s invalidním vozíkem vývoj kvality života od roku 1985 do současnosti. Počet osob, které disponují vrozeným či získaným zdravotním postižením, představuje přibližně 10 % z celkové populace v České republice. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak vnímají vozíčkáři vývoj kvality života od roku 1989 dosud, a to v oblastech zařízení a služeb, volnočasových aktivit, postoje veřejnosti k vozíčkářům a služeb a hmotné podpory státu. S využitím kvalitativního rozhovoru bylo provedeno 6 polostrukturovaných rozhovorů, jejichž cílem bylo zjištění vývoje kvality života ve všech sledovaných oblastech. Respondenti hodnotili vývoj ve všech oblastech jako pozitivní. Pozitivně bylo hodnoceno nejen proměna v postoji veřejnosti, ale zejména skutečnost, že v okolí jejich bydliště vznikla zařízení, která jsou schopna poskytnout pomoc při zajištění běžných úkonů, ale také vyřídit potřebné náležitosti tak, aby získali podporu, na kterou mají nárok. Celkově musím hodnotit, že bakalářská práce splnila svůj stanovený cíl.

Klíčová slova

vozíčkáři, kvalita života, bezbariérový přístup

Abstract

BÉLA, Roman. *Quality of life of wheelchairusers in Trutnov from 1985 to the present*. Hradec Králové, 2018. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

The bachelor thesis focuses on the development of quality of life as perceived by people who have long been reliant on wheelchair life to develop the quality of life from 1985 to the present. The number of people with congenital or acquired disabilities represents approximately 10% of the total population in the Czech Republic. The main goal of the bachelor thesis is to find out how wheelchair users perceived the development of quality of life since 1989 till nowadays in the area of equipment and services, leisure activities, public attitudes towards wheelchairs and services and material support of the state. Using a qualitative interview, 6 semi-structured interviews were conducted to determine the development of quality of life in all areas surveyed. Respondents rated development in all areas as positive. Positive was not only the change in the attitude of the public, but also the fact that in the vicinity of their residence there were facilities that are able to provide assistance in order to secure the usual actions, but also to arrange the necessary elements in order to obtain the support they are entitled to. Overall, I have to evaluate that the Bachelor's Thesis has fulfilled its stated goal.

Keyword

wheelchairs, quality of life, barrier-free access

Obsah

Seznam použitých zkratk	3
Úvod	4
1 Vozičkáři	6
1.1 Vozičkáři s vrozeným těžkým tělesným postižením	6
1.1.1 Dětská mozková obrna	6
1.1.2 Roztroušená skleróza	8
1.1.3 Progresivní svalová onemocnění	8
1.1.4 Vrozená těžká deformace těla a končetin	9
1.2 Vozičkáři se získaným těžkým tělesným postižením	9
1.3 Kvalita života	10
1.3.1 Kvalita života v ošetrovatelství	11
1.3.2 Rozdílnost přístupů ke kvalitě života	12
1.3.3 Kvalita života a subjektivní pohoda v oboru psychologie	13
2 Sociální politika	14
2.1 Nástroje sociální politiky	14
2.1.1 Zákony vztahující se k poskytování sociální péče	15
2.2 Typy sociálních služeb určených osobám se zdravotním postižením	16
2.2.1 Sociální poradenství	16
2.2.2 Služby sociální péče	16
2.3 Vývoj v oblasti sociálních služeb	18
2.3.1 Sociální služby v letech 1985 až 1990	18
2.3.2 Sociální služby v letech 1990 až 2000	18
2.3.3 Sociální služby v letech 2000 až 2007	19
2.3.4 Sociální služby v letech 2007 až 2018	20
3 Trutnov	21
3.1 Historie a současnost města	21
3.2 Sociální politika Trutnovska	21
3.3 Bezbariérové přístupy města Trutnov	23
4 Praktická část	24
4.1 Cíl výzkumu	24

4.2 Výzkumná strategie, operacionalizace	24
4.3 Výzkumný vzorek	29
4.4 Zpracování dat	29
4.4.1 Hledisko vývoje v oblasti zařízení a služeb určených vozíčkářům	31
4.4.2 Hledisko vývoje v oblasti volnočasových aktivit	32
4.4.3 Hledisko vývoje postoje veřejnosti k vozíčkářům	35
4.4.4 Hledisko vývoje v oblasti služeb a sociální podpory vozíčkářům	36
Závěr	39
Seznam tabulek	43

Seznam použitých zkratk

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DMO	dětská mozková obrna
QALY	Kvalita upravených let života
HRLoQ	Kvalita života související se zdravím
RS	remisní období

Úvod

Počet osob, které disponují vrozeným či získaným zdravotním postižením, představuje přibližně 10 % z celkové populace v České republice (Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020, 2015, s. 5). Osoby s těžkým zdravotním postižením, jež jsou nuceni využívat vozíček, představují významnou část osob zdravotně postižených. Z tohoto důvodu je nezbytné věnovat pozornost zvyšování kvality jejich života.

Kvalita života vozíčkářů se v průběhu let vyvíjela. Zásadní společenské změny, které proběhly v letech 1990 až 1993, s sebou přinesly změnu v postavení osob se zdravotním postižením. Došlo k přijetí prvních právních norem, které respektovaly specifika osob se zdravotním postižením. Byly vybudovány nová zařízení, jejichž účelem byla podpora osob se zdravotním postižením, zejména pak v oblastech sociálních služeb a školství. Díky společenskému a politickému uvolnění došlo k rozvoji občanských iniciativ (Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020, 2015).

Proces integrace zdravotně postižených do většinové společnosti pokračoval i na začátku 21. století, postupně byla veřejnosti otevírána diskuze týkající se problematiky osob se zdravotním postižením, díky čemuž docházelo k proměně vztahu veřejnosti ke skupině osob zdravotně postižených. V důsledku ekonomické krize po roce 2007 a s ní souvisejících tzv. úsporných balíčků došlo k určitému zpomalení procesu integrace. Toto s sebou neslo výraznější snížení podpory jak v oblasti dotační politiky, ale také restriktivní opatření v sociální oblasti, která byla realizována prostřednictvím tzv. sociálních reforem v roce 2012.

Bakalářská práce je zaměřena na vývoj kvality života, jak jej vnímají lidé, kteří jsou dlouhodobě odkázáni na život s invalidním vozíkem vývoj kvality života od roku 1985 do současnosti.

V praktické části této práce na základě osobních rozhovorů budou získány skutečné informace a reálné názory od osob, které jsou přibližně po dobu 30 let upoutány na invalidní vozík a mohou tudíž posoudit, jak se změnila kvalita života vozíčkářů od roku 1985 dosud. Ve výzkumném šetření je využita kvalitativní výzkumná strategie, technika polostrukturovaného rozhovoru.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak vnímají vozíčkáři vývoj kvality života od roku 1989 dosud, a to v oblastech zařízení a služeb, volnočasových aktivit, postoje veřejnosti k vozíčkářům a služeb a hmotné podpory státu.

Problematice dětí s tělesným a kombinovaným postižením se věnuje Zikl Pavel v knize Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole. Mezi hlavní témata se řadí léčebná rehabilitace ve škole, pomůcky pro děti s tělesným postižením, polohování a komplexní péče o dítě s tělesným a kombinovaným postižením.

Kvalitě života vozíčkářů se věnuje Jana Růžičková v bakalářské práci s názvem Kvalita života vozíčkářů. Obsahem bakalářské práce bylo zjišťování a hodnocení kvality života vozíčkářů, jež bylo realizováno v letech 2005 až 2007. Cílovou skupinou byli vozíčkáři paraplegici a tetraplegici, jež využívali vozíček již od útlého věku v důsledku vrozené vady či v důsledku úrazu či poranění.

S problematikou vozíčkářů úzce souvisí Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020, jeho účelem je systematicky a postupně řešit jednotlivé dílčí oblasti, které se bezprostředně dotýkají osob se zdravotním postižením s cílem zlepšení podmínek a kvality jejich života. Cílem Národního plánu je pokračování v podpoře a integraci osob se zdravotním postižením a naplňování článků dokumentu Úmluva o právech osob se zdravotním postižením.

Problematikou určenou osobám s poškozením míchy se zabývá publikace s názvem „Desatero moudrého vozíčkáře“, jejíž autorkou je Zdeňka Faltýnková. Publikace se mj. věnuje problematice důsledků a komplikací souvisejících s poškozením míchy, partnerství a rodičovství po poškození míchy, výběru a nastavení vozíku, pravidelné pohybové aktivitě ad.

Ačkoliv problematika osob se zdravotním postižením může působit dojmem, že spadá výlučně do působnosti zdravotnictví, sociálních věcí či zaměstnanosti, zdravotní postižení vzhledem k jeho charakteru, příčinám i nárokům, souvisejících s nutností specifických řešení, představuje celostní záležitost, která je z hlediska kompetencí záležitostí meziresortní (Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020, 2015).

1 Vozíčkáři

Kacanu (2001) definuje vozíčkáře jako lidi s postižením, kteří potřebují mechanický či elektrický ortopedický vozík k tomu, aby se mohli pohybovat. Tito lidé jsou nuceni vyrovnat se s omezenými možnostmi pohybu, zejména pak s architektonickými bariérami.

Vozíčkáři jsou zařazováni do skupin, podle příčiny vzniku jejich handicapu. Dělí se na vozíčkáře, jejichž těžké tělesné postižení je vrozené, získané např. dětskou mozkovou obrnou (DMO), degenerativním nervovým či nervosvalovým onemocněním a vrozenou těžkou deformací těla či končetin; dále na vozíčkáře, kteří těžké tělesné postižení získali v důsledku úrazu či onemocnění.

1.1 Vozíčkáři s vrozeným těžkým tělesným postižením

Do této skupiny se řadí vozíčkáři s dětskou mozkovou obrnou, degenerativním nervovým či nervosvalovým onemocněním či vrozenými těžkými deformacemi těla nebo končetin.

1.1.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (DMO) představuje poruchu řízení pohybu, která je vyvolaná poškozením nezralého mozku v prenatálním, či časně postnatálním období. Skutečnost, že jedinec trpí DMO, však vždy neznamená, že jeho rozumové schopnosti jsou sníženy. Skutečnost, zda a do jaké míry bude jedinec postižen, je odvislá od toho, která část mozku do jaké míry je poškozena. Při klasifikaci DMO je vycházeno zpravidla z klinického obrazu. Podle typu hybného postižení jsou rozlišovány různé formy DMO. Mezi nejčastější formy DMO se řadí spastické DMO, zahrnující diparetickou formu s různým stupněm postižení zejména dolních končetin.

Typické pro DMO je, že nedochází ke zhoršování postižení, naopak díky rehabilitaci může dojít ke zlepšení klinického stavu. Některé zvláštnosti DMO souvisí s nezralostí mozku dítěte. Pacientů postižených DMO v poslední době přibývá, což je způsobeno lepší lékařskou a novorozeneckou péčí, díky které přežívají jedinci, kteří v dřívějších obdobích v důsledku postižení mozku umírali. S DMO souvisí nejčastěji poruchy hybnosti, dále pak postižení smyslové, postižení intelektuální, epileptické a senzitivní záchvaty (Seidl, 2015. s. 143)

Většina postižených DMO se dožívá dospělého věku. Ačkoliv postižení DMO je v mnoha směrech omezující, nepředstavuje příčinu smrti. Péče o dospělé s DMO je rozptýlená a je

předpokládáno, že většina pacientů by ráda využívala **specializované poradenské centra**, které by disponovala odborníky několika oborů. Pro dětské pacienty postižené DMO již taková centra existují (Kraus, 2005, s. 90).

Většina pacientů kromě základních problémů, které souvisí s DMO trpí vertebrogenními problémy, a to v některých případech i velmi těžkými. Projevují se bolestmi nosných kloubů dolních končetin, ve starším věku zejména u žen pak problémy s udržení moči. Tito pacienti vyžadují po celý život protetickou péči (Kraus, s. 90).

Osoby postižení DMO mohou trpět zdravotními problémy ve formě hemiparetické, diparetické, kvadraparetické na bázi diparetické, dyskinetické.

Osoby postižené hemiparetickou formou DMO mohou mít buď pouze lehké jednostranné postižení, které je neomezující, či mohou trpět těžšími jednostrannými lézemi, u kterých často dochází k hemihypogenezím s následnými deformitami páteře. S touto těžší formou často souvisí výskyt epilepsie, jež vyžaduje celoživotní péči a mnohdy pacienta omezuje více, než vlastní postižení hybnosti. Oboustranná hemiparetická forma představuje zdravotně nejsložitější problém, se kterým je často spojeno postižení intelektu a epilepsie.

Diparetická forma představuje spíše výjimku. U této formy DMO jsou přetěžovány nosné klouby dolních končetin, pacienti často trpí vertebrogenními obtížemi v krční oblasti, zejména pak u pacientů využívajících francouzské hole. Časté jsou subluxe kyčelních kloubů, s přibývajícím věkem dochází k úbytku svalové hmoty, kterou nahrazují fixní vazivové kontraktury. Deformity vznikají zejména v oblasti dolních končetin.

S kvadraparetickou formou na diparetické fázi souvisí dysartrie, která může mít podobu od lehkých projevů až po praktickou ztrátu řečové komunikace. Není-li tato problematika léčená v dětství, představuje omezující faktor pacientů v dospělosti.

S dyskinetickými formami souvisí postižení orofaciální oblasti a potažmo i slovní komunikace, ačkoliv intelekt jedince může být zcela intaktní. Zde platí, stejně jako u kvadraparetické formy důležitost řešení problematiky řečové komunikace již v dětství. S tímto postižením souvisí vznik vertebrogenních obtíží. V důsledku abnormálních pohybů dochází k postižení svalového aparátu páteře, která pak trpí. Je-li pacient cíleně a odborně léčen, mohou být obtíže značně eliminovány (Kraus, 2005. s. 90).

1.1.2 Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza představuje onemocnění postihující zpravidla mozek, jež je nejdůležitějším systémem lidského těla. Důvodem vzniku roztroušené sklerózy je nahromadění lymfocytů v centrálním nervovém systému, v důsledku kterého dochází k poškození tukově-bílkovinného obalu nervů. Místa poškození lze zobrazit s využitím magnetické rezonance. Nemoc se projevuje slabostí v končetinách, obrnou a přechodnými poruchami vidění. Průběh RS je typický ataky a obdobími zklidnění nemoci, tzv. remisními obdobími. Nemoc nepostihuje žádné jiné orgány kromě mozku (Bartůňková, s. 66)

1.1.3 Progresivní svalová onemocnění

Svalová onemocnění (myopatie) představují projev dysfunkce kosterního a srdečního příčně pruhovaného svalstva. Jsou rozlišovány primární a sekundární svalová onemocnění.

Primární svalová onemocnění jsou heterogenní skupinou chorob, u kterých postupně degenerují svalová vlákna, jež jsou postupně nahrazována vazivem a tukem, jež nejsou funkčně plnohodnotné. Odlišnosti mohou být dle typu dědičnosti, ve frekvenci výskytu a v rozmanité etiologii, ve věku, kdy se objevují první obtíže, v oblasti distribuce svalových atrofií a zejména v rychlosti průběhu. Společná jsou pak kritéria klinická, která jsou dána klinickými příznaky a nálezy, které jsou typické pro tzv. myopatický syndrom.

Původ primárních svalových onemocnění, které jsou také označovány jako myogenní myopatie, spočívá přímo v samotném svalu. Z hlediska vrozenosti či získání onemocnění jsou častější myopatie získané. Primární svalová onemocnění lze rozdělit do dvou hlavních skupin, a to na degenerativní, jež jsou spojena s degenerací svalové hmoty a nedeGenerativní, jež jsou spojena s poruchou excitability (Rokyta a kol., s. 434).

Do skupiny dědičných degenerativních myopatií se řadí svalové dystrofie a metabolické myopatie, u kterých degenerují svalová vlákna. Do druhé skupiny se řadí onemocnění, kterých převážná většina je způsobena změnami v dráždivosti svalu. Zde se řadí myotonie a periodické paralýzy.

Všechny typy poruch svaloviny příčně pruhované jsou specifické následujícími funkčními a morfologickými změnami:

- svalová slabost, která může být ve formě paréz (omezené síly kontrakce) či plegie (nestáhnutí svalu), únavnosti či kontrakce zesílené, zvýšený tonus svalu až tuhnutí svalu,
- morfologické změny, a to buď atrofie či hypertrofie, spočívající v přeměně svaloviny v tuk či vazivo – dystrofie,
- svalové bolesti (Rokyta, 2015, s. 434).

Prvními subjektivními příznaky onemocnění je zhoršení samostatné chůze osoby do schodů či do kopce, neschopnost rychle utíkat, stále obtížnější vstávání s využitím horních končetin opírajících se o stehna ze země, později i ze židle (tzv. myopatický šplh). Progrese postižení hybnosti je různě rychlá, přičemž u některých pacientů dojde k trvalému upoutání na invalidní vozík. Objektivně je u pacientů s progresivním svalovým onemocněním objevuje symetrický pokles svalové síly, doprovázen progresující poruchou hybnosti, zasaženy jsou zejména proximální části končetin, dochází k nárůstu atrofie v oblasti pletencového svalstva, u některých forem je onemocnění doprovázeno pseudohypertrofiemi zejména svalstva na lýtkách, postupně vyhasínajícími šlachosvalovými a okosticovými reflexy a poruchami citlivosti. Počátek většiny onemocnění svalů je v dětském věku či v průběhu adolescence. Ve více než 50 % onemocnění svalů se jedná o progresivní svalové dystrofie (Havlová, 2002, s. 2-4).

1.1.4 Vrozená těžká deformace těla a končetin

Příčiny postižení spočívají v nemoci či úrazu matky v těhotenství, dále v dědičných vlivech, vlivech prostředí ad. Vrozené postižení je zřetelné ihned. Některé deformace mohou být díky včasnému nasazení vhodné léčby zmírněny či s využitím speciálních pomůcek vyrovnány, jiné se však mohou vlivem vývoje a růstu stupňovat.

1.2 Vozíčkáři se získaným těžkým tělesným postižením

Do této skupiny se řadí zejména sekundární svalová onemocnění, myopatie. Představují projev dysfunkce příčně pruhovaného kosterního i srdečního svalstva. Hlavní skupinou je poranění míchy.

Poranění míchy představuje nejzávažnější komplikaci, která souvisí s úrazem páteře. Jsou rozlišována primární a sekundární poranění míchy. S poraněním míchy souvisí funkční poruchy, jejichž specifikem je jejich vratnost. Jsou rozeznávány přerušení míchy úplné a neúplné.

Primární poranění míchy a míšních kořenů může nastat jako důsledek luxace či luxačních zlomenin obratlů, tříštivých či nestabilních zlomenin obratlů. Závažnost primárního poškození míchy je odvislá od typu poškození míchy. Jedná-li se o komoci páteřní míchy, jedná se o vratný stav, se kterým není spojeno trvalé poškození. Trpí-li pacient kontuzí páteřní míchy, zpravidla se také jedná o stav vratný, tzn., že poškození může být přechodného charakteru. Bezprostředně se projevují neurologické příznaky, které přetrvávají a jsou odvislé od rozsahu poškození míchy a jeho výškové lokalizace. Ke zhoršení příznaků může dojít v důsledku sekundárního poškození míchy. Je-li pacient postižen kompresí páteřní míchy, zpravidla se jedná o stav nevratný, který vzniká buď bezprostředně či sekundárně v důsledku tlaku hematomu či luxaci obratle (Kelnarová et al., 2013, s. 41).

K sekundárnímu poškození míchy dochází v důsledku následujících faktorů: hypotenze, edému míchy, posttraumatické ischemie či nestability kostních struktur (Kelnarová et al., 2013, s. 41).

Úrazy míchy představují nejčastější příčinu poškození míchy, a tím současně i centrální parézy či plegie míšního původu. Každý rok v České republice vznikne přibližně 150 nových poranění míchy, tzn., že připadá 1,5 poraněných na 100 tisíc osob. Tato skupina osob je specifická tím, že je zpravidla tvořena mladými osobami ve věku 15 až 35 let, kteří se stávají trvale těžce postižení, ačkoliv jejich intelekt nebyl poznamenán.

Poranění míchy je zpravidla spojeno s poraněním páteře, nejčastěji pak s frakturou páteře. Jedná se o dopravní úrazy (nejčastěji je postižen spolujezdec v autě), sportovní úrazy (způsobené skoky do vody či pády z výšek), pracovní úrazy, důsledky kriminálních činů či sebevražedných pokusů. Dle pohlaví jsou na 80 % postiženi muži, což je odvislé od charakteru úrazů. K poškození míchy obvykle dochází okamžitě, často se jedná o úplnou transverzální míšní lézi.

1.3 Kvalita života

Ačkoliv existuje velké množství kvantitativních výzkumů zacílených na problematiku kvality života, literatura, která se zabývá kvalitou života jako celostním pojmem, jež se nevztahuje ke konkrétní diagnóze, je poměrně skoupá (Křivohlavý, 2002).

Pojem kvalita života představuje aktuální pojem, kterým se zabývají rozsáhlé a dlouhodobé výzkumné projekty. Představuje spojující prvek širokých výzkumných týmů na území celého světa, problematickým aspektem je však skutečnost, že je užíván běžně bez toho, že by byl

specifikován jeho význam. Význam tohoto pojmu je však u různých aktérů zpravidla pouze předpokládán a není definován explicitně na počátku výzkumu.

Dnešní výklad pojmu kvalita života je podmíněn svou historií. Předmětem systematického zájmu vědců se pojem kvalita života začal být až během posledních dekád 20. století, kdy tomu pojmu začala být věnována pozornost, a to politická. Kvalitu života, jako nové sociologické téma popsali poprvé v 50. letech 20. století Galbraith (Společnost hojnosti) a Riesman (Osamělý dav) a tento pojem byl vnímán jako šance pro rozvoj americké společnosti, vůči které byly těmito autory vznášeny výhrady. Dufková a Linhart uvádí, že pojem kvalita života byl zaveden do politiky v 60. letech prezidenty Kenedym a Johnsonem prostřednictvím programů The Great Society a The Beautiful America. Pojmu kvalita života se nepřímou věnoval také Tofler v díle Šok z budoucnosti, kde uvedl, že státy, které jsou technologicky rozvinuté, budou muset v příštích letech vyčlenit rozsáhlé zdroje na zlepšení toho, co začalo být označováno jako kvalita života. Současně uvedl, že tento pojem není měřitelný, na rozdíl od ekonomických ukazatelů (Payne, Křížová, 2005).

1.3.1 Kvalita života v ošetrovatelství

Zájem o tematiku kvality života v ošetrovatelství narostl v průběhu posledních třech desetiletí. Databáze MEDLINE poprvé zaznamenala pojem kvalita života v roce 1975 v názvu vědecké práce (Padilla et al, 1992, s. 341). Padilla et al. (1992, s. 341) dále uvádí, že pojem kvalita života se v nejznámější ošetrovatelské databázi s názvem Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (dále jen CINAHL) objevil až v roce 1983. V roce 1985 bylo periodikem Advances of Nursing Science věnováno kvalitě života speciální vydání, které bylo zaměřeno na subjektivní a fenomenologickou perspektivu kvality života. Obsah pojmu se od tohoto období neustále vyvíjí, taktéž dochází k nárůstu publikací věnujících se tomuto pojmu. V roce 1999 již publikací bylo více než 12 tisíc, v roce 2004 pak více než 40 tisíc (PubMed home, 2010).

Kvalita života tudíž představuje pojem, který je těžko uchopitelný v důsledku komplexnosti a multidimenzionálnosti tohoto pojmu. Ačkoliv tento pojem působí na první pohled jednoduše, představuje současně latentní a nepozorovatelnou proměnnou, která může být popsatelná a měřitelná pouze zprostředkovaně. V oblasti ošetrovatelství, která s problematikou vozíčkářů úzce souvisí, se pojem kvality života posunul od konstruktů medicínského ke konstruktům multidimenzionálnímu psychologickému, který je často fragmentován vzhledem k jeho empirické uchopitelnosti a pozorovatelnosti (Grukova, 2011, s. 15).

Pojem kvalita života, jak je definován ve slovníku českého a slovenského jazyka, je vyjádřením jakosti a hodnoty. Elektronický lexikon slovenského jazyka (1999) a Tokárová (2002, s. 20) vymezuje dva významy pojmu kvalita života, a to:

- Jako normativní kategorii,
- Jako všeobecný výraz k označení specifických vlastností, charakteristik a atributů, které objekt odlišují od jiných objektů, bez zdůrazňování míry, v jaké jsou určité potřeby uspokojovány.

Kvalita nepředstavuje kategorii absolutní, ale relativní, neboť ji lze vyjádřit kvalitativními a kvantitativními indikátory. Zahrnuje tudíž současně proces hodnocení. Předmětem hodnocení je život, proto je nutno, aby byla zodpovězena otázka: Kvalita jakého života je hodnocena? Objektem hodnocení je zpravidla individuální život zahrnující jevy a činnosti, které charakterizují živý organismus v kontextu ošetrovatelství, jedná se tedy o lidského jednotlivce či osobu. Život jednotlivce je chápán jako komplexní pojem, zahrnující všechny projevy činnosti člověka. Dalším předmětem hodnocení může být život skupiny, společnosti či populace, kdy je hodnocena úroveň společnosti. (Gurková, 2011, s. 21). V kontextu ošetrovatelství je pak hovořeno například o kvalitě života pacientů vozíčkářů.

1.3.2 Rozdílnost přístupů ke kvalitě života

Vývoj kvality života lze sledovat ve třech základních kontextech, a to vývoj kvality života v kontextu věd sociálně-ekonomických, vývoj kvality života v kontextu zdravotnickém a vývoj kvality života v kontextu psychologickém.

Iniciace výzkumu kvality života spadá do 60. let a počátku 70. let 20. století, kdy iniciátorem byly sociální vědy. Kvalita života byla hodnocena zejména v kontextu stavu společnosti. Výzkumy byly zaměřeny na indikátory ekonomické a sociální (Džuka, 2004, s. 44).

Cummins et al (2006, s. 168) uvádí, že v 70. letech 20. století se v rámci ekonomických, sociálních a medicínských věd došlo k vytvoření třech rozdílných alternativních konceptualizací individuální kvality života, v důsledku čehož vznikly tři odlišné formy měření kvality života:

- Kvalita upravených let života (Quality-Adjusted Life Years, QALY), jež představoval společný produkt ekonomických a medicínských věd,

- Subjektivní pohoda (Subjective Well-Being, SWB), jež představoval produkt sociálních věd,
- Kvalita života související se zdravím (Health Related Quality of Life, HRLoQ), jež byl produkt věd medicínských.

Podle Cumminse et al. (2006, s. 173) je dále kvalita života je v oblasti zdravotní péče, vykonávaná prostřednictvím konstruktů HRLoQ a v sociálních vědách prostřednictvím konstruktů SWB.

1.3.3 Kvalita života a subjektivní pohoda v oboru psychologie

Vliv na definování kvality života v ošetrovatelství tedy měly psychologické přístupy (dle konstruktů SWB), tak přístupy aplikační medicínské (dle koncepce HRQoL).

SWB představuje originální psychologický pojem, který je aplikován v psychologických výzkumech kvality života. Šolcová a Kebza (2004, s. 21) uvádí, že je pojem SWB využíván pro hodnocení kvality života jako celku v oboru psychologie. V přístupech k SWB, stejně jako k pojmu kvalita života, se projevuje nejednoznačnost, rozdílnost až protichůdnost. Pojem je zpravidla vyjadřován opisně, ve vztahu, jaký má k pojmům příbuzným. V anglosaské literatuře se spojuje nejčastěji s pojmy, jako jsou spokojenost, štěstí, proudění, blaho apod.

V souvislosti s rozvojem pozitivní psychologie se do centra pozornosti dostává pojem pohoda (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000). Pojem pohoda je zaměřen na pozitivní aspekty lidské existence z hlediska osobnostních rysů, prožívání a zkušeností. Jedná se o komplexní pojem, který integruje tělesnou, sociální a psycho-spirituální dimenzi života.

Taktéž anglosaská terminologie používá pojem pohoda v jeho užším významu, kdy označuje pouze pohodu emocionální, resp. se je synonymem duševního zdraví (Haasová, 1999).

Podle Šolcové, Kebzy (2004, s. 21) se v české i ve slovenské terminologii pojem pohoda používá často ve smyslu pohody duševní; pro označení tělesné pohody jsou využívány pojmy, jako např. wellness či fitness.

Gurková (2011, s. 31) navrhuje, aby byl pro pojem pohoda používán ekvivalent osobní pohoda, který obsahuje veškeré dimenze, od psycho-spirituální, přes tělesnou až po sociální.

2 Sociální politika

Předmětem sociální politiky je to, co má být zachováno, uspokojeno či změněno. Nejčastěji se jedná o události v lidském životě, které člověk není schopen vlastními silami zvládnout, u kterých je sociální subjekt připraven klientovi pomoci zmírnit či odstranit příčiny, průvodní jevy či následky sociální události (Matoušek, 2001)

Hlavním posláním sociální politiky je tvorba důstojných podmínek pro život a zajištění rovných příležitostí pro všechny. Rovné příležitosti jsou zajišťovány v oblastech vzdělávání, pracovních příležitostí, bydlení, zdravotní péče, garantování dostatečného minimálního příjmu pro různé oblasti sociálních situací. Účelem je tvořit pozitivní podmínky pro to, aby se jedinci a sociální skupiny mohly vyvíjet. Musí být proto konkretizovány z hlediska času, formy a nákladu sociálních opatření. Jedním z hlavních cílů je, aby všem občanům státu byl zajištěn blahobyt, tzn. možnosti vzdělávat se, adekvátně bydlet, osobní bezpečí, zdravé výživy, odpočinku a možnosti cestovat.

Sociální program je prostředkem, způsobem a technikou, pro dosahování cílů. Výsledkem sociálního programu je konsenzus politických, vládních i nevládních orgánů. Sociální program je založen na propracované a schválené celkové koncepci a orientaci sociální politiky.

Při realizaci programu dochází ke kombinacím výdajů, kterým se občané snaží vyhnout, ale také možnost získat různé podpory, které se naopak občané snaží pro sebe získat v co nejvyšší míře (Knausová, 2007, s. 23).

Mezi aktéry sociální politiky se řadí: subjekty poskytující pomoc, kterými mohou být jak organizace, tak jednotlivci; tito mohou spadat do kategorie: státní, nestátní, tržní, netržní; dále pak objekty přijímající pomoc, kterými mohou být jednotlivci či skupiny.

Sociální politika je uskutečňována prostřednictvím **nástrojů** realizačního charakteru, kterými jsou: sociální příjmy, sociální služby, věcné dávky, sociální pomoc, účelové půjčky.

2.1 Nástroje sociální politiky

Nástroje sociální politiky představují prostředky, prostřednictvím kterých působí subjekt na sociální objekty. Prostředky jsou zpravidla peníze a pomoc, resp. dar či služba a právo resp. ochrana., dále pak zákazy a regulace (Matoušek, 2001).

2.1.1 Zákony vztahující se k poskytování sociální péče

S poskytováním sociální péče souvisí následující právní předpisy:

- Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře,
- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením,
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi,
- Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu,
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
- Listina základních práv a svobod,
- Úmluva o biomedicině
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod,
- Občanský zákoník.

Z hlediska péče o pacienty těžce tělesně postižené vymezuje základní institucionální pomoc a podporu zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon vymezuje povinnosti a práva poskytovatelů sociálních služeb. Upravuje podmínky, za kterých je poskytována pomoc a podpora fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (prostředkem pro poskytování podpory jsou sociální služby příspěvek na péči), podmínky, za kterých je vydáno oprávnění k poskytování sociálních služeb, dále pak předpoklady, které musí splnit subjekt, který chce vykonávat činnost v sociálních službách.

Účelem zákona o sociálních službách je poskytovat pomoc a podporu fyzickým osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci; prostředkem pro poskytování pomoci jsou sociální služby a příspěvek na péči. Podle § 37 zákona o sociálních službách osoby, které jsou v důsledku svého dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné fyzické osoby, disponují nárokem na příspěvek na péči, je-li splněna zákonem stanovená podmínka nazývaná posuzování závislosti (ÚZ, 2012). Zákon o sociálních službách rozlišuje tři druhy poskytovaných služeb, a to sociální poradenství služby sociální péče a sociální prevence.

2.2 Typy sociálních služeb určených osobám se zdravotním postižením

Osoby se zdravotním postižením mohou, na základě zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, využívat všechny tři druhy základních, a to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Na území města Trutnova působí následující registrovaní poskytovatelé sociálních služeb a subjekty, které zajišťují navazující služby pro osoby těžce zdravotně postižené:

2.2.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství je určeno osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci a potřebují informace k tomu, aby mohly tuto nepříjemnou situaci řešit. Sociální poradenství je rozdělováno na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Zatímco základní sociální poradenství představuje součást všech druhů sociálních služeb, sociální poradenství odborné je zaměřeno na vymezené potřeby sociálních skupin (může být např. zaměřeno na pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních zájmů, na začlenění do společnosti ad.). Služba sociálního poradenství je bezplatná. Klienti organizací poskytujících sociální odborné sociální poradenství mají možnost zapůjčit si za úhradu kompenzační pomůcky, kdy cena se odvíjí od platného ceníku poskytovatele (§ 37, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Poradenství je založeno na spolupráci mezi klientem a sociálním pracovníkem. Pomoc je rozvíjena na základě přání klienta, jejím účelem je rozvoj vlastních možností klienta k dosažení cílů. Sociální pracovník v průběhu rozhovoru s klientem pomáhá klientovi najít nejefektivnější možnosti, čerpá ze zásobníku rad a návodů; klienta se snaží navést, aby sám navrhl řešení cesty, klient taktéž zůstává sám posuzovatelem užitečnosti (Úlehla, 2009).

2.2.2 Služby sociální péče

Účelem služeb sociální péče je napomoci osobám, aby disponovaly soběstačností po fyzické a psychické stránce, umožnit těmto osobám co největší míru zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy je toto zapojení vyloučeno stavem těchto osob, zajistit těmto osobám důstojné zacházení a prostředí (§ 38, zákon o sociálních službách). Mezi služby sociální péče se řadí např. pečovatelská služba, domov se zvláštním režimem, osobní asistence, denní stacionář, odlehčovací péče a péče respitní.

Do služeb sociální péče se řadí osobní asistence, služby průvodcovské, služby předčitatelské podpora samostatného bydlení, denní a týdenní stacionáře, centra denních služeb domovy pro osoby se zdravotním postižením a v neposlední řadě chráněné bydlení (Zákon č. 108/006 Sb. o sociálních službách).

Osoby se zdravotním postižením mohou taktéž využívat pečovatelské služby. Osobám, které pečují celodenně o postižené, jsou určeny služby odlehčovací, jejichž cílem je osobám pečujícím postižené fyzické osobě umožnit nezbytný odpočinek. Cílovou skupinou pečovatelské služby jsou primárně senioři, ale služeb mohou využít také osoby se zdravotním postižením, vyžaduje-li to situace. Služba je poskytována ve vymezeném čase v domácnostech klientů a v zařízeních sociálních služeb. Disponuje nabídkou jednotlivých úkonů, které jsou vymezené, ze kterých si klient vybere pouze ty úkony, ve kterých potřebuje pomoc. Průvodcovské a předčitatelské služby jsou poskytovány terénně či ambulantně, cílovou skupinou těchto služeb jsou osoby se sníženou schopností komunikace; jejich účelem je pomoc při vyřizování osobních záležitostí těchto osob. Chráněné bydlení představuje pobytovou službu, jejíž cílovou skupinou jsou osoby se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. V chráněném bydlení mohou klienti využít služby osobního asistenta, který dohlíží na činnost klientů a podporuje jejich samostatnost.

V oblasti sociální prevence mohou osoby se zdravotním postižením využít institutu rané péče, sociálně aktivizačních služeb určených rodinám s dětmi, sociálně aktivizačních služeb a terapeutických dílen (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Raná péče je určena zdravotně postiženým dětem do 7 let věku a jejich rodičům. Jedná se o službu poskytovanou terénně a ambulantně, jejímž cílem je podpora vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby a podporu rodiny dítěte. Cílovou skupinou klientů sociálně terapeutických dílen jsou osoby, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu zdravotního postižení a jejichž zdravotní postižení znemožňuje pracovní uplatnění na otevřeném trhu práce. Úkolem sociálně terapeutických dílen je dlouhodobě a pravidelně podporovat posilování dovedností a pracovních návyků s využitím sociálně pracovní terapie. V rámci této služby je klientům poskytována pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc v rámci osobní hygieny, je poskytována strava či pomoc při zajištění stravy, je poskytováno ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, osoby jsou podporovány při vytváření a zdokonalování základních pracovních dovedností a návyků.

Sociální pracovníci by měli v rámci přístupu k osobám se zdravotní postižením přistupovat jako k osobám, jež jim jsou rovny. S dospělými lidmi s mentálním postižením by měli pracovníci jednat jako s lidmi dospělými (Matoušek, 2005, s. 113).

2.3 Vývoj v oblasti sociálních služeb

Sociální služby představují nedílnou součást aktivit státu, státní samosprávy a nestátních subjektů. Jejich cílem je umožnit všem občanům, aby se podíleli na životě ve společnosti a nebyli sociálně vyloučeni.

Hlavní mezníky vývoje v oblasti sociálních služeb představoval pád komunistického režimu v roce 1989, dále pak rok 2006, kdy vstoupil v platnost zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

2.3.1 Sociální služby v letech 1985 až 1990

V období před rokem 1990 byla většina zdravotně postižených osob zavírána do ústavů, umístěných často daleko od civilizace. Zdravotně postižení byli odsuzováni na okraj společnosti, neboť se nepředpokládalo, že by se osoby tělesně a mentálně postižené mohly podílet plněji na životě běžné společnosti a volně se pohybovat na veřejnosti.

Již v předškolním věku byly děti vyjímány z rodiny, kdy cílem bylo zajištění odborné péče ve speciálním zařízení. Přelom 80. a 90. let 20. století je charakteristický přesvědčováním rodičů ze strany lékařů aby své dítě umístili do ústavu. Nejednalo se o příkaz, ale na člověka, který doporučení lékařů neuposlechl a své dítě si nechal doma, bylo nahlíženo lékaři a společností jako na někoho, kdo jedná sám proti sobě, ale i proti společnosti.

2.3.2 Sociální služby v letech 1990 až 2000

V 90. letech 20. století prošel systém sociálních služeb důležitými změnami. Počátkem 90. let 20. století se situace začala pomalu lepší. Zásadní společenské změny, jež proběhly v letech 1990 až 1993 přispěly k proměně postavení osob se zdravotním postižením.

Došlo k přijetí prvních právních norem, které respektovaly práva osob se zdravotním postižením a k vybudování mnoha zařízení v oblasti sociálních služeb a školství, jejichž účelem byla podpora osob se zdravotním postižením. Sociální služby určené zdravotně postižených se postupně rozvíjely, ačkoliv pomalým tempem. Vznikaly nové služby s charakterem chráněného prostředí, nejčastěji se jednalo o stacionáře a chráněné dílny. Lidé

se přestávali stydět za to, že pracují s tělesně a mentálně postiženými a za to, že jsou s postiženým na veřejnosti.

Usnesením vlády České republiky č. 151 (ze dne 8. 5. 1991) došlo ke zřízení Vládního výboru pro zdravotně postižené občany a k přijetí prvního Národního plánu pro pomoc osobám se zdravotním postižením. Postupně docházelo ke vzniku občanských sdružení osob se zdravotním postižením.

Dále docházelo k budování bezbariérových chodníků, děti na invalidních vozících začaly navštěvovat základní školy běžného typu.

Střihavková (2007) uvádí, že v přístupu k postiženým jedincům byla zaznamenána zřetelná snaha o humanizaci. Ve srovnání s minulostí je kladen důraz na morální rovnost všech jedinců, jsou respektovány psychosociální souvislosti syndromu a snaha o maximální možnou integraci zejména mentálně retardovaných jedinců do běžného života.

Nezbytným předpokladem pro to, aby mohly zdravotně postižené děti vyrůstat v rodině, je podpora a pomoc těmto rodinám od společnosti prostřednictvím sociálních dávek, dalších výhod a kvalitní nabídkou sociálních služeb.

V důsledku procesu transformace sociálních služeb, měly obce a nestátní neziskové organizace od 1. července 1990 možnost zapojit se do poskytování sociálních služeb. Začaly být nahrazovány staré nevyhovující objekty za moderní zařízení (Průša, 2006, s. 4). Mezi služby sociální péče před rokem 2007 patřily ústavní sociální péče, péče v ostatních zařízeních sociální péče, pečovatelská služba a stravování, výchovná a poradenská péče. Ústavy začaly být nahrazovány denními stacionáři. Došlo ke změně přístupu sociálních pracovníků ke klientům sociálních služeb tak, že se k těmto klientům začalo chovat s větší úctou.

2.3.3 Sociální služby v letech 2000 až 2007

První dekáda 21. století byla charakteristická postupným otevíráním veřejnosti diskuzí věnujících se problematice osob se zdravotním postižením, což přispělo k proměně vztahů veřejnosti k osobám zdravotně postiženým. Díky častější prezentaci problematiky zdravotního postižení na veřejnosti a v médiích, docházelo ke snižování předsudků a diskriminace a naopak byla podporována tvorba postojů založených na rovnoprávném přístupu. Problematika

osob se zdravotním postižením byla řešena a diskutována na mnoha úrovních (Národní plán podpory rovných příležitostí na období 2015-2020, s. 7).

2.3.4 Sociální služby v letech 2007 až 2018

Od 1. ledna 2007 systém sociálních služeb v České republice začal spadat pod právní úpravu **zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Zákon o sociálních službách představoval revoluci v oblasti koncepce sociálních služeb, v oblastech definování základních oblastí (např. pojmů kvalita, kvalifikace pracovníků, kontrola) ve způsobu financování sociálních služeb. Došlo k **zavedení příspěvku na péči**, jehož účelem bylo, aby osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby si mohly zajistit potřebnou pomoc. Došlo ke **změně vztahu poskytovatele a příjemce sociální služby**. Služby jsou poskytovány na základě smluvního vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem. Podmínkou poskytovatelů je registrace u místně příslušného krajského úřadu. Podmínky poskytovatelů všech sociálních služeb jsou ze zákona stejné.

V důsledku ekonomické krize a s ní souvisejícími tzv. úspornými balíčky došlo k určitému zpomalení procesu integrace. V oblasti dotační politiky došlo k výraznějšímu snížení podpory, byla omezena stavební činnost zaměřená na budování bezbariérových přístupů a došlo k pozastavení státní podpory určené k pořizování bezbariérových a nízkopodlažních vozidel ve veřejné dopravě. Přímo osob se zdravotním postižením a jejich rodin se dotkly restriktivní opatření v sociální oblasti, jež byly realizovány v rámci tzv. sociální reformy v roce 2012.

3 Trutnov

3.1 Historie a současnost města

První zmínky o městě Trutnov pocházejí z roku 1260, kdy listina Idíka z Úpy z rodu Švábeniců dokládá, že věnoval některý z majetků zderazským křižovníkům. Město Úpa představovalo původní název nynějšího Trutnova. Rod Švábeniců, který okolo roku 1250 založil Úpu (tzn. Trutnov) začal již dříve kolonizovat celé Trutnovsko. Rod Švábeniců si však majetky podržel pouze do konce století. V roce 1399 zapisuje Václav IV. Trutnovský kraj včetně měst Trutnov a Dvůr Králové své manželce Žofii. Trutnov se od roku 1400, kdy je Žofie korunována stává královským věnným městem. Historie města jako věnného města českých královen končí v roce 1559, kdy si rada o obec města Trutnova znovu kupují panství a důležitá práva (Čapek (online), 2016).

3.2 Sociální politika Trutnovska

Výkon činností v oblasti sociální péče a služeb v souladu s příslušnými právními předpisy a v souladu s vnitřními předpisy města Trutnov v samostatné i přenesené působnosti zajišťuje odbor sociálních věcí. Do náplně činnosti odboru spadá mj. výkon zřizovatelských funkcí, řízení příspěvkových organizací, které jsou zřizovány městem (např. Stacionáře mezi mosty Trutnov), po metodické stránce, koordinace sítě poskytovatelů sociálních služeb ve správním obvodu (Rejl /online/, 2018).

Odborné sociální poradenství v Trutnově a jeho okolí poskytují následující instituce:

- **Pečovatelská služba Trutnov** je mj. poskytovatelem terénní pečovatelské služby osobám se zdravotním postižením. Dále pak poskytuje služby rodinám s dítětem/děťmi a seniorům.
- **Oblastní charita Trutnov** představuje poskytovatele terénní pečovatelské a ošetrovatelské služby, asistenci poskytuje mj. osobám s jiným zdravotním postižením.
- **Stacionář pro zdravotně oslabené a tělesně postižené** je poskytovatelem ambulantních sociálních služeb, které jsou poskytovány v denním stacionáři mj. osobám s tělesným postižením, které nejsou trvale upoutány na lůžko a osobám s kombinovaným postižením mentálním a tělesným.
- **Ambeat Health Care a.s.**, Sanatorium Trutnov je poskytovatelem lůžkové, ošetrovatelské, rehabilitační péče a sociálních lůžek, komplexní následné péče.

- **Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s.** – regionální pracoviště Trutnov představuje poskytovatele odborného sociálního poradenství, sociálně aktivizačních služeb pro osoby se zdravotním postižením (a pro seniory), půjčuje rehabilitační a kompenzační pomůcky.
- **Klub vozíčkářů Trutnov – BUKOVINKA, o.s.** představuje provozovatele klubové činnosti, zájmových aktivit pro vozíčkáře i pro osoby s jiným tělesným či psychickým handicapem.

Mezi neziskové organizace, určené zdravotně postiženým se ve městě Trutnov a okolí řadí:

Malý princ, agentura pro komplexní péči o zdravotně postižené, která nabízí komplexní péči o zdravotně postižené, možnosti účastnit se terapeutické a zájmové činnosti, kulturní vyžití. Zdravotně postižení se mohou zúčastnit rekondičních pobytů, programů pro rodiče s dětmi. Nezisková organizace v neposlední řadě zdravotně postiženým pomáhá při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., Horská 5, Trutnov, Střední Předměstí. Cílem organizace je sdružovat osoby se zdravotním postižením, zejména tělesným; hájit potřeby a zájmy osob se zdravotním postižením a seniorů. Cílové skupině klientů je poskytováno odborné sociální poradenství. Organizace dále zajišťuje cvičení, rehabilitační pobyty, plavání zdravotně postižených.

Liga vozíčkářů je nezisková organizace, která od roku 1990 pomáhá, aby postižení překonávali bariéry, které v důsledku svého handicapu mají. Mottem Ligy vozíčkářů je inspirovat a podporovat handicapované osoby k tomu, aby byly co nejvíce samostatné, neboť každý jedinec má svůj potenciál. Ve městě Trutnov působí **Klub vozíčkářů**, na adrese Úpická 146, 541 01, Trutnov.

Stacionář mezi mosty Trutnov, Náchodská 359, Trutnov je rozdělen na 3 oddělení. Oddělení A je určeno osobám, které jsou mentálně či kombinovaně (mentálně a tělesně) postiženy, jež jsou starší 18 let a pochází z Trutnova a okolí. Z hlediska samostatnosti tyto osoby vyžadují menší míru podpory v oblasti zajišťování denních záležitostí. Oddělení B je určeno osobám, které jsou postiženy mentálním a kombinovaným postižením, jež jsou starší 18 let a jež vyžadují, aby jim byla poskytována větší míra pomoci v oblasti zajišťování běžných denních záležitostí. Oddělení C je určeno osobám nad 55 let, které jsou postiženy

chronickým duševním postižením a pro seniory nad 65 let, kteří jsou z Trutnova a jeho okolí (Stacionář mezi mosty Trutnov, 2018).

3.3 Bezbariérové přístupy města Trutnov

Město Trutnov při rekonstrukci chodníků dbá na to, aby byly přechody bezbariérové, proto je prakticky celé centrum města Trutnov přístupná bezbariérově.

Bezbariérový přístup umožňuje navštěvovat zařízení, jako jsou například kavárny, restaurace, bary také návštěvníkům, kteří jsou tělesně postiženi. V případě těchto zařízení vozíčkáři nemusí překonávat schody u vstupu, úzké dveře a úzké vstupy do restaurací a nedostatek místa pro kolečkové křeslo u jídelního stolu. Mezi restaurace, které jsou ve městě Trutnov bezbariérové, patří: restaurace Na vidličce, restaurace Master Burger, restaurace Pod Hradem, Hostinec Dvoračka, restaurace City ([hunter.cz /online/](http://hunter.cz/online/), 2018).

4 Praktická část

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak vnímají vozíčkáři vývoj kvality života od roku 1989 dosud, a to v oblastech zařízení a služeb, volnočasových aktivit, postoje veřejnosti k vozíčkářům a služeb a sociální podpory státu.

Hlavní cíl je rozdělen do 4 dílčích cílů.

- Dílčím cílem č. 1 je popsat, jak vozíčkáři hodnotí vývoj v oblasti **zařízení a služeb** z hlediska jejich rozmanitosti a množství.
- Dílčím cílem č. 2 je popsat, jak vozíčkáři hodnotí vývoj v oblasti **volnočasových aktivit** z hlediska jejich rozmanitosti, množství a přístupnosti.
- Dílčím cílem č. 3 je popsat, jak vozíčkáři hodnotí vývoj **postoje veřejnosti** k vozíčkářům.
- Dílčím cílem č. 4 je popsat, jak vozíčkáři hodnotí vývoj v oblasti **služeb a sociální podpory**, které jsou poskytovány v rámci sociální politiky státu.

Proměnnou je kvalita života od roku 1985 dosud.

Proměnná „kvalita života od roku 1985 dosud“ je rozložena na dílčí ukazatele, kdy u každého je určen indikátor.

4.2 Výzkumná strategie, operacionalizace

Výzkumné šetření bude realizováno prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Nástrojem budou polostrukturované rozhovory s narativními prvky. Respondent byl podněcován k volnému vyprávění, zbytečně nebyl přerušován a do vyprávění nebylo zasahováno, tazatel se ptal pouze na části, které nebyly srozumitelné nebo při žádosti o vysvětlení.

Podle Miovského (2006) má polostrukturovaný rozhovor zejména předem vytvořit určité, předem závazné schéma pro výzkumníka. Schéma vymezuje okruh pokládaných otázek. Tazatel přitom vycházel z připravených otázek, tvořících jádro rozhovoru.

V souladu s cílem výzkumného šetření byl polostrukturovaný rozhovor zaměřen zejména na vnímání dlouhodobého vývoje (od roku 1989) kvality života vozíčkářů.

Polostrukturovaný rozhovor byl rozdělen do **4** okruhů:

- A) vývoj v oblasti zařízení a služeb určených vozíčkářům,
- B) vývoj v oblasti volnočasových aktivit,
- C) vývoj postoje veřejnosti,
- D) vývoj poskytovaných služeb a hmotné podpory z hlediska sociální politiky státu.

Tazatelské otázky:

A) Oblast zařízení a služeb určených vozíčkářům

- TO1 Jaká byla nabídka v oblasti zařízení a služeb pro vozíčkáře v letech 1985 - 1989?
- TO2 Jaká byla nabídka v oblasti zařízení a služeb pro vozíčkáře v letech 1990 - 1999?
- TO3 Jaká byla nabídka v oblasti zařízení a služeb pro vozíčkáře v letech 2000 - 2009?
- TO4 Jaká byla nabídka v oblasti zařízení a služeb pro vozíčkáře v letech 2010 až dosud?
- TO5 Jaké zařízení určené vozíčkářům využíváte? (bezbariérové bydlení, Klub vozíčkářů, ad.)
- TO6 Jaké služby určené vozíčkářům využíváte? (speciální taxi, osobní asistence, ad.)
- TO7 Jak jste se o službě/zařízení dozvěděl?
- TO8 Jak dlouho ji/ho využíváte?
- TO9 Jak jste spokojený/á?

B) Oblast volnočasových aktivit

- TO10 Jaké byly možnosti v oblasti volnočasových aktivit pro vozíčkáře v letech 1985 -1989?
- TO11 Jaké byly možnosti v oblasti volnočasových aktivit pro vozíčkáře v letech 1990 – 1999?
- TO12 Jaké byly možnosti v oblasti volnočasových aktivit pro vozíčkáře v letech 2000 – 2009?
- TO13 Jaké byly možnosti v oblasti volnočasových aktivit pro vozíčkáře v letech 2010 až dosud?

TO14 Navštívujete nějaká sportovní/kulturní zařízení?

TO15 Jak dlouho?

TO16 Jak často?

TO17 Jak jste se o zařízení dozvěděl?

TO18 Jak jste spokojen/a?

C) Oblast postoje a přístupu veřejnosti k vozíčkářům

TO19 Jak jste pociťoval/a postoj veřejnosti k vozíčkářům před revolucí (v 80. letech 20. století)?

TO20 Jak jste pociťoval/a postoj veřejnosti k vozíčkářům po revoluci, tj. v 90. letech 20. století?

TO21 Jak jste pociťoval/a postoj veřejnosti k vozíčkářům v letech 2000 - 2010?

TO22 Jak hodnotíte postoj veřejnosti k vozíčkářům od roku 2011 dosud?

D) Oblast služeb a hmotné podpory z hlediska sociální politiky státu

TO23 Jak hodnotíte sociální politiku státu v oblastech poskytovaných služeb a hmotné podpory před revolucí (v 80. letech 20. století)?

TO24 Jak hodnotíte sociální politiku státu v oblastech poskytovaných služeb a hmotné podpory po revoluci (v 90. letech 20. století)?

TO25 Jak hodnotíte sociální politiku státu v oblastech poskytovaných služeb a hmotné podpory na počátku 21. století, tj. v letech 2000 – 2010?

TO26 Jak hodnotíte sociální politiku státu v oblastech poskytovaných služeb a hmotné podpory v posledním desetiletí, tj. od roku 2011 až dosud?

Tabulka 1 Operacionalizace hlavního cíle

Hlavní cíl	Dílčí cíl	Konkrétní tazatelské otázky
Jak vnímají vozičkáři vývoj kvality života od roku 1989 dosud.	1. Popsat, jak vozičkáři hodnotí vývoj v oblasti zařízení a služeb z hlediska jejich rozmanitosti a množství.	TO1 Jaká byla nabídka v oblasti zařízení a služeb pro vozičkáře v letech 1985 - 1989?
		TO2 Jaká byla nabídka v oblasti zařízení a služeb pro vozičkáře v letech 1990 - 1999?
		TO3 Jaká byla nabídka v oblasti zařízení a služeb pro vozičkáře v letech 2000 - 2009?
		TO4 Jaká byla nabídka v oblasti zařízení a služeb pro vozičkáře v letech 2010 až dosud?
		TO5 Jaké zařízení určené vozičkářům využíváte? (bezbariérové bydlení, Klub vozičkářů, ad.)
		TO6 Jaké služby určené vozičkářům využíváte? (speciální taxi, osobní asistence, ad.)
		TO7 Jak jste se o službě/zařízení dozvěděl?
		TO8 Jak dlouho ji/ho využíváte?
		TO9 Jak jste spokojený/á?
	2. Popsat, jak vozičkáři hodnotí vývoj v oblasti volnočasových aktivit z hlediska jejich rozmanitosti, množství a přístupnosti.	TO10 Jaké byly možnosti v oblasti volnočasových aktivit pro vozičkáře v letech 1985 -1989?
		TO11 Jaké byly možnosti v oblasti volnočasových aktivit pro vozičkáře v letech 1990 – 1999?
		TO12 Jaké byly možnosti v oblasti volnočasových aktivit pro vozičkáře v letech 2000 – 2009?
		TO13 Jaké byly možnosti v oblasti volnočasových aktivit pro vozičkáře v letech 2010 až dosud?
		TO14 Navštěvujete nějaká sportovní/kulturní zařízení?
		TO15 Jak dlouho?
		TO16 Jak často?
		TO17 Jak jste se o zařízení dozvěděl?
		TO18 Jak jste spokojen/a?

3. Popsat, jak vozíčkáři hodnotí vývoj postoje veřejnosti k vozíčkářům.	TO19 Jak jste pociťoval/a postoj veřejnosti k vozíčkářům před revolucí (v 80. letech 20. století)?
	TO20 Jak jste pociťoval/a postoj veřejnosti k vozíčkářům po revoluci, tj. v 90. letech 20. století?
	TO21 Jak jste pociťoval/a postoj veřejnosti k vozíčkářům v letech 2000-2010?
	TO22 Jak hodnotíte postoj veřejnosti k vozíčkářům od roku 2011 dosud?
4. Popsat, jak vozíčkáři hodnotí vývoj v oblasti služeb a sociální podpory, které jsou poskytovány v rámci sociální politiky státu.	TO23 Jak hodnotíte sociální politiku státu v oblastech poskytovaných služeb a hmotné podpory před revolucí (v 80. letech 20. století)?
	TO24 Jak hodnotíte sociální politiku státu v oblastech poskytovaných služeb a hmotné podpory po revoluci (v 90. letech 20. století)?
	TO25 Jak hodnotíte sociální politiku státu v oblastech poskytovaných služeb a hmotné podpory na počátku 21. století, tj. v letech 2000 – 2010?
	TO26 Jak hodnotíte sociální politiku státu v oblastech poskytovaných služeb a hmotné podpory v posledním desetiletí, tj. od roku 2011 až dosud?

4.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek bude zahrnovat 6 osob, které jsou minimálně 30 let odkázány na využití invalidního vozíku. Podmínka 30 let využívání invalidního vozíku vychází z předpokladu, že pouze takto dlouho odkázané osoby na využití invalidního vozíku mohou posoudit vývoj ve sledovaných oblastech.

Výběr vhodných respondentů bude proveden s využitím informací o vhodných respondentech ze zařízení, jež poskytuje komplexní služby vozíčkářům. Takto vtipované osoby budou osločovány s žádostí o rozhovor.

Bude jim představen účel rozhovoru, budou informováni o oblastech, na které budou dotazováni a o časové náročnosti rozhovoru a taktéž budou informováni o skutečnosti, že veškeré poskytnuté informace budou vyhodnoceny anonymně. Za tímto účelem budou v rámci bakalářské práce uvedena pozměněná jména respondentů.

4.4 Zpracování dat

Šetření se účastnilo šest osob se zdravotním postižením, vozíčkáři. Z hlediska pohlaví se jednalo o 4 muže a 2 ženy. Z hlediska vrozenosti postižení se jednalo o 3 respondenty s vrozeným postižením a o 3 respondenty s postižením získaným.

Prvním respondentem byl Petr, jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, již 5 let pracuje v místní knihovně na pozici knihovníka. Petr má postižené dolní končetiny, horní končetiny ovládá. Je upoután na invalidní vozík. Jeho postižení je získané, a to v důsledku autonehody. Petr bydlí v bezbariérovém bytě.

Druhým respondentem byl Josef, je kvadruplegik, tzn., že je postižen na všechny čtyři končetiny, jeho postižení je vrozené. Nejvyšším dosaženým vzděláním je vzdělání základní. Tento respondent v minulosti nepracoval, neboť mu to neumožňoval jeho zdravotní stav. Respondent pobírá plný invalidní důchod.

Třetí respondentkou byla Marie, je postižena dětskou mozkovou obrnou. Jedná se tedy o vrozené tělesné postižení. Postižena je na dolní končetiny, horní končetiny částečně ovládá. Jedná se tedy o diaparetickou formu, její intelekt není postižen.

Marie vyrůstala od 13 let v ústavu sociální péče, kde navázala spoustu přátelství s ostatními postiženými dětmi. Marie v důsledku svého postižení nikdy nepracovala, je vyučena v učebním oboru bez maturity.

Čtvrtým respondentem byl Karel, kterému je 49 let. Ve 20 letech utrpěl v důsledku autonehody úraz míchy. V důsledku poranění míchy je respondent paraplegikem, je tedy odkázaný na využití invalidního vozíku. Karel stačil před úrazem dokončit gymnázium, dále již po úraze ve studiu nepokračoval. Karlovým velkým zájmem jsou počítače a informační technologie. Před cca 5 lety absolvoval bezplatný kurz na správce počítačových sítí a v současné době pracuje ve firmě zabývající se informačními technologiemi.

Pátou respondentkou byla Dana. Trpí vrozenou těžkou deformací těla a končetin. Je upoutána na invalidní vozík, neovládá ani horní ani dolní končetiny. Je zcela odkázána na pomoc okolí. V důsledku svého postižení Dana absolvovala pouze základní vzdělání, a to na speciální škole pro zdravotně postižené. Dana nikdy v životě nepracovala.

Šestým respondentem byl Rostislav, kterému je 60 let. Ve věku 18 let si Rostislav skokem do vody poranil míchu. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, je vyučen bez maturity. Navzdory ke svému postižení, kdy je schopen ovládat pouze své horní končetiny, se vždy snažil pracovat. Protože se velmi zajímá o elektroniku, využil svého vyučení a od 90. let podniká, kdy opravuje elektrická a elektronická zařízení, jako jsou vysavače, televizory, v posledních letech začal opravovat i počítače a notebooky.

Šetření bylo zaměřeno na zjištění vývoje kvality života respondentů, a to od roku 1985 do současné doby. Vzhledem ke skutečnosti, že s kvalitou života úzce souvisí dostupnost zařízení a služeb pro osoby se zdravotním postižením, ale také hmotná podpora pro tyto osoby a vztah veřejnosti k osobám zdravotně postižením, šetření kladlo důraz na popis vývoje v těchto oblastech.

4.4.1 Hledisko vývoje v oblasti zařízení a služeb určených vozíčkářům

Účelem bylo zhodnotit, jak se vyvíjela nabídka v oblasti zařízení a služeb určených vozíčkářům. Pro období 80. let respondenti udávají, že byla nabídka zařízení a služeb pro vozíčkáře spíše malá (Petr, Dana, Rostislav, Marie a Karel), pouze Josef ohodnotil nabídku před rokem 1989 jako velmi dobrou. Petrovi se nelíbí, že zdravotně postižení byli před rokem 1989 umístěni odděleně od většinové společnosti, uvádí: *„Když jsem byl malý, byl jsem umístěn v zařízení, které bylo určené pro zdravotně postižené ... chyběl mi kontakt s rodiči a běžný rodinný život...“*

Období devadesátých let 20. století je respondenty hodnoceno převážně jako velmi dobré, nabídka zařízení a služeb pro vozíčkáře se značně rozšířila. Podle Josefa: *„...po pádu komunismu došlo ke zlepšení měl jsem více možností, kam jsem mohl chodit.“*

Období po roce 2000 je respondenty hodnoceno z hlediska nabídky zařízení a služeb určených vozíčkářům jako velmi dobré. Respondenti udávají, že nabídka byla široká, Nejvíce ocenili, že vznikly zařízení jako Klub vozíčkářů nebo Stacionář mezi Mosty. Petr uvádí: *„Po roce 2000 vznikl Svaz tělesně postižených v Trutnově. Do svazu chodím od jeho vzniku, svaz nám zajišťuje rehabilitační cvičení i pobyty. Je to tam super.“* Josef velice oceňuje, že existuje terénní Pečovatelská služba Trutnov. Uvádí: *„Pomáhají mi uklidit domácnost, v základní hygieně, donést oběd, prostě skoro všechno. Jsem moc spokojený.“*

Další otázky v oblasti zařízení a služeb byly zaměřeny na to, jaké zařízení a služby respondenti využívají, jak se o službě dozvěděli, jak dlouho je využívají a jak jsou spokojeni.

Z hlediska zařízení a služeb, které jsou určeny vozíčkářům, respondenti využívají Svaz tělesně postižených v Trutnově (2 respondenti: Petr a Karel), Klub vozíčkářů v Trutnově (2 respondenti: Josef a Rostislav), Stacionář mezi Mosty v Trutnově (2 respondenti: Marie a Dana). Stacionář mezi Mosty v Trutnově využívají zejména respondenti, jejichž tělesné postižení je vážnější. Neboť pracovníci Stacionáře jsou

klientům schopni pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně i v rámci poskytování stravy.

Shrnutí dílčího cíle č. 1

Respondenti hodnotili vývoj v oblasti zařízení a služeb určených vozíčkářům od roku 1985 dosud jako pozitivní. Z hlediska zařízení a služeb, které jsou určeny vozíčkářům, respondenti využívají Svaz tělesně postižených v Trutnově (2 respondenti), Klub vozíčkářů v Trutnově (2 respondenti), Stacionář mezi Mosty v Trutnově (2 respondenti). Stacionář mezi Mosty v Trutnově využívají zejména respondenti, jejichž tělesné postižení je vážnější. Neboť pracovníci Stacionáře jsou klientům schopni pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně i v rámci poskytování stravy. Z hodnocení respondentů vyplývá, že kvalita života se v oblasti zařízení a služeb určeným zdravotně postiženým od roku 1985 do současné doby zlepšovala. Vzhledem k tomu, že tato zařízení vznikla v letech 2000 až 2002, respondenti hodnotí nejlépe období právě po roce 2000.

4.4.2 Hledisko vývoje v oblasti volnočasových aktivit

Respondenti měli hodnotit, jak se vyvíjela nabídka v oblasti volnočasových aktivit od roku 1985 až do současné doby.

Období před rokem 1989 respondenti nejčastěji hodnotili z hlediska volnočasových aktivit jako špatné. Podle respondentů v této době skoro neexistovaly pro vozíčkáře žádné zařízení, kde by mohli trávit svůj volný čas.

Po roce 1990 se podle respondentů situace zlepšila, stále ji však nelze hodnotit zcela pozitivně. Čtyři respondenti (Josef, Marie, Karel a Rostislav) ohodnotili nabídku volnočasových aktivit v tomto období pouze jako dobrou, dva respondenti (Dana a Petr) jako uspokojující.

Většina respondentů navštěvuje zařízení, jako jsou Svaz tělesně postižených, Klub vozíčkářů či Stacionář mezi Mosty v Trutnově, které jim poskytují možnosti pro smysluplné využití volného času. Tato zařízení však vznikla až po roce 2000.

S touto skutečností koresponduje hodnocení respondentů. Nabídku v oblasti volnočasových aktivit v období po roce 2000 je převážnou většinou respondentů hodnoceno jako výborné (Petr, Jan, Marie, Dana, Rostislav), ostatní jako uspokojivé. Josef uvádí: *„Rád chodím do Klubu vozíčkářů, protože tam mám kamarády, taky chodím do Klubu vozíčkářů Trutnov BUKOVINKA, o.s., mají tam zajímavý program. Tam chodím už od roku 2002. Jsem tam moc spokojený.“*

Marie využívá volnočasové aktivity ve Stacionáři mezi mosty: *„...líbí se mi aktivity a různé akce a také to, že je tam spousta lidí s postižením...“* Marii se líbí relaxační aktivity, skutečnost, že zde může navazovat nové kontakty a upevňovat stávající kontakty s kolektivem, ale i společenské a sportovní akce. Je zde skoro každý den do 17 hodin. Výhodou Stacionáře je to, že naplňuje i potřeby klientů v oblasti trávení volného času, neboť jim poskytuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, a to hudebně pohybové aktivity zaměřené na zpěv, práci s melodií a rytmem, vzdělávání a procvičování získaných vědomostí, ale i pohybové aktivity, fyzioterapii. Dále zprostředkovává kontakt svých klientů se společenským prostředím, a to buď zařazením do společnosti a seznámením s novými lidmi a společenskými situacemi nebo pomocí obnovit či upevnit kontakt zdravotně postižených lidí s jejich rodinou. Cílem je, aby klienti našli pocit, že „někam patří“. V rámci sociálně terapeutických činností si klienti nacvičují mj. sociální dovednosti vč. sebeobhajování.

Karel ve volném čase navštěvuje kulturní zařízení, jako jsou kino, divadlo, restaurace. *„Výhodou je, že v současné době je většina kulturních zařízení v Trutnově vybavena bezbariérovým přístupem, díky čemuž nejsem omezován v návštěvě těchto zařízení. Jsem spokojen s tím, jak se město Trutnov stará o bezbariérové přístupy a nájezdy na pozemních komunikacích. Se svou přítelkyní navštěvujeme různé akce a koncerty v okolí. Zpravidla je v současné době již všude bezbariérový přístup, ale raději to vždy před zakoupením lístků ověřuji.“* Karel je zastáncem toho, že *„...život je třeba si užívat naplno...“*, a to se snaží navzdory svému postižení.

Petr uvedl: *„Jsem spíše samotář a svůj čas trávím buď v přírodě nebo čtením knih, proto znám jenom Svaz vozíčkářů v Trutnově, kam chodím na rehabilitace...“*

Dana tráví svůj volný čas ve Stacionáři mezi Mosty Trutnov. Stacionář plní i velmi důležitou roli v oblasti volnočasových aktivit této respondentky. Volnočasové aktivity jsou přizpůsobeny postižení respondentky, nejčastěji se jedná o aktivizační činnosti, a to jak v oblasti sebeobsluhy či v oblasti komunikace, důležité je také budování a udržování sociálních vztahů s ostatními klienty Stacionáře. Jiné zařízení určené vozíčkářům Dana nenavštěvuje.

Rostislav pravidelně navštěvuje Klub vozíčkářů v Trutnově. Zajímá se zejména o různé akce, přednášky, které Klub pořádá. Dále s Klubem vozíčkářů jezdí na výlety, neboť rád poznává zajímavá místa v České republice, avšak vzhledem ke svému postižení potřebuje, aby byl výlet speciálně organizován pro potřeby vozíčkářů. Klub vozíčkářů navštěvuje již od roku 2005, kdy se o něm dozvěděl. Za tu dobu si zde vybudoval velmi pevná přátelství a s Klubem navštívil velmi mnoho míst v České republice. S činností, náplní a aktivitami klubu je velmi spokojen.

Shrnutí dílčího cíle č. 2

V oblasti volnočasových aktivit respondenti zhodnotili vývoj jako pozitivní. Respondenti za účelem volnočasových aktivit využívají zařízení, jako jsou Svaz tělesně postižených v Trutnově, Klub vozíčkářů, ale i Stacionář mezi Mosty Trutnov. Výhodou Stacionáře je to, že naplňuje i potřeby klientů v oblasti trávení volného času, neboť jim poskytuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, a to hudebně pohybové aktivity zaměřené na zpěv, práci s melodií a rytmem, vzdělávání a procvičování získaných vědomostí, ale i pohybové aktivity, fyzioterapii. Dále zprostředkovává kontakt svých klientů se společenským prostředím, a to buď zařazením do společnosti a seznámením s novými lidmi a společenskými situacemi nebo pomocí obnovit či upevnit kontakt zdravotně postižených lidí s jejich rodinou. Cílem je, aby klienti našli pocit, že „někam patří“. V rámci sociálně terapeutických činností si klienti nacvičují mj. sociální dovednosti vč. sebeobhajování.

V Klubu vozíčkářů se respondenti setkávají s podobně postiženými jedinci a navazují dlouholetá přátelství. Klub pro své členy pořádá různé zájmové a kulturní aktivity, výlety na zajímavá místa, koná přednášky. Dalším zařízením, které je respondenty využíváno, je Svaz tělesně postižených v Trutnově, který organizuje pro své členy plavání, rehabilitační pohyby a organizovaná cvičení.

4.4.3 Hledisko vývoje postoje veřejnosti k vozíčkářům

Na základě výpovědí respondentů se přístup veřejnosti k vozíčkářům ve sledovaných letech zlepšil.

Před rokem 1989 vnímali postoj veřejnosti k vozíčkářům, jako velmi špatný. Petr uvádí: „*V dětství na mě vrstevníci i dospělí pohlíželi jako na nějaké individuum... lidé se mi často stranili a nevěděli, jak se ke mě mají chovat.*“ Josef se v minulosti často setkával s tím, že: „*... lidé si na mě často ukazovali, zdravotně postižení byli izolováni od zdravých lidí.*“ Tato situace se mu nelíbila. Marie si pamatuje, že v době jejího dětství a dospívání, kdy vyrůstala v ústavu sociální péče, byl postoj veřejnosti k postiženým lidem odlišný, a to negativním směrem. Karel se v minulosti se častěji setkával s rozpačitými reakcemi okolí. Dana si velmi váží toho, že jí rodiče neumístili do ústavu a že vyrůstala v rodině. Dana uvádí: „*Když jsem byla malá, často se mi stálo, že se mi ostatní směli nebo mě pořád pozorovali, což mi bylo nepříjemné*“ Podle Rostislava se v minulosti lidé k vozíčkářům chovali více s odstupem.

Určitý pomalý posun postoje veřejnosti k postiženým k lepšímu respondenti pozorují v 90. letech 20. století. Petr uvedl, že po pádu komunismu došlo k pozvolnému zlepšování situace, kdy pomalu přibývali zařízení s bezbariérovým vstupem, díky čemuž mohl Petr s rodiči více navštěvovat restaurace či jiná zařízení pro trávení volného času.

Chování veřejnosti k vozíčkářům v období po roce 2000 je hodnoceno respondenty zpravidla jako výborné. Petr v současné době vnímá přístup veřejnosti ke své osobě jako pozitivní, což je dáno i skutečností, že díky svému zaměstnání knihovníka zná velké množství obyvatel města. Josef hodnotí postoj veřejnosti k vozíčkářům v současné době jako zpravidla velmi dobrý a proto uvítal, když se situace po pádu komunismu začal zlepšovat. Marie se v současné době se stále občas setkává s negativními poznámkami, díky navštěvování Stacionáře však zcela převažují pozitivní reakce. Karel v současné době cítí, že se k němu veřejnost chová jako k jiným zdravým obyvatelům města, naopak jsou mu ze strany většiny lidí poskytovány výhody, spočívající např. v pomoci při nájezdu, dávání přednosti apod.

Přístup k vozíčkářům je podle Dany dobrý. V současné době se podle ní situace změnila k lepšímu a vzhledem k tomu, že velmi mnoho času tráví ve Stacionáři, setkává se zde s lidmi, kteří se k postiženým chovají velice dobře. Rostislav postoj veřejnosti k vozíčkářům vnímá jako dobrý. „*Občas se ještě setkám s nějakou nemístnou poznámkou, ale je mi jasné, že vždy se najde nějaký člověk, který si nemístnou poznámku dovolí.*“ Dnes už vnímá, že jako vozíčkář nebudí nikde žádnou zvláštní pozornost. Postoj veřejnosti se tedy podle respondenta zlepšil.

Shrnutí dílčího cíle č. 3

Postoj veřejnosti hodnotí respondenti veskrze jako velmi dobrý, přičemž se respondenti shodují, že po 90. letech 20. století se postoj veřejnosti a vnímání zdravotně postižených velmi zlepšilo. Napomohlo tomu množství organizací, jejichž cílem je podporovat zdravotně postižené, ale také integrace zdravotně postižených mezi většinovou společností a veřejné diskuze, jež vedli k pozitivní změně postoje veřejnosti.

4.4.4 Hledisko vývoje v oblasti služeb a sociální podpory vozíčkářům

Účelem této části šetření bylo zhodnotit, jak se vyvíjela situace v oblasti sociální politiky státu a podpory poskytované zdravotně postiženým.

Co se týče období před rokem 1989, většina respondentů udává, že podpora ze strany státu byla vysoká, pouze jeden respondent s tímto tvrzením nesouhlasí. Jedná se o Marii, podle které výše podpory nebyla v tomto období vysoká a není ani v současnosti. Marie tvrdí, že v roce 1985 brala plný invalidní důchod, jeho výše byla ale hodně nízká.

Dle respondentů byla sociální podpora v 90. letech 20. století spíše uspokojivá. Lze zde tedy pozorovat nepatrný posun směrem ke zlepšení.

Sociální podporu po roce 2000 respondenti hodnotí zpravidla jako dobrou, neboť všichni respondenti uvedli, že v tomto období byla sociální podpora státu vysoká.

Sociální politika státu se podle Petra zlepšila po roce 2000. „*V roce 2005 jsem získal jednorázový peněžitý příspěvek podmíněný zdravotním stavem, jež byl určen na individuální dopravu.*“ Podle respondenta se jeho finanční situace po pádu komunismu zlepšila, neboť došlo po roce 2000 k nárůstu invalidního důchodu a k dalšímu nárůstu došlo po roce 2007.

Josef hodnotí sociální politiku státu jako dobrou, neboť po celou dobu dostával plný invalidní důchod. V roce 2007 mu byl důchod zvýšen, což hodnotí pozitivně. Přesto však tvrdí, že: „*...výše invalidního důchodu je stále malá, protože kdybych bydlel v bytě sám nebo bych si měl platit ubytování v ústavu, tak by mi peníze zdaleka nestačily.*“ Oceňuje pracovníky Klubu vozíčkářů v Trutnově, kteří mu pomáhají vyřizovat veškeré přídavky a dávky, na které má nárok. Díky tomu je jeho finanční situace snesitelnější.

Marie tvrdí, že sociální podpora ze strany státu se v posledních letech zvýšila. Výše podpory Marie se roce 2002 se poprvé dostala nad 6 tis. Kč a nyní pobírá důchod ve výši téměř 10 tis. Kč. Podle respondentky je výše důchodu stále nízká a její rodina musí každý měsíc doplácet peníze na to, aby jí byla zajištěna péče.

Podle Karla je hmotná podpora osobám se zdravotním postižením dostačující, pokud daná osoba využívá všechny možnosti, které jí stát nabízí. „*Díky tomu, že ovládám internet a každodenně s ním pracuji jsem schopen vyhledat si veškeré informace o dávkách, na které mám nárok a vše potřebné si sám vyřídit.*“ Z hlediska vývoje hmotné podpory si myslí, že „*...oproti minulosti došlo ke zlepšení, v současné době mají zdravotně postižení větší podporu ze strany státu a neziskových organizací.*“

Dana nemůže problematiku vývoje hmotné podpory a sociální politiky státu dobře posoudit, neboť po většinu jejího života se o finanční záležitosti starali její rodiče či její rodina. Velmi si váží toho, že dostává peníze od státu, neboť v důsledku svého postižení nemůže pracovat. Je pro ni důležité, aby jí finanční prostředky stačily na zaplacení bydlení a služeb poskytovaných Stacionářem, který je pro její životní vyrovnanost velmi důležitý.

Rostislav vítá, že z hlediska hmotné podpory a sociální politiky státu stát pomáhá lidem, kteří v důsledku svého zdravotního postižení nemohou pracovat a podle jeho

názoru je podpora takto postiženým lidem namístě. Z hlediska výše podpory si myslí, že: „... zdravotně postižení by mohli být podporováni vyšší finanční částkou, neboť často je nezbytné, aby v důsledku svého postižení platili řadu služeb navíc.“ Rostislav osobně není na podpoře od státu závislý, a to díky tomu, že se celý život aktivně snažil sám se o sebe postarat. Vzhledem k jeho věku však již předpokládá, že bude pracovat jen občas, aby se nenudil, a proto veškerou podporu od státu velmi vítá. O tom, jak se výše podpory v průběhu let vyvíjela, nemá moc přesnou představu, neboť o peníze se v jeho rodině stará manželka a on si vždy dokázal peníze vydělat.

Shrnutí dílčího cíle č. 4

Ačkoliv byly odpovědi respondentů ovlivněny mnoha faktory, jako celek posoudili vývoj sociální podpory ze strany státu od roku 1985 dosud jako pozitivní. Přesto však uvádí, že by výše podpory měla být natolik vysoká, aby si zdravotně postižení mohli dovolit zaplatit služby, které s jejich zdravotním stavem souvisí.

Názory respondentů na tuto problematiku byly odlišné. Závisely zejména na postoji závislosti respondentů na státní podpoře či skutečnosti, že si respondenti jsou při svém postižení schopni vydělat peníze, dále pak na schopnosti respondentů objektivně posoudit situaci. Objektivita přitom mohla být snížena jak v důsledku snížených rozumových schopností respondenta či skutečnosti, že o finanční zabezpečení se staral jiný člen rodiny.

Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají vozíčkáři vývoj kvality života od roku 1989 dosud, a to v oblastech zařízení a služeb, volnočasových aktivit, postoje veřejnosti k vozíčkářům a služeb a hmotné podpory státu.

Hlavní cíl bakalářské práce byl splněn. S využitím kvalitativního rozhovoru bylo provedeno 6 polostrukturovaných rozhovorů, jejichž cílem bylo zjištění vývoje kvality života ve všech sledovaných oblastech. Respondenti hodnotili vývoj ve všech oblastech jako pozitivní.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak vozíčkáři hodnotí vývoj v oblasti zařízení a služeb z hlediska jejich rozmanitosti a množství. Z hodnocení respondentů vyplývá, že kvalita života se v oblasti zařízení a služeb určených pro zdravotně postižené od roku 1985 do současné doby zlepšovala. Vzhledem k tomu, že tato zařízení vznikala v letech 2000 až 2002, respondenti hodnotí nejlépe období právě po roce 2000. V 90. letech začaly vznikat nestátní neziskové organizace působící v oblasti poskytování služeb zdravotně postiženým osobám. Toto zjištění koresponduje s literárními zdroji, podle kterých byla před rokem 1989 drtivá většina lidí, kteří byli mentálně či duševně postižení, umístována do velkých rezidenčních zařízení. Úkolem těchto zařízení přitom bylo zejména zajištění základních životních potřeb svých klientů a jejich segregace od většinové společnosti.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak vozíčkáři hodnotí vývoj v oblasti volnočasových aktivit z hlediska jejich rozmanitosti, množství a přístupnosti. Hodnocení respondentů, podle kterého došlo ke zlepšení v oblasti volnočasových aktivit, koresponduje se skutečností, že v 90. letech 20. století došlo k nastartování aktivit občanského sektoru. Formování a rozvoj tohoto sektoru bylo podporováno v těchto letech prostřednictvím prostředků určených k rozvoji nestátních neziskových organizací a zahraničních nadací, které přinesly do ČR know-how v oblasti moderních sociálních služeb (Historie, 2018).

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jak vozíčkáři hodnotí vývoj postoje veřejnosti k vozíčkářům. Postoj veřejnosti hodnotí respondenti veskrze jako velmi dobrý,

přičemž se respondenti shodují, že po 90. letech 20. století se postoj veřejnosti a vnímání zdravotně postižených velmi zlepšilo. Napomohlo tomu množství organizací, jejichž cílem je podporovat zdravotně postižené, ale také integrace zdravotně postižených mezi většinovou společností a veřejné diskuze, jež vedli k pozitivní změně postoje veřejnosti.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, jak vozíčkáři hodnotí vývoj v oblasti služeb a sociální podpory, které jsou poskytovány v rámci sociální politiky státu. Vývoj v oblasti sociální politiky a hmotné podpory ze strany státu respondenti hodnotí zpravidla jako pozitivní, přesto však uvádí, že by výše podpory měla být natolik vysoká, aby si zdravotně postižení mohli dovolit zaplatit služby, které s jejich zdravotním stavem souvisí. V oblasti systému sociálních služeb došlo ke změně v roce 2007, kdy tento systém začal spadat pod právní úpravu zákona o sociálních službách. Díky této změně došlo k zavedení příspěvku na péči, díky čemuž měly osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby možnost zajistit si potřebnou pomoc. Tento krok byl pro osoby se zdravotním postižením pozitivní. Negativně však byly osoby se zdravotním postižením ovlivněny světovou ekonomickou krizí, v důsledku které, došlo k restriktivním opatřením v sociální oblasti, realizované v rámci sociální reformy v roce 2012.

Zkušenosti respondentů korespondují s fakty, neboť po roce 1990 došlo v důsledku zásadních společenských změn k proměně postavení osob se zdravotním postižením. Došlo k přijetí prvních právních norem, které respektovaly specifika osob se zdravotním postižením a k vybudování řady nových zařízení zejména v oblastech sociálních služeb a školství, jejichž účelem byla podpora zdravotně postižených osob. Jako příklad lze použít Stacionář mezi mosty Trutnov, jež vznikl dne 1. 1. 2000. Taktéž v 90. letech 20. století a na počátku 21. století vzniklo mnoho občanských sdružení, jejichž cílem bylo podporovat občany s tělesným či psychickým handicapem, jako např. Klub vozíčkářů Trutnov, jež vznikl jako sdružení dne 17. 5. 2002. Vznikem těchto zařízení došlo k výraznému posílení kvality života osob se zdravotním postižením, a to jak ve smyslu zajištění jejich potřeb, tak také volnočasových aktivit.

Z právního hlediska lze postavení osob se zdravotním postižením v České republice považovat za stabilizované, neboť je založeno na existenci sociálního právního rámce a současně se opírá o převážně pozitivní postoje většinové části české společnosti.

Seznam literatury

BARTUŇKOVÁ, J. a kol. *Autoimunita: vnitřní nepřítel*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 88 s. ISBN 978-80-247-2044-9.

ČAPEK, M. Historie města. In: trutnov.cz (online). 2016 (cit. 2018-02-10). Dostupné z: www.trutnov.cz/nase-mesto/historie-mesta

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

KELNAROVÁ et al. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů. 2., přeprac. a dopl.* Vyd. Praha: Grada, 2013. 180 s. ISBN 978-80-247-4200-7.

KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.

Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, leden 2015.

REJL, D. Odbor sociálních věcí. In: trutnov.cz /online/. 2018 /cit. 2018-02-10/. Dostupné z: www.trutnov.cz/mestsky-urad/odbor-socialnich-veci

Restaurace s bezbariérovým přístupem. In: hunger.cz /online/. 2018 /cit. 2018-02-10/. Dostupné z: <https://www.hunger.cz/cz/s-bezbarierovym-pristupem/kralovehradecky/trutnov/trutnov/>

ROKYTA, R. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 680 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

RŮŽIČKOVÁ, J. Kvalita života vozíčkářů. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2007.

SEIDEL, Z. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

Stacionář mezi mosty Trutnov. In: stacionartrutnov.cz /online/. 2018 /cit. 2018-03-15/. Dostupné z: www.stacionartrutnov.cz/index.php

ZIKL, P. Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole.

Seznam tabulek

<i>Tabulka 1 Operacionalizace hlavního cíle</i>	<i>27</i>
---	-----------