



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Sociálně zdravotní důsledky dopravních nehod

DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Mgr. Monika Másilková

Školitel: doc. MUDr. František Vorel, CSc.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Sociálně zdravotní důsledky dopravních nehod*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě 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 práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 28.6.2023

.....

Mgr. Monika Másilková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat školiteli doc. MUDr. Františku Vorlovi, CSc., který měl celé roky se mnou nesmírnou trpělivost, za jeho podněty, cenné rady, postřehy a připomínky při tvorbě této disertační práce. Děkuji též všem respondentkám a respondentům, které se zapojili do výzkumu.

Sociálně zdravotní důsledky dopravních nehod

Abstrakt

Dopravní nehody představují závažný celosvětový problém, nejen z hlediska úmrtnosti, ale i z pohledu vážných zranění, která mívají pro jedince velmi často doživotní následky nejen po stránce zdravotní, ale i po stránce psychické a sociální. To všechno je úzce spojené se změnou kvality života nejen samotného zraněného, ale i jeho rodiny a přátel.

Cílem disertační práce bylo analyzovat, jaké jsou hlavní sociální a zdravotní důsledky dopravních nehod, a to zejména u těch, kteří v důsledku nehody trpí paraplegií či kvadruplegií. Dílčí cíle disertační práce byly:

1. Analyzovat nejčastější zdravotní obtíže spojené s paraplegií a kvadruplegií.
2. Analyzovat spokojenost osob, které utrpěly při dopravní nehodě zranění vedoucí k paraplegii nebo kvadruplegii, se zdravotní a rehabilitační péčí.
3. Analyzovat výši invalidního důchodu a příspěvku na péči v České republice a ve vybraných státech Evropské unie.
4. Analyzovat kvalitu života před dopravní nehodou a po ní u osob, které při ní utrpěly zranění vedoucí k paraplegii nebo kvadruplegii.

K dosažení prvního, druhého a čtvrtého cíle byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Pro sběr dat byla zvolena metoda dotazování a jako technika byl použit polostrukturovaný rozhovor. K naplnění třetího cíle výzkumu byla použita technika obsahové analýzy.

Výzkumný soubor byl tvořen účastníky dopravních nehod, kteří při této nehodě utrpěli zranění, jehož následkem se stali paraplegiky nebo kvadruplegiky. Pro účast v tomto výzkumu bylo nutné splnit podmínku, že účastníci měli dopravní nehodu více než před rokem. Důvodem pro tento požadavek bylo, že tito lidé obvykle mají stabilizovaný zdravotní stav, navštěvují rehabilitační zařízení opakovaně a jsou schopni lépe posoudit rozdíl v kvalitě života před nehodou a po ní. Výzkumný soubor tvořilo 34 mužů a 16 žen. Analýzou rozhovorů s nimi bylo zjištěno, že všichni respondenti měli před dopravní nehodou stálé zaměstnání, tedy pravidelný příjem, většina respondentů měla svůj okruh přátel a rodinu a mnozí z nich i partnerský vztah, velká část respondentů sportovala. Dále bylo zjištěno, že z celkového počtu 50 respondentů se následkem úrazu po dopravní nehodě stalo 48 z nich paraplegiky a 2 kvadruplegiky, což vede k různým zdravotním komplikacím, např. dekubitům, problémům s vyprazdňováním i problémům v sexuálním životě. Analýzou bylo dále zjištěno, že v naprosté většině případů se s následky dopravní

nehody vypořádali samotní účastníci, jejich rodiny, ale i přátelé velice dobře, přičemž právě rodina byla pro respondenty ta zásadní pro zvládnutí celé situace. Výzkum dále odhalil, že průměrná výše invalidního důchodu i příspěvku na péči v ČR v nejvyšším stupni v porovnání s průměrnou hrubou měsíční mzdou v letech 2017–2019 stoupala. V roce 2017 činil invalidní důchod ve 3. stupni invalidity 36 % průměrné hrubé měsíční mzdy, zatímco v roce 2019 to bylo 40 %. Poměr příspěvku na péči ve čtvrtém stupni závislosti v porovnání s průměrnou hrubou měsíční mzdou v roce 2017 byl 44,54 % a v roce 2019 vzrostl na 56,29 %.

Výzkum zkoumá úroveň (ne)spokojenosti lidí, kteří se stali paraplegiky nebo kvadruplegiky v důsledku dopravních nehod, a jejich zkušenosti se zdravotní péčí a rehabilitací. Studie také analyzuje současný život respondentů po nehodě, zjišťuje, že mnoho z nich nadále sportuje, má práci a stálého partnera. Navíc poukazuje na skutečnost, že přestože dopravní nehoda měla zásadní dopad na kvalitu života těchto lidí, zejména co se týče zdravotního stavu a sociálních aspektů, mnoho z nich je spokojeno se svým životem – což je úzce spojeno s jejich zaměstnaností.

Tato disertační práce představuje komplexní pohled na problematiku zdravotních a sociálních důsledků dopravních nehod, konkrétně u paraplegiků a kvadruplegiků. Výsledky ukazují, že i přesto, že došlo ke zhoršení kvality života těchto osob, vyjadřuje většina respondentů spokojenost se svým životem a aktivně se do něho zapojuje. V této oblasti je jistě potřeba dalších výzkumů, zejména týkajících se prohloubení informovanosti těchto osob o možnostech poskytovaných služeb a příspěvků, a také problémových interakcí: poskytování informací o zdravotním stavu, způsob sdělování informací obecně, komunikace s personálem, (ne)ochota personálu, pracovníci zařízení mluvící negativně o jiném zařízení. To by se mohlo stát předmětem odborné pomoci sociálních pracovníků daných zařízení. Další výzkumy by se mohly zaměřit i přímo na sociální pracovníky poskytující služby podobně hendikepovaným.

Klíčová slova

Následky dopravní nehody; zdravotní důsledky; paraplegie; kvadruplegie; život po dopravní nehodě; kvalita života

Social and health consequences of traffic accidents

Abstract

Traffic accidents represent a serious global problem, not only in terms of mortality, but also in terms of serious injuries, which very often have lifelong consequences not only in terms of health, but also in psychological and social terms. All of this is closely related to the change in the quality of life of the individual himself, but also of his family and friends.

The aim of the dissertation was to analyze the main social and health consequences of traffic accidents, especially for paraplegics and quadriplegics. The partial objectives of the dissertation were:

1. To analyze the most common health problems associated with paraplegia and quadriplegia.
2. To analyze the satisfaction of persons who suffered injuries resulting in paraplegia or quadriplegia in a traffic accident with health and rehabilitation care
3. Analyze the amount of disability pension and care allowance in the Czech Republic and selected countries of the European Union
4. To analyze the quality of life before and after a traffic accident in persons who suffered injuries resulting in paraplegia or quadriplegia.

A qualitative research strategy was chosen to achieve the first, second and fourth objectives. The research group was made up of direct participants in a traffic accident, from which at least one year had passed, who suffered an injury resulting in paraplegia or quadriplegia. Questioning methods were chosen for data collection, and a semi-structured interview was used as the technique. To fulfill the third objective of the research, the technique of content analysis was used.

The research group was made up of participants in traffic accidents who, in this accident, suffered an injury, as a result of which they became paraplegics or quadriplegics. In order to participate in this research, it was necessary to fulfill the condition that the participants had a traffic accident more than a year ago. The reason for this requirement was that these

people usually have a stable state of health, visit rehabilitation facilities repeatedly and are better able to assess the difference in quality of life before and after the accident. The research group consisted of 34 men and 16 women. By analyzing the interviews with them, it was found that all the respondents had permanent employment before the traffic accident, i.e. a regular income, most of the respondents had a circle of friends and family and many of them also had a partner relationship, a large part of the respondents played sports. Furthermore, it was found that out of the total number of 50 respondents who were injured after a traffic accident, 48 of them became paraplegics and 2 quadriplegics, which leads to various health complications, e.g. bedsores, problems with defecation, but problems in sex life. The analysis further revealed that in the vast majority of cases, the participants themselves, their families, and friends coped very well with the consequences of the traffic accident, while the family was the most important for the respondents to handle the whole situation. The research also revealed that the average amount of disability pension and care allowance in the Czech Republic increased in the highest level compared to the average gross monthly salary in the years 2017-2019. In 2017, the 3rd degree of disability pension was 36 % of the average gross monthly wage, in 2017 it was already 40 %, and for the allowance for care in the fourth degree of dependency, the ratio was 44,54 % in 2017 and in 2019 there was an increase to 56,29 %.

The research shows views on the (dis)satisfaction of people after a traffic accident, as a result of which these people became paraplegic or quadriplegic, with health and rehabilitation care. The analysis also shows how the respondents live now after the traffic accident, that many of them still play sports, have a job and a permanent partner. And last but not least, he points out that even though the traffic accident had a major impact on the quality of life of these people, especially in terms of health and social aspects, a large number of them are satisfied with their quality of life, which is, however, very much connected to their employment.

This dissertation presents a comprehensive view of the health and social consequences of traffic accidents, specifically for paraplegics and quadriplegics. The results show that despite the deterioration in the quality of life of these individuals, the majority of respondents express satisfaction with their lives and actively participate in it. There is

certainly a need for further research in this area, especially regarding the deepening of awareness of these persons about the possibilities of services and benefits provided, as well as problematic interactions: the provision of information about health status, the way information is communicated in general, communication with staff, (un)willingness of staff, staff of the facility speaking negatively about another facility This could be the subject of professional help from the social workers of the facilities in question. Further research could also focus directly on social workers providing services to similarly disabled people.

Key words:

Consequences of a traffic accident; health consequences; paraplegia; quadriplegia; life after a traffic accident; quality of life

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	12
1.1 Dopravní nehoda.....	12
1.1.1 Trestněprávní stránka dopravních nehod.....	12
1.1.2 Znalci.....	14
1.1.3 Nehodovost pod vlivem omamných a psychotropních látek.....	14
1.2 Zdravotní důsledky dopravních nehod.....	15
1.2.1 Zdraví.....	16
1.2.2 Nejčastější zranění při dopravních nehodách.....	17
1.2.3 Poranění páteře a míchy.....	18
1.3 Sociální důsledky dopravních nehod.....	20
1.3.1 Psychický stav po úrazu páteře.....	20
1.3.2 Negativní psychické dopady po úrazu páteře.....	21
1.3.3 Sebevraždy u osob po poranění páteře a míchy.....	22
1.3.4 Kvalita života u osob po úrazu páteře.....	23
1.3.5 Ekonomická situace.....	25
1.3.6 Sociální vztahy.....	34
2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	41
2.1 Operacionalizace pojmů vztahující se k výzkumným otázkám.....	41
3 METODIKA.....	43
4 VÝSLEDKY.....	50
4.1 Popis výzkumného souboru.....	50
4.2 Výsledky vztahující se k dílčím cílům práce.....	53
4.2.1 Výsledky k dílčímu cíli 1.....	53
4.2.2 Výsledky k dílčímu cíli 2.....	55
4.2.3 Výsledky k dílčímu cíli 3.....	71
4.2.4 Výsledky k dílčímu cíli 4.....	81
5 DISKUZE.....	94
5.1 Diskuse k dílčímu cíli 1.....	95

5.2	Diskuse k dílčímu cíli 2.....	96
5.3	Diskuse k dílčímu cíli 3.....	101
5.4	Diskuse k dílčímu cíli 4.....	102
5.5	Analýza ve vztahu k výzkumným cílům a výzkumným otázkám.....	103
ZÁVĚR		109
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		112
SEZNAM ZKRATEK		140
SEZNAM TABULEK		141
SEZNAM OBRÁZKŮ.....		142
SEZNAM PŘÍLOH.....		144
	Příloha 1	145
	Příloha 2	146
	Příloha 3	147

ÚVOD

Problematika dopravních nehod je velmi diskutovanou a aktuální problematikou, co se týká té akutní fáze, tedy úmrtí, případně zranění. Méně je tomu tak v případě dlouhodobých následků dopravních nehod na životě, a to jak zdravotních, tak i sociálních.

Cílem této disertační práce je analyzovat nejčastější sociální a zdravotní důsledky dopravních nehod, a to z pohledu přímých účastníků těchto nehod, zejména u paraplegiků a kvadruplegiků, kteří tvoří výzkumný soubor této studie. Cílem autorky je poskytnout komplexní pohled na kvalitu života přímých účastníků dopravních nehod, tedy samotného účastníka dopravní nehody a jeho nejbližšího okolí. Kvalita života se změní po stránce zdravotní, neboť účastníci dopravní nehody se stali paraplegiky či kvadruplegiky, ale i po stránce sociální, kdy jedinci museli řešit například zaměstnání, vztahy s přáteli, ale i partnerské vztahy.

Disertační práce se dělí na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část definuje klíčové pojmy související s tématem disertační práce. Výzkumná část obsahuje cíle práce a zkoumané otázky, popisuje kvalitativní výzkumnou strategii, včetně technik sběru dat, průběhu jejich analýzy a výzkumný soubor. Kapitola Výsledky je rozdělena podle stanovených cílů výzkumu. V kapitole Diskuse jsou naše zjištění shrnuta a porovnána s jinými poznatky, zejména se zahraničními studiemi.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Dopravní nehoda

Dopravní nehoda (dále i „DN“) je dle zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů událost v provozu na pozemní komunikaci, například havárie či srážka, která se stala nebo byla započata na pozemní komunikaci a při níž došlo k usmrcení nebo zranění osoby či ke škodě na majetku v přímě souvislosti s provozem na pozemní komunikaci. Při DN tedy dochází ke škodě na majetku, zdraví případně na životě a z jednání, které této DN předcházelo, vzniká téměř vždycky právní odpovědnost (Porada, 2000).

V letech 2016-2019 zemřelo dle PČR následkem DN celkem 2 159 osob, tj. v průměru 540 osob ročně (Policejní prezidium ČR, 2020).

Česká republika (dále i „ČR,“) se zavázala takzvanou Národní strategií bezpečnosti silničního provozu 2021–2030, která je v souladu s cíli stanovenými členskými státy Evropské unie a Organizace spojených národů, že sníží počet usmrcených a těžce zraněných osob v důsledku dopravních nehod na polovinu, tzn. v roce 2030 jich bude o 50 % méně než v roce 2020 (Besip, 2021).

1.1.1 Trestněprávní stránka dopravních nehod

Trestná činnost, která je páchaná v souvislosti s DN, má některá specifika, především osobu pachatele a s tím související jednání pachatele, otázky zavinění, příčin a podmínek, jež vedly nebo napomohly k DN.

Objekt trestného činu, ke kterému došlo v důsledku DN, je bezpečnost v dopravě, život, zdraví a majetek; objektivní stránka trestného činu spočívá v porušení důležité povinnosti, která je dána charakterem zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo je uložena přímo zákonem (Porada, 2001). Důležitá povinnost je zákonem definována velmi široce. Obecně lze konstatovat, že důležitou povinností je v silničním provozu taková povinnost, při jejímž porušení je zvýšené riziko vzniku dopravní nehody, zejména ohrožení lidského života a zdraví, přičemž z dosavadní judikatury lze dovodit, že porušením důležité povinnosti v silničním provozu bude například jízda v protisměru, jízda nepřiměřenou rychlostí, nedání přednosti v jízdě či nerespektování signálů světelného signalizačního zařízení, včetně signálů přejezdového zabezpečovacího zařízení (Bušta, 2016). Kvalifikovat každé porušení pravidel silničního provozu jako

porušení důležité povinnosti není správné, neboť je vždy nutné zohlednit, za jakých okolností k porušení pravidel silničního provozu došlo a jaké následky toto porušení mělo (Porada, 2001).

Subjektem trestných činů souvisejících s dopravními nehodami bude prakticky vždy fyzická osoba (Hirt, 2012). Pachatelem trestných činů může být obecně každá osoba, která dovršila patnáctý rok věku a není nepřičetná, v případě DN se bude většinou jednat o skutkové podstaty trestných činů s tzv. zúženým okruhem pachatelů (Fryšták, 2009). Vyšetřovací verze k subjektivní stránce trestného činu, ke kterému došlo v důsledku DN, nejsou obvyklé, protože pokud jde o zavinění, není většinou pochyb o tom, že trestný čin jako důsledek DN byl nedbalostním jednáním (Porada, 2001).

DN jsou z hlediska zavinění nedbalostními delikty. Z pohledu kriminalistiky základní rozdíl mezi úmyslným a nedbalostním jednáním v závislosti na způsobu páchaní spočívá v tom, že u úmyslného trestného činu vychází pachatel z určitého motivu a svým jednáním sleduje konkrétní cíl, v případě nedbalostního trestného činu žádný motiv jednání pachatele neexistuje a rovněž tak schází cíl jednání pachatele, který by se projevil v následku tohoto jednání (Porada, 2001). Nedbalost vědomá je pro trestné činy i přestupky v dopravě typická. Typickým příkladem je řidič motorového vozidla, který spěchá a vědomě překročí zákonem stanovenou nejvyšší rychlost (§ 18 zákona silničním provozu) a spoléhá na to, že neohrozí nebo neporuší zákonem chráněný zájem.

Příčinný vztah mezi jednáním pachatele trestného činu a škodlivým následkem je obligatorní znak trestného činu a je ho třeba vždy prokázat (Hejda, 2007).

Při DN dochází ke škodě, ať už majetkové nebo nemajetkové. Každé vozidlo, které je ponecháno nebo provozováno na pozemní komunikaci, musí mít sjednáno zákonné pojištění, ze kterého se poškozenému hrají, mimo jiné, škoda na vozidle a další věcné škody (Bušta, 2016). Současný občanský zákoník, na rozdíl od předchozí právní úpravy, výrazně posiluje právní postavení poškozeného, rozšiřuje případy nemajetkové újmy a ruší paušální limity pro výpočet náhrad za ublížení na zdraví a usmrcení, které obsahoval předchozí občanský zákoník (Sokol et al., 2016).

Nemajetkovou újmou rozumíme škodu, která nebyla způsobena na osobním majetku, jiném majetku či na příjmu, a proto je nezpůsobitelná ke kvantifikaci objektivním způsobem, tedy poukazem na trh (Rogers a Baginska, 2001). Nemajetkovou újmou lze dělit na tři druhy, a to újmu osobní, újmu osobnostní a nepřímou osobní újmu, z nichž

nejvýznamnější a pro naši práci nejpodstatnější je osobní újma – újma na životě a zdraví člověka – a zahrnuje bolest, a to bolest fyzickou a psychickou, jakož i její formy v podobě duševní útrapy a další majetkové újmy, a ztížení společenského uplatnění (Tichý, 2020).

1.1.2 Znalci

Dle zákon č. 254/2019 Sb., o znalcích, znaleckých kancelářích a znaleckých ústavech provádějí znalci znaleckou činnost, čímž se rozumí provádění znaleckých úkonů, zejména zpracování a podání znaleckého posudku, jeho doplnění a vysvětlení, a činnost, která bezprostředně směřuje k podání znaleckého posudku, jeho doplnění nebo vysvětlení. V případě trestných činů v dopravě, zejména činů souvisejících s DN, se jedná především o znalce z oboru dopravy, analýzy silničních nehod a z oboru zdravotnictví, odvětví soudní lékařství, soudní toxikologie a hodnocení míry bolesti a funkčních schopností při újmách na zdraví (stanovení nemateriální újmy na zdraví dle dřívější právní úpravy).

Úkoly znalců různých oborů se často prolínají a doplňují. V rámci trestního řízení lze postupovat v zásadě třemi způsoby – znalci z obou oborů vypracují každý samostatný znalecký posudek; znalci vypracují přímo společný znalecký posudek; znalosti z druhého oboru jsou v každém znaleckém posudku čerpány formou příbrání konzultanta se souhlasem zadavatele posudku (Hirt, 2012).

1.1.3 Nehodovost pod vlivem omamných a psychotropních látek

Prakticky již není pochyb o tom, že alkohol i drogy mají zásadní vliv na zvýšené riziko vzniku DN (Vorel, 2004; Brubacher, 2016; Mravčík, 2010).

PČR vede statistiky o počtu pachatelů DN pod vlivem drog a alkoholu. U osob zemřelých při DN se provádí vždy pitva, a to na soudnělékařském oddělení, protože obecně při úmrtí následkem úrazu je pitva povinná dle zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Orgán činný v trestním řízení (zpravidla PČR) dle zákona č. 141/1961 Sb., zákon o trestním řízení soudním (trestní řád) rozhoduje o tom, zda u zemřelého následkem DN bude provedena soudní pitva i toxikologické vyšetření na přítomnost alkoholu nebo drog neboli zda bude do trestního řízení přizván znalec. Z této pitvy obdrží informace včetně výsledku toxikologického vyšetření (pokud je nařídil) v požadovaném rozsahu. Pokud PČR soudní pitvu nenařídí, je zpravidla provedena pitva zdravotní.

V případě soudní pitvy orgán činný v trestním řízení rozhodne, zda bude u zemřelého po DN provedeno vyšetření na přítomnost alkoholu nebo drog. Výsledky tohoto vyšetření pak budou zaslány orgánu činnému v trestním řízení. V případě zdravotní pitvy nemá orgán činný v trestním řízení na výsledky pitvy nárok, nedozví se, zda dotyčná osoba zemřela pod vlivem alkoholu nebo drog, a tyto výsledky proto nejsou zohledněny ve statistikách PČR. Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (příloha zákona o zdravotních službách) obsahuje jak pitvy soudní, tak i zdravotní pitvy, tedy všech osob zemřelých po DN. V něm však nejsou údaje o tom, zda jde o pachatele dopravní nehody. Proto lze údaje z tohoto registru a registru PČR porovnávat jen stěží.

Ač v roce 2002 evropská expertní komise pro drogy a dopravu doporučila, aby byli všichni zemřelí po DN byli testováni na přítomnost alkoholu i drog (Balíková, 2008) a v některých zemích, například ve Francii je testování na přítomnost vybraných drog u účastníků smrtelných dopravních nehod povinné (Másilková a Kolčava, 2019), v ČR se toto neděje, a proto i statistiky o počtu zemřelých při DN pod vlivem alkoholu a drog jsou výrazně zkresleny.

Výzkum, který proběhl v období 1995–1997, zjistil, že 41 % řidičů, kteří se stanou účastníky dopravních nehod, je pozitivních na alkohol (Athanaselis et al., 1999). Z výzkumu z roku 2020, do kterého byli zařazeni všichni pitvaní aktivní účastníci po DN od roku 2015 do ledna 2018, vyplynulo, že každý 29. řidič osobního automobilu byl pod vlivem THC, u řidičů motocyklu to byl pak každý 13. řidič (Másilková et al., 2020).

1.2 Zdravotní důsledky dopravních nehod

Úrazy při dopravních nehodách jsou jedním z nejdiskutovanějších problémů traumatologie ve všech vyspělých zemích a počet takovýchto úrazů nejen narůstá, ale zvyšuje se i jejich závažnost (Pokorný, 2002). Osoby po DN se tak ocitají v nemocničních a mnohdy i rehabilitačních zařízeních, kde očekávají vstřícný přístup personálu, kvalitní léčbu a kvalitní komunikaci, a to mezi sestrou a pacientem nebo lékařem a pacientem (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019). Profesionální chování personálu ve zdravotnických zařízeních zvyšuje účinek léčby na pacienta, což vede k rychlejšímu zotavení pacienta a snižuje náklady na péči (Sobczak a Grudziąz-Sękowska, 2011). Zranění při DN můžeme rozdělit do dvou kategorií, a to na dočasné postižení a trvalé postižení, kdy první lze definovat jako zhoršení fyzických nebo duševních schopností

jednotlivce, které by mohly bránit člověku standardně fungovat, ale je vyhlídka, že se jeho zranění stabilizuje, a druhou se rozumí fyzická nebo psychická újma, která bude znamenat pro dotyčného omezení při zaměstnání nebo jiných aktivitách po zbytek života (Ayuso et al., 2016). Pokud zdravotní stav, který omezuje pro výkon práce klíčové tělesné, duševní nebo smyslové schopnosti, trvá déle než 1 rok, nebo podle poznatků lékařské vědy se předpokládá, že by mohl trvat déle než 1 rok, je definován jako dlouhodobě nepříznivý (Čeledová et al., 2015).

1.2.1 Zdraví

Dle klasické definice Světové zdravotnické organizace je zdraví tělesná a duševní pohoda – optimální stav zdraví určité osoby, který závisí na souboru podmínek, jež jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realistické a biologické možnosti (World Health Organization, 1948). Dle Raudenské a Javůrkové je zdraví celkový, tedy duchovní, sociální, psychický a tělesný stav člověka, který znamená nepřítomnost nemoci (Raudenská a Javůrková, 2011).

1.2.2 Nejčastější zranění při dopravních nehodách

Nejzávažnějšími důsledky dopravních nehod je ztráta života či vážná zranění (Porada, 2000; Berg et al., 2016).

V roce 2021 bylo v ČR 99 332 DN, při nichž bylo usmrceno 470 osob (v roce 2020 o 10 osob méně), zraněno bylo těžce 1 624 osob, lehce 20 581 osob a celková hmotná škoda při těchto DN činila 6 718 258 800 Kč (Policejní prezidium České Republiky, 2022).

Lokalizace, rozsah a charakter zranění při DN je závislý na mnoha okolnostech, zejména na druhu účasti zraněného v dopravě. Nejzranitelnější účastníků dopravy jsou chodci, neboť nejsou proti vzniku zranění prakticky ničím chráněni, proto bývají zranění natolik závažná, že končí smrtí nebo způsobí dlouhodobé léčení jedince, případně invaliditu (Olszewski et al., 2015; Vorel, 1999). Pokud jde o poranění chodců, výsledky mnohých studií poukazují na vyšší frekvenci poranění končetin (zejména pohmožděnin a zlomeniny dolních končetin) a hlavy (zejména intrakraniální poranění bez zlomeniny lebky) (Calhoun et al., 1998; Kong et al., 1996; Eastridge a Burgess, 1997; Durkin et al., b.r.).

Mezi základní faktory ovlivňující vznik zranění cestujících v osobních automobilech patří skutečnost, zda osoba ve vozidlu je či není připoutána bezpečnostním pásem a zda je vozidlo vybaveno airbagy. V případě, že řidič nepoužije bezpečnostní pás, může mít poraněný obličej i hlavu od čelního skla, jeho rámu i od volantu do nějž naráží bradou, dále pak může jít o řezné ranky od skla, tržně-zhmožděné rány, zlomeniny obličejových a lebních kostí, zhmoždění mozku a nitrolební krvácení (Vorel, 1999). Řidiči, který je řádně upoután bezpečnostním pásem, ale jehož vůz nemá airbagy, se hlava naklání do výrazné hyperflexe a podle nastavení sedadla může horní třetinou dosáhnout až k volantu, zatímco při současném užití bezpečnostních pásů a airbagů je obličej a jeho kostra poraněna daleko méně, někdy pouze formou velmi povrchních oděrek (Hirt, 2012). Mezi častá zranění u cestujících na zadních sedadlech osobního automobilu patří zranění břicha, dolní části zad, bederní páteře a pánve, zatímco u cestujících na předních sedadlech jsou typická zranění kolen a dolních končetin, zranění hrudníku, lokte, předloktí a zápěstí (Mitchell et al., 2015).

Cyklisté a motocyklisté jsou, stejně jako chodci, velmi málo chráněni, a navíc se pohybují vysokými rychlostmi, které u motocyklistů mohou převyšovat i rychlosti sportovních automobilů (Hirt, 2012). U řidičů motocyklů a mopedů se častěji, než u ostatních

účastníků DN objevují zranění dolních končetin (Ferrando et al., 2000). Cyklisté patří mezi oběti, u kterých často dochází k vážným zraněním, především se jedná o zlomeniny končetin, rozsáhlé pohmožděny a poranění hlavy (Puranik et al., 1998; Kennedy, 1996). Starší lidé jsou obecně vůči traumatům zranitelnější než jiné věkové skupiny, proto míra úmrtnosti všech stupňů zranění vzrůstá z přibližně 1 % ve věkové skupině do 20 let na téměř 11 % ve věkové skupině nad 70 let (McCOY et al., 1989). Znevýhodnění z hlediska vzniku zranění jsou při DN i obézní osoby. Pravděpodobnost usmrcení obézních lidí při DN v osobním vozidle stejné velikosti a hmotnosti je o desítky procent vyšší než u osob s optimální hmotností, a to při obezitě 1. stupně (při BMI od 30 do 34,9) vzrůstá riziko usmrcení o 21 %, obezita 2. stupně (BMI o hodnotě od 35 do 39,9) s sebou nese zvýšení rizika úmrtí o 51 % a s obezitou 3. stupně (BMI vyšší než 40) se umírá při nehodě až o 81 % častěji (Rice a Zhu, 2013).

1.2.3 Poranění páteře a míchy

Mezi nejčastější příčiny poranění míchy ve Spojených státech patří dopravní nehody motorových vozidel, z nichž autonehody a motocyklové havárie tvoří hlavní zdroj úrazů míchy. Každoročně představují téměř polovinu nově vzniklých poranění (Mayo Clinic, 2021).

Páteř se skládá z obratlů, které jsou seřazeny pod sebou a tvoří páteřní kanál, uvnitř kterého se nachází mícha – svazek nervových vláken a buněk, které vedou nervové impulzy z mozku do různých částí těla, a naopak. Při zlomeninách obratlů mohou úlomky kostí částečně nebo úplně přerušit míchu, což vede k částečnému nebo úplnému výpadku hybnosti svalů a ztrátě citlivosti pod úrovní poranění (Franjić, 2022). Traumatické úplné přerušení míchy je považováno za zničující stav, který způsobuje vážné neurologické následky, snižuje kvalitu života a vyvolává významnou nemocnost s obrovskými lidskými a ekonomickými následky (Agbu et al., 2022; Singh, 2021). Klinické příznaky poranění míchy mohou zahrnovat částečnou nebo úplnou ztrátu cití a/nebo funkčních schopností bezprostředně pod úrovní úrazu, v závislosti na rozsahu úrazu a lokalizaci poškození (Alizadeh a Karimi-Abdolrezaee, 2019).

Funkční přerušení míchy v dolní části hrudní páteře má za následek paraplegii (úplné ochrnutí dolní poloviny těla), zatímco funkční přerušení míchy v oblasti krční páteře má za následek kvadruplegii (úplné ochrnutí všech čtyř končetin) (Wanjari et al., 2021). Po poškození míchy každý člověk reaguje na svůj stav a obtížnou situaci trochu odlišně.

Nicméně většina spinálních pacientů prožívá pocity jako hněv, lítost, strach, deprese a po vyslechnutí nezvratné prognózy není schopna uvěřit tomu, co se stalo. Tyto reakce jsou běžné a často jsou tyto pocity negativně zaměřeny na zdravotnický personál nebo rodinu (Česká asociace paraplegiků, 2016). U jedinců s poraněním míchy bylo pozorováno zvýšené riziko poruchy duševního zdraví (Hoffman et al., 2011; Migliorini et al., 2008; Fann et al., 2011), a to zejména deprese a úzkostné poruchy s mírou prevalence 22 % (Williams a Murray, 2015) a 27 % (Le a Dorstyn, 2016).

Podle metodického opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky z července 2002 se poškození míchy dělí na tato období:

1. stádium 1a (cca 1. – 2. týden) po vzniku zranění – akutní (urgentní) fáze, během které by měl být pacient hospitalizován na ARO nebo JIP spondylochirurgického oddělení stádium 1b (cca 2. – 12. týden) po vzniku onemocnění – subakutní (postakutní) fáze, během které by měl být pacient hospitalizován na spinální jednotce
2. stádium 2 (cca 6. – 26. týden) po vzniku onemocnění – chronická fáze, během které by měl být pacient hospitalizován na Spinální rehabilitační jednotce (Rehabilitační ústav Kladruby, Rehabilitační ústav Hrabyně, Hamzova odborná léčebna Luže-Košumberk)
3. stádium 3 (tzv. terciární fáze) je období, kdy někteří pacienti potřebují péči pro vzniklé komplikace (dekubity, infekce močového systému, urolitiázu, kontraktury, narůstající spasticitu, bolesti, psychologické a psychiatrické poruchy) nebo následné akutní stavy či operační zákrok (Wendsche a Kříž, 2005).

Poškození míchy vede vždy k poruše její funkce, většinou dlouhodobé. Tyto následky jsou především závislé na rozsahu a výšce poškození (částečné nebo úplné), ale také na mnoha dalších faktorech. Mohou se zde objevit zdravotní komplikace, které pro paraplegika či tetraplegika představují životní ohrožení (Česká asociace paraplegiků, 2012).

Bez ohledu na to, v jakém místě došlo k poranění míchy, dochází ke ztrátě kontroly nad vyprazdňováním (Faltýnková et al., 2004). Močový měchýř je inervován vegetativními vlákny, která probíhají z mozku do míchy a končí v míšním centru pro močení ve výšce segmentů S2–S4 (to je v oblasti obratlů Th 12 – L1) a odtud vedou další vlákna do stěny močového měchýře a k zevnímu svěrači (Česká asociace paraplegiků, 2016). Běžným následkem po poranění míchy je porucha sexuálních funkcí, a to u mužů i u žen, přičemž,

čím výše se nacházející léze nad segmentem Th 12, tím je u mužů i vyšší šance na zachování erekce, z čehož plyne nespokojenost po sexuální stránce (Šrámková, 2013). V prvních 48 hodinách jsou plegici ohroženi vznikem proleženin nejvíce, neboť proleženina se v tomto časovém horizontu může vytvořit již do 30 minut a pokud dojde k rozvoji dekubitů v akutní fázi, výrazně to pacienta limituje v další rehabilitaci (Wendsche, 2009). Po úrazu míchy dále dochází k dysfunkci střeva a análního svěrače, poruše termoregulace, poruše dýchání a podobně (Faltýnková et al., 2004).

Dekubity jsou uznávány jako významná sekundární komplikace u osob s poraněním míchy (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2019). Výzkum, kterého se zúčastnilo 70 pacientů se zraněním míchy, uvádí, že 8,57 % těchto účastníků trpělo častými dekubity (Nguyen et al., 2022). V jiné studii, které se zúčastnilo 108 pacientů, byl výskyt častých dekubitů u 12,96 % účastníků (Akram et al., 2022). Mnoho výzkumů, které byly provedeny v různých částech světa, ukázaly, že výskyt dekubitů souvisí s různými rizikovými faktory, mezi které patří ty neovlivnitelné, jako jsou různá chronická onemocnění, ale i ovlivnitelné, jako je dostatek pohybu (Bereded et al., 2018; Dixit, 2018; Saunders et al., 2012).

1.3 Sociální důsledky dopravních nehod

Mnohé země si již uvědomily, že jednou z mnoha výhod předcházení DN je omezení sociálních nákladů, které s tím souvisí (Guria, 1990).

1.3.1 Psychický stav po úrazu páteře

DN mají dopad nejen na zasaženého jedince, ale i na jeho celou rodinu a jsou mnohdy traumatizujícím zážitkem, který způsobí náhlou změnu dosavadního života (Neusarová, 2009). Po počátečním šoku se u účastníků DN mohou objevit pocity hněvu, vzteku a následného vyrovnání se s následky nehody na těle i duši, které dále vedou ke smíření nebo k rezignaci na novou situaci, přičemž psychická strádání mohou způsobit i jednání s ní spojená, jako například styk s policisty, úředníky, soudci či zdravotníky (Neusarová, 2009).

Úraz přichází bez varování a během několika vteřin mění natrvalo život samotného účastníka DN, ale i nejbližších přátel a jeho celé rodiny (Vágnerová et al., 2000). Jeden z největších tlaků na psychiku v případě získaného postižení je nečekaný přechod zdraví v „nezdraví“, funkční nedostatečnost a vzhledová odlišnost (Novosad, 2011). U jedinců

se získaným postižením je jako krizová fáze uváděna doba po vzniku potíží, kdy je jeho sebehodnocení kvůli pocitu ztráty velmi nízké, a navíc se cítí podveden, je nespokojený s vlastním stavem a pociťuje nenávist k sobě samému i k jiným lidem (Másilková, 2017). V krajním případě vede takový postoj až k sebevražedným pokusům (Vágnerová et al., 2000).

Výzkumy i zkušenosti z praxe dokazují, že osoby s postižením, které znají svůj zdravotní stav, jsou vhodně motivovány, mají vytvořen systém hodnot i cílů, mají podporu blízké osoby a mají jasnou životní perspektivu, lépe spolupracují při rehabilitaci, rychleji se zotavují a snášejí lépe bolest (Novosad, 2011; Neusarová, 2009). Komunikace s pacientem a poskytování pomoci při vytváření jeho další životní strategie jsou rovněž klíčové aspekty, kterými sociální pracovníci v daných zařízeních mohou přispět (Navrátil a Navrátilová, 2008). Po úraze prochází postižená osoba těmito fázemi:

- výkřik,
- popření,
- intruze,
- vyrovnání,
- smíření (Křivohlavý, 1985).

Osoba, která utrpí úraz páteře a míchy, se po zjištění tohoto faktu dostává do krize, kterou můžeme ve škále náročných životních situací hodnotit jako šestý, největší životní stresor (Holmes a Rahe, 1967).

Způsob, jakým se jednotlivci postižení DN zotavují a vyrovnávají se se svým postižením, má významný vliv nejen na ně samotné, ale také na jejich okolí. S odpovídající podporou jsou schopni se znovu aktivně zapojit do života (Prang et al., 2015). Ačkoliv to zní velmi neobvykle, i takovéto poranění může mít za určitých okolností ve svém důsledku i některé pozitivní dopady na osobnost člověka, který si poraněním páteře a míchy prošel. Jedná se o posttraumatický rozvoj osobnosti, který se nejeví jako obvyklý, očekávaný důsledek zažitého traumatu, ale jako pozitivní odměna z boje s vlastním traumatem (Tedeschi a Calhoun, 2004).

1.3.2 Negativní psychické dopady po úrazu páteře

Ztráta schopností, životních plánů a snů často vyvolává u mnoha lidí pocity deprese, úzkosti, stresu, a dokonce i myšlenky na sebevraždu. Tato situace může také vést k rozvoji

afektivní poruchy nebo posttraumatické stresové poruchy. V roce 2008 byl proveden výzkum, který se zabýval těmito obtížemi, a z něj vyplývá, že 48,5 % respondentů se potýkalo s problémy duševního zdraví. Z tohoto počtu trpělo 37 % respondentů depresí, 30 % úzkostmi, 25 % závažným stresem a 8,4 % posttraumatickou stresovou poruchou (Migliorini et al., 2008).

Jiné výzkumy se zabývaly možnostmi vzniku deprese a úzkosti u lidí po poranění míchy a tím, jak jsou těmito chorobami ohroženi ve srovnání se zdravou populací, přičemž výsledky výzkumu se zde různí. V roce 2011 byla publikována rozsáhlá studie s 1035 respondenty, jež se zabývala výskytem deprese u lidí s poraněním míchy v rozmezí 1–5 let po úrazu. Zjištěné výsledky studie naznačují, že mezi postiženými lidmi je výskyt deprese ve výši 18–21 %. Jako hlavní rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost vzniku deprese byly identifikovány: nadměrné užívání alkoholu, zvýšená intenzita pocitu bolesti a zhoršení celkového zdravotního stavu (Hoffman et al., 2011).

Autoři výzkumu z roku 2000 se zaměřili na depresi u lidí po poranění míchy a zahrnuli do něj 1391 respondentů, kteří byli alespoň 1 rok po úrazu. Jejich zjištění naznačovala výrazné příznaky deprese a tendence k sebevražedným myšlenkám u 48 % respondentů. Z těchto osob vykazovalo 10–15 % velmi závažnou formu deprese (Krause et al., 2000).

Publikovaný výzkum z roku 2000 se zaměřoval na výskyt depresivních a úzkostných symptomů u jedinců s poraněním míchy. Výsledky ukázaly, že 21 % respondentů trpí určitými příznaky deprese. Zajímavým zjištěním bylo, že ženy vykazovaly vyšší skóre na škále obecné úzkosti než muži a jejich úzkost se pohybovala v pásmu mírné klinické úzkosti. Celkově bylo pozorováno mírné zvýšení depresivity a úzkosti u obou pohlaví ve srovnání s normální populací (Woolrich et al., 2006).

1.3.3 Sebevraždy u osob po poranění páteře a míchy

Sebevraždou rozumíme takové jednání, kterým došlo k úmrtí z vlastní vůle a vlastního přičinění zemřelého (Mühlpachr, 2008). Sebevražda může být také výrazem naléhavé potřeby změnit svůj život (Vágnerová, 2004).

Sebevražedné chování má tyto čtyři formy:

- suicidální myšlenky (zahrnují uvažování o spáchání sebevraždy),
- suicidální tendence (čin připraven, například je sepsán dopis),
- suicidální pokus (čin, který je proveden za účelem zemřít, avšak bez úspěchu),

- dokonané suicidium – sebepoškozující akt s následkem smrti (Koutek a Kocourková, 2003).

Poranění páteře a míchy je traumatická životní událost a lze ji tak označit jako rizikový faktor vzniku sebevražedného jednání (Bouček, 2001).

Výzkum provedený v roce 1991 ukazuje, že procento sebevražd po úrazech páteře a míchy je dvakrát až šestkrát vyšší než u většiny populace (Charlifue a Gerhart, 1991). Tento fakt potvrdil i pozdější výzkum, který stanovil procento rizika výskytu sebevraždy u lidí s poraněním páteře a míchy na pětkrát vyšší než u většinové populace (Hartkopp et al., 1998).

V rámci jiných výzkumů byly identifikovány faktory ovlivňující riziko sebevraždy u lidí po úrazu páteře a míchy. Tyto studie určily časové období s nejvyšším rizikem sebevraždy, které se nachází mezi prvním a pátým rokem po úrazu. Nicméně je třeba také zdůraznit, že vyšší riziko sebevraždy je pozorováno i během prvního roku po úrazu a po pátém roce po úrazu riziko klesá. Další důležitým faktorem je věk, kdy nejvyšší riziko sebevraždy spadá do věkového rozmezí mezi 25. a 54. rokem života (DeVivo et al., 1991). Sebevražedné myšlenky připustilo 947 osob s poraněním míchy, tedy 15 % výzkumného vzorku (Fann et al., 2011).

1.3.4 Kvalita života u osob po úrazu páteře

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem (World Health Organization, 2019). V roce 1975 vydal Straus jednu z prvních monografií, která se zabývala kvalitou života chronicky nemocných pacientů a starých lidí (Křivohlavý, 2002).

Kvalita života se může zkoumat z pohledu medicínského, interpersonálního, psychologického a dalších (Gurková, 2011). Složky kvality života, jejich výběr a šíře, stejně jako celkové pojetí konceptu, které se v definicích objevují, se liší napříč akademickými disciplínami, myšlenkovými směry v rámci těchto disciplín i mezi sociálními skupinami populace, a tak můžeme objevit kvalitu života definovanou na makro-společenské i na mikro-individuální úrovni, kvalitu života definovanou ve vztahu k očekáváním a srovnáváním se s ostatními nebo kvalitu života jako míru, do které jsou uspokojeny potřeby nebo dosažena celková spokojenost člověka (Bowling a Windsor,

2001). Kvalita života může být definována také pouze pomocí objektivních složek kvality života, jakými je například výše příjmu, kvalita bydlení či úroveň vzdělání (Bowling a Windsor, 2001).

Deskripce konceptu jako multidimenzionální veličiny je výsledkem předpokladu, že kvalita života je fenoménem týkajícím se života jako takového a ten je utvářen množstvím různých dimenzí, které mezi sebou vytváří různé druhy vazeb a vztahů a mohou se navzájem překrývat (Andráško, 2005). Konkrétní výčet dimenzí není k dispozici, avšak badatelé již dávno uznali, že kvalitu života spoluutváří osobní a environmentální faktory a jejich vzájemná interakce, což znamená, že kvalita života je přítomna ve dvou odlišných formách: objektivní – pozorovatelné, a subjektivní – existující pouze ve vědomí jedince (Cummins, 2005).

Každý vědní obor nahlíží na kvalitu života podle vlastních kritérií, například v psychologii je kladen důraz na prožívání životní pohody a životní spokojenost jako hlavní ukazatel kvality života, v sociologii na majetek a sociální postavení (Hnilicová, 2005). V medicíně je naopak kladen důraz převážně na zdraví a fyzický stav, kde subjektivní pocit životní pohody z hlediska medicíny je tedy propojen se zdravím nebo naopak nemocí či úrazem (Bech, 1993).

Kvalita života klesá s vyšší závažností zranění (Rissanen et al., 2017). Je však známo, že nejen závažnější zranění po DN jsou negativně spojena s nižší kvalitou života, ale spíše se ukázalo, že všechny úrovně závažnosti poranění (lehká, střední a těžká poranění) mají negativní vliv na celkovou kvalitu života (Gopinath et al., 2017; Kenardy et al., 2015; Khati et al., 2013; Nhac-Vu et al., 2014). Podle kvalitativní studie provedené ve Švédsku bylo zjištěno, že osoby, které utrpěly lehká a středně těžká poranění po DN (bez zahrnutí těžkých poranění), trpěly dlouhodobými dopady na kvalitu svého života (Hasselberg et al., 2019).

Lidé s poraněním páteře jsou náchylní ke komplikacím, jako je pneumonie, septikémie, infekce močových cest, srdeční onemocnění a chronická bolest, což může zvýšit klinickou závažnost jejich zdravotního stavu (Shavelle et al., 2006; Sipski a Richards, 2006) a snížit kvalitu jejich života ve srovnání s běžnou populací (Middleton et al., 2007).

Kvalita života je konceptem vysoce abstraktním, což znamená, že ji nelze přímo popsat a kvantifikovat. Proto se používá nepřímý přístup, který spočívá v určování kvality života pomocí skladebných částí, známých jako ukazatele kvality života. Je však důležité si

uvědomit, že žádné reálné měření nemůže zahrnout všechny komponenty, které skutečně ovlivňují lidský život a jeho kvalitu (Rogerson, 1995). Měření kvality života se skládá z procesu rozložení konceptu na jednotlivé podstatné měřitelné části, z jejich tematického seskupení do tzv. domén a následně z agregace těchto kvantifikovaných indikátorů do souhrnného ukazatele kvality života, tedy indexu kvality života (Godor a Horňák, 2010).

Je nepochybné, že se vždy bude jednat pouze o výběr klíčových prvků, kterým je z nějakého důvodu přikládán největší význam. Na základě uvedených teoretických poznatků, rozhovorů s respondenty a stanovených výzkumných cílů se disertační práce zaměřuje na následující oblasti, které mají významný vliv na kvalitu života lidí po DN, kteří utrpěli zranění vedoucí k paraplegii nebo kvadruplegii v důsledku dopravní nehody:

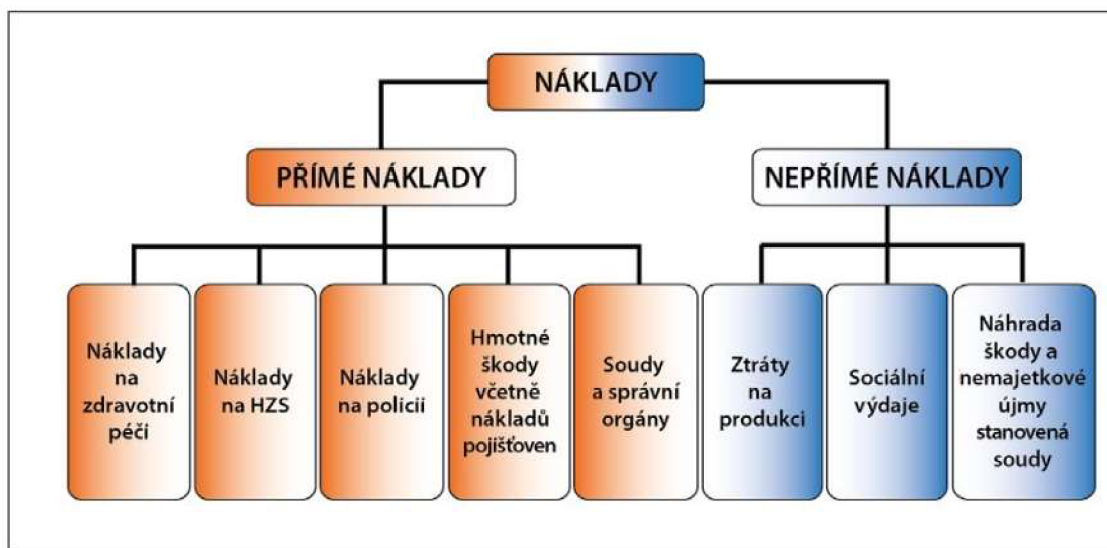
- ekonomická situace
- sociální situace
- zdravotní obtíže spojené s paraplegií nebo kvadruplegií

1.3.5 Ekonomická situace

V našem výzkumu jsou jedinci postižení důsledky DN jak fyzicky, což se projevuje například vznikem paraplegie či kvadruplegie, tak i ekonomicky, kdy se značně zvyšuje finanční zátěž. Tato zátěž souvisí s náklady na léčbu a rekonvalescenci, ale také s právními výlohami, jako jsou například poplatky za právní služby či kopie dokumentů. Důsledky DN samozřejmě ovlivňují i sociální situaci postižených osob – často dochází ke ztrátě zaměstnání, a tím i snížení společenského statutu a dalšímu finančnímu oslabení. (Neusarová, 2009).

Je zcela nepochybné, že ztráty způsobené DN mají významný dopad nejen na její viníky a oběti, ale také na stát a pojišťovny. Celková výše ztrát vyplývajících z DN poskytuje přehled o finančním dopadu těchto událostí na ekonomiku, a to v co nejširší perspektivě – včetně dopadu na stát, firmy i občany. Následky DN totiž vedou k významným finančním ztrátám spojeným s majetkem a zdravím postižených, ale také s náklady souvisejícími se složkami integrovaného záchranného systému (IZS), které při nehodách zasahují. K tomu je třeba přičíst následnou lékařskou péči, odškodnění poškozených osob a aktivity související s vyřazením zraněných osob z pracovního procesu (Centrum dopravního výzkumu, v. v. i., 2020).

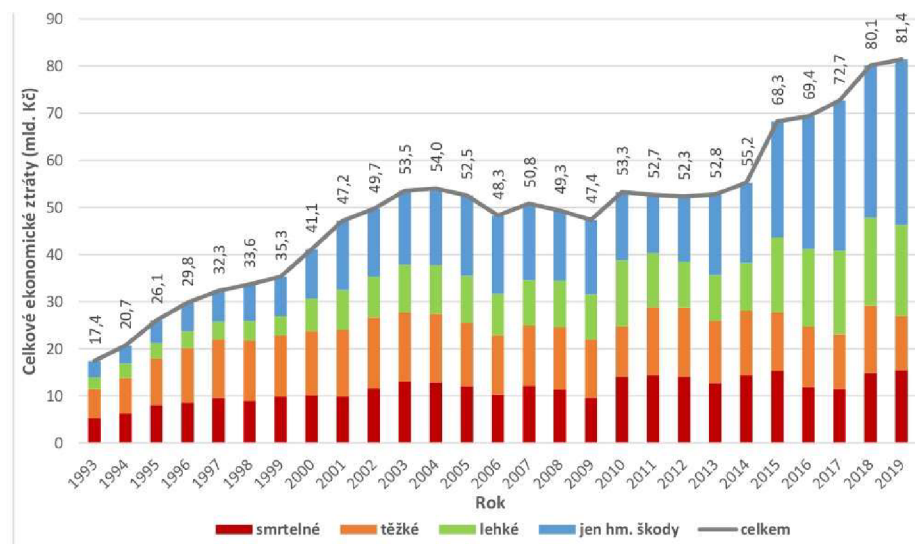
Výpočet ztrát z dopravní nehodovosti na pozemních komunikacích je prováděn dle aktualizované Metodiky výpočtu ztrát z dopravní nehodovosti zpracované Centrem dopravního výzkumu, v. v. i., z níž vyplývá, že náklady na výpočet ztrát po DN můžeme rozložit na přímé a nepřímé (obr. 1).



Obrázek 1 Rozčlenění nákladů pro výpočet ztrát z dopravní nehodovosti v ČR

Zdroj: (Vyskočilová et al., 2017)

V roce 2019 došlo při DN k ekonomickým ztrátám ve výši 1,4 % hrubého domácího produktu, přičemž tyto ztráty se od roku 1993 stále zvyšují (obr. 2).



Obrázek 2 Vývoj ekonomických ztrát z DN v ČR 1993–2019

Zdroj: (Centrum dopravního výzkumu, v. v. i., 2020)

Jedním z hlavních sociálních dopadů jsou finanční potíže samotného účastníka a následně i jeho rodiny (Mayou et al., 2002). Až 32 % osob po DN skončí v pracovní neschopnosti

nepřesahující šest měsíců; vyšší pracovní neschopnost znamená i vyšší ekonomické dopady pro daný stát (Berecki-Gisolf et al., 2013); 40 % osob, které byly účastníky DN a utrpěly zranění, uvádí finanční problémy, a to v průměru po třech měsících od DN; u 27 % z těchto osob tyto problémy přetrvávají i po jednom roce od DN a téměř polovina poškozených po DN žádá o odškodné, ale pouze čtvrtina žádostí je vyřízena do jednoho roku (Mayou a Bryant, 2003). K ekonomickým důsledkům DN lze zařadit ztrátu produktivity, náklady na právní služby, náklady na bolest a ztrátu kvality života oběti i její rodiny, přičemž ztráta produktivity představuje významný podíl z celkového počtu společenských nákladů (Guria, 1990).

Osoba postižená DN se často ocitá v pracovní neschopnosti, což způsobuje pokles jejího příjmu. Tento problém je o to závažnější, pokud jde o živitele rodiny. Oběti DN sice mají nárok na různé formy náhrady škody, jako je bolestné a ztížení společenského uplatnění, avšak tyto finanční prostředky nemusí být okamžitě k dispozici a není jisté, zda budou skutečně přiznány a vyplaceny. Z dlouhodobého hlediska tak rodina může utrpět velkou a nenahraditelnou finanční ztrátu (Másilková, 2017).

Vypořádání se s poraněním míchy, které vyústilo v trvalé ochrnutí, je ovlivněno mnoha behaviorálními a psychosociálními faktory. Mezi ně patří sociální a finanční podpora, která přispívá ke zlepšení fyzického a psychického stavu člověka postiženého dopravní nehodou a usnadňuje jeho návrat do zaměstnání (Prang et al., 2015).

Vznik invalidity je podmíněn dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a je-li člověk závislý na pomoci jiné fyzické osoby, stát mu přispěje na zajištění sociálních služeb nebo jiného druhu pomoci formou příspěvku na péči (Čeledová et al., 2015).

Invalidní důchod

Invalidita často navazuje na dlouhodobou pracovní neschopnost, během které má postižený člověk nárok na nemocenskou, pokud je uznán jako práce neschopný. Délka a podmínky poskytování nemocenské se řídí zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.

Okolnosti návratu do zaměstnání nebo nástupu do invalidního důchodu (dále i „ID“) ovlivňuje řada faktorů. Různé studie prokázaly, že například pravděpodobnost návratu do zaměstnání klesá s rostoucím věkem (Marnetoft et al., 2001; Selander a Marnetoft, 2007; Crook et al., 1998) a že u lidí žijících ve venkovských oblastech se snižuje míra pravděpodobnosti návratu do zaměstnání (Misra a Tseng, 1986). Dále bylo prokázáno, že

nízká míra nezaměstnanosti v dané oblasti zvyšuje pravděpodobnost návratu do zaměstnání (Heikkilä et al., 1998).

Výzkum z roku 2012 ukázal, že jedinci, kteří měli před úrazem stálé zaměstnání, rehabilitovali důkladněji a delší dobu, než ti, kteří zaměstnání neměli, přičemž obě skupiny sice nastoupily do invalidního důchodu, ale první skupina projevovala větší snahu o návrat do zaměstnání, zatímco druhá skupina žádala o invalidní důchod dříve (Stover et al., 2012).

V ČR není stanovena povinnost důkladné rehabilitace, ale například ve Spolkové republice Německo je hlavní podmínkou pro přiznání invalidního důchodu potvrzení, že ačkoliv daná osoba prošla důkladnou rehabilitací, není možné, aby se vrátila do zaměstnání (Másilková et al., 2018). Příprava a realizace zákona o rehabilitaci je zájmem mnoha českých odborníků v této oblasti (Bruthansová a Jeřábková, 2010). Osoby, kterým je v České republice přiznán invalidní důchod prvního až třetího stupně, si mohou podle svých možností přivydělávat, z čehož plynou jejich zaměstnavatelům různé výhody (Kahoun, 2013). Není tak výjimkou, že osoba, která má přiznaný invalidní důchod, má několik zaměstnání, a tedy několik příjmů, a pokud nastane situace, že by jí hrozilo odebrání invalidního důchodu, například při plánované revizi jejího zdravotního stavu, přestane pracovat (Másilková et al., 2018).

Různé studie ukazují, že právě intenzivní rehabilitační proces přispívá k rychlejšímu zotavení pacienta, což má za následek jeho dřívější nástup do zaměstnání a nižší náklady na péči. (Sobczak a Grudziąż-Sękowska, 2011). Mnohé vyspělé země vynakládají nemalé finanční prostředky na předcházení dopravním nehodám, a to s ohledem na následné vysoké ekonomické náklady, přičemž dojde-li k úrazu, trvají na důsledné rehabilitaci, což je jedna z možností omezení ekonomických nákladů (Guria, 1990). Mezi vyspělé země, které se zaměřují na prevenci dopravních nehod a následnou rehabilitaci, patří také Spolková republika Německo. Naopak v České republice je běžné, že osoby nastupující do rehabilitačního zařízení uvádějí, že o invalidní důchod žádají těsně před ukončením rehabilitačního pobytu nebo ihned po návratu domů, což často souvisí s finančními důvody (Másilková et al., 2018).

ČR vynakládá na vyplácení invalidních důchodů nemalé částky, neboť počet uznaných invalidit je v letech 2018–2020 vysoký (Česká správa sociálního zabezpečení, 2020). Celkové výdaje na invalidní důchody v roce 2021 činily 52,8 miliardy korun a 2,6

miliardy korun bylo vyplaceno na dávky pro osoby se zdravotním postižením, tedy na příspěvek na mobilitu a na zvláštní pomůcku (Český statistický úřad, 2022).

Pojem invalidita se používá v situaci, kdy nepříznivý zdravotní stav jedince trvá dlouhodobě a v dohledné době u něj není naděje na opětovný výkon práce, není možné řešit sociální situaci poškozeného provizorním způsobem poskytováním dávky nemocenského z nemocenského pojištění, nýbrž je třeba přispívat na jeho životní potřeby dlouhodobě (Koldinská, 2022).

Invalidita tedy vzniká tehdy, jedná-li se o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a schopnost soustavně vykonávat pracovní činnost klesla alespoň o 35 %, přičemž se v dohledné době neočekává podstatné zlepšení zdravotního stavu (Zvoníková et al., 2010).

Jako časové kritérium pro definici invalidity je v českém právu sociálního zabezpečení tradičně používána doba trvání nebo předpokládaná doba trvání dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu delší než jeden rok (Olšovská et al., 2019).

Pojem invalidita je nutné odlišovat od pojmu dočasná pracovní neschopnost. Dočasnou pracovní neschopností se podle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné v tomto zákoně uvedené důvody neumožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní i jinou než dosavadní pojištěnou činnost anebo plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání podle zákona č. 435/2004. Sb., o zaměstnanosti, ve znění dalších předpisů. Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem, a poklesem pracovní schopnosti se rozumí snížení schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (Tomeš, 2015).

V závislosti na zjištěném stupni invalidity se invalidní důchod rozlišuje na invalidní důchod prvního, druhého a třetího stupně. Rozdíl mezi jednotlivými stupni invalidity spočívá v míře poklesu pracovní schopnosti občana – pokles o 35 % až 49 % znamená první stupeň, o 50 % až 69 % druhý stupeň a o 70 % nebo více pak třetí stupeň (Česká správa sociálního zabezpečení, 2023).

Příspěvek na péči

Poskytování péče zahrnuje emocionální i pracovní aspekty a může se týkat jak placených, tak neplacených aktivit. Tato oblast se pohybuje na pomezí mezi prací a neprací, mezi profesionálním úsilím a láskou či finanční výměnou a vzájemností (Dudová, 2018). Avšak na rozdíl od práce, která je spojena s peněžní odměnou, bývá péče často vnímána jako projev emocionálního pouta a obdarování prostřednictvím blízkého vztahu (Lyon, 2010).

Osoba závislá na péči druhých získává příspěvek, který používá k zakoupení péče, včetně péče svých blízkých, pro které se tak péče stává „kvazizaměstnáním“, v důsledku čehož pak rozlišení formální a neformální péče není vůbec jednoznačné, přičemž ale formální (profesionální) a neformální (rodinné) formy péče představují kontinuum, jež je tvořeno a různě posouváno veřejnými politikami, ekonomickým kontextem a měnicími se rodinnými normami (Dudová, 2018). Neformální péče může být placená, stejně jako formální péče může obsahovat složky a aktivity, které jsou neplacené, neboť není vždy nutné rozlišovat mezi placenými a neplacenými činnostmi, protože peněžní transfery byly v rodinných vztazích vždy přítomné (Jacobs, 2003).

Rodina nemusí vždy být ideálním přístavem plným harmonie, neboť rodinné vztahy jsou nutně ambivalentní – zahrnují jak lásku, vzájemnost a solidaritu, tak vzájemnou závislost, vztahy nadvlády a podřízenosti nebo pocity viny (Luescher a Pillemer, 1998). Péče v rodině není nutně výsledkem dobrých vztahů, může být vykonávána i navzdory vztahům špatným (Jeřábek, 2013). Nemusí také být poskytována dobrovolně z vlastního rozhodnutí, ale může být například důsledkem absence jakéhokoli jiného řešení (Dudová, 2015). Rodina navíc není homogenní jednotkou, ale jedná se o jednotlivé aktéry s jejich individuálními zájmy, které se mohou, ale nemusí shodovat se zájmy skupinovými (Dudová, 2018).

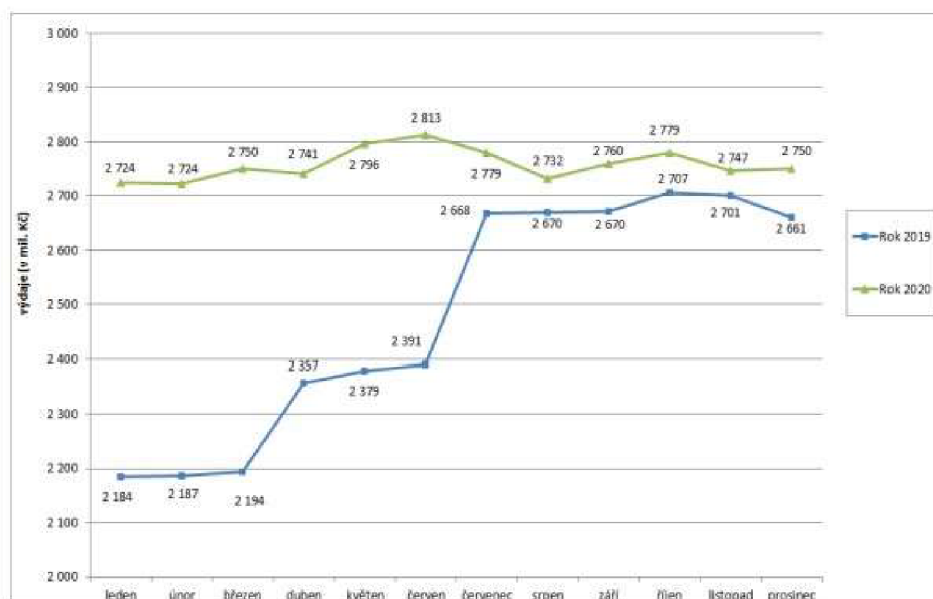
Zavádění finanční podpory pro koncové uživatele neboli příjemce péče v kontextu „neorganizovaného kapitalismu sociální péče“ (Bode, 2007) má několik kontroverzních důsledků: posílení trhu v oblasti péče posílením koupěschopnosti uživatelů a uživatelek a zejména jejich definování jako „spotřebitelů“ péče vede ke ztracení péče a vytváření vysoce kompetitivních kvazitrhů péče (Clarke a Newman, 1997) a může stoupat neformální komunitní péče (na úkor veřejně plánované a organizované institucionální péče) a v důsledku toho se může projevit deprofesionalizace péče, neboť většinu náročné péče poskytují laikové (Jacobs, 2003).

Peněžní dávky určené pečujícím prostřednictvím příjemců péče, které za péči o sebe platí, by měly vést ke „komodifikaci“ péče – péče se stává obchodním artiklem, jenž je předmětem peněžní směny, a to i mezi blízkými osobami (Ungerso, 1995). Díky veřejné podpoře mohou v situaci tržní ekonomiky lidé o poskytování péče příbuznému vůbec uvažovat, případně v ní dlouhodobě pokračovat a finanční ocenění neformální péče tak může vést k posílení mezigeneračních závazků (Dudová, 2018). Nutno také říci, že dlouhodobá placená neformální péče vede zpravidla k horšímu ekonomickému a sociálnímu postavení a ekonomickým těžkostem pro pečující (Ungerson, 1997). Jedna z feministických kritik dokonce poukazuje na skutečnost, že podpora neformální péče vede k tomu, že ženy jsou nuceny opustit pracovní trh a soustředit se na péči o druhé, což je vrací zpět do tradiční role v rámci domácnosti (Milligan, 2009).

V roce 2006 nastal v ČR zásadní zlom ve vývoji sociální politiky týkající se péče o osoby se zdravotním postižením, a to ve shodě s vývojem v dalších evropských zemích, a v rámci reformy sociálních služeb byl zrušen PP o osobu blízkou zavedený v roce 1976; namísto něj vznikl PP, určený přímo tomu, kdo péči potřebuje, a zároveň byl navýšen (Dudová, 2018). Změna ale nevedla k očekávaným výsledkům, tedy výraznému uvolnění míst v rezidenční péči těmi, kteří nepotřebují každodenní nepřetržitou péči (Wija, 2013). Stejně tak se výrazněji nerozvinuly terénní či domácí sociální služby (Jeřábková a Průša, 2013). Podle výzkumu z roku 2012 si téměř polovina příjemců hradila z tohoto příspěvku léky a pětina náklady na dopravu (Průša, 2013). Dle některých autorů byl příspěvek v 73 % případů využit na zajištění neformální péče a v dalších 9 % se jednalo o kombinaci péče neformální a nějaké formální služby, přičemž nejčastěji jsou neformálními pečujícími dospělé děti nebo naopak rodiče příjemce/příjemkyně příspěvku na péči, jedná se tedy (zhruba v polovině případů) o mezigenerační poskytování péče (Hubíková, 2012).

PP je sociální dávka, která byla do našeho dávkového systému nepojistných sociálních dávek začleněna od roku 2007, kdy vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o nástroj pro financování sociálních služeb, který je dlouhodobě uplatňován v řadě evropských zemí, například v Německu již od roku 1995 (Hauschild, 1998).

Výdaje na PP se v ČR každým rokem zvyšuje (obr. 3).



Obrázek 3 Výdaje na příspěvek na péči v ČR v letech 2019–2020

Zdroj: (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2020)

Na základě provedených propočtů lze očekávat, že do roku 2030 počet příjemců příspěvku na péči vzroste na 469–489 tisíc osob, tedy o 35–40 % než je nyní, z čehož je zřejmé, že na tento nárůst počtu osob – příjemců příspěvku na péči – není naše společnost připravena, neboť počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, dlouhodobě stagnuje, pravidelně se zvyšuje počet neuspokojených žádostí o umístění do pobytových zařízení sociálních služeb, čímž se ukazuje, že je potřeba zásadním způsobem změnit systém financování sociálních služeb tak, aby poskytovatelé sociálních služeb nebyli závislí na přiznání dotací ze státního rozpočtu (Průša, 2015), nebo výrazněji podpořit rozvoj domácí péče tak, aby pečujícím osobám byla poskytována komplexní podpora a pomoc při zajišťování péče o rodinné příslušníky (Průša, 2018).

Dávky poskytované pro zdravotně postižené občany

Zákon č. 329/2011 Sb. Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, byl přijat koncem roku 2011 s účinností od ledna 2012 a účelem tohoto zákona je dle dikce § 1 úprava poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením, určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování, a průkaz osoby se zdravotním postižením. Tento právní předpis upravuje jak peněžité dávky, tak i nedávkovou pomoc v podobě průkazů a nároků z nich vyplývajících.

Právní úprava byla uvedeným zákonem provedena tak, aby odpovídala Úmluvě Organizace spojených národů o právech osob se zdravotním postižením, která je pro ČR

závazná od 28. 10. 2009, přičemž přijetím tohoto mezinárodního dokumentu se ČR zavázala zajistit a podporovat plnou realizaci všech základních lidských práv a svobod pro všechny osoby se zdravotním postižením tak, aby nebyly diskriminovány z důvodu svého zdravotního postižení (Beck, 2012).

Příspěvek na mobilitu představuje opakující se nárokovou dávku, která je vyplácena osobám se zdravotním postižením, aby jim kompenzovala náklady na zajištění nutné dopravy. Dávka náleží osobě se zdravotním postižením, při splnění všech nárokových podmínek a pro rok 2023 činí 900 Kč za kalendářní měsíc (Úřad práce ČR, 2023).

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek na zvláštní pomůcku je upraven zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů a nárok na něj má osoba, která splní zákonem stanovené podmínky a má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku. Příspěvky se, dle stejného zákona, poskytují na pomůcky v základním provedení, které osobě vzhledem k jejímu zdravotnímu postižení plně vyhovuje a splňuje podmínku nejmenší ekonomické náročnosti, nevztahuje se to na pořízení motorového vozidla.

Druhy a typy zvláštních pomůcek určuje prováděcí předpis k zákonu o dávkách pro zdravotně postižené, a to vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením v příloze 1.

Průkaz osoby se zdravotním postižením

Obecné podmínky o dávkách pro zdravotně postižené stanoví v § 34 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů a nárok na něj má osoba starší jednoho roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Zákon rozlišuje tři typy průkazů podle druhu a stupně postižení: průkaz osoby „TP“ (pro osoby se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra), průkaz osoby „ZTP“ (pro osoby s těžkým funkčním

postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra) a průkaz osoby „ZTP/P“ (pro osoby s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra).

Sociální služby

Sociální služba je činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé životní situaci, přičemž rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, musí působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, a musí zabraňovat jejich sociálnímu vyloučení (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2006).

Sociální služby zahrnují dle zákona č. 108/2006 Sb., zákona o sociálních službách:

- **Sociální poradenství** – poskytuje informace přispívající k řešení nepříznivé sociální situace,
- **Služby sociální péče** – napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou i psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života a jedná se například o pečovatelskou službu nebo domovy se zvláštním režimem,
- **Služby sociální prevence** – napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci a cílem těchto služeb je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích jevů.

1.3.6 Sociální vztahy

Rodina

Rodina poskytuje významnou sociální a emoční podporu, zvyšuje motivaci k překonávání obtíží a je většinou nejbezpečnějším útočištěm pro zdravotně postiženou osobu, pro níž bývá samota velmi tíživá. Osamělí lidé nejsou příliš motivováni ke snaze, protože nevidí důvody, proč se snažit a zároveň jim chybí emoční podpora (Vágnerová et al., 2000).

Existují důkazy o tom, že lidé po poranění míchy se špatnými sociálními vztahy mají větší pravděpodobnost problémů s duševním zdravím než lidé s odpovídajícími strukturálními a funkčními sociálními vztahy (Tough et al., 2017; Müller et al., 2012). Strukturální měřítka popisují kvantitativní aspekty sociálních vztahů (jako velikost sítě,

četnost sociálních kontaktů), zatímco funkční měřítka představují kvalitativní aspekty, jako je například sociální podpora či spokojenost se vztahy (Helgeson, 2003; Berkman et al., 2000).

Je známo, že podpora v rodině u nemocných osob pozitivně ovlivňuje zdraví (Stephoe et al., 2000; Ali et al., 2006; Brown et al., 1975; Norbeck, 1985), životní spokojenost (Cohen a Wills, 1985; Helgeson, 2003) a dokonce i úmrtnost (Berkman a Syme, 1979; Gruenewald et al., 2007).

Partnerské vztahy

Pro postiženého člověka má partnerství vyšší význam než pro zdravého člověka a kromě uspokojení, které přináší intimní vztah sám o sobě, nabývá také velmi významné sociální hodnoty, zvyšuje sebevědomí postiženého člověka a zároveň poukazuje na jeho normalitu, proto je také u těchto lidí zvýšená potřeba uzavírat manželství (Vágnerová, 2004).

Obzvláště problematické jsou pro jedince po poranění míchy změny v rodinných vztazích, kdy se pocity střídají mezi vinou a vděčností ze strany partnera nebo rodičů (Weber et al., 2021). Život s blízkými pro osoby po poranění míchy vytváří pocit smysluplnosti, ale je prokázáno, že často se změni na pocit viny za to, že postižení jedinci nemohou být rodičem/manželem/partnerem, jakým by měli být, nebo výčitky od jejich partnerů ohledně neschopnosti přispívat k domácím úkolům (Jeyathevan et al., 2019). Životními změnami, které ovlivnily rodinu nebo partnery osob s poraněním míchy, byly nemožnost navštěvovat přátele a jiná místa kvůli fyzické nedostupnosti (Engblom-Deglmann a Hamilton, 2020; Charlifue et al., 2016), přerušení cestování s rodinou a pocit větší vazby na domov (Weber et al., 2021).

Ačkoliv rozkrývání problémů osob s tělesným postižením a přibližování problematiky ústavní péče veřejnosti má za důsledek mimo jiné diskusi o sexuálním či partnerském životě osob s postižením (Novosad, 2011), i v dnešní společnosti stále dochází k tabuizování sexuality těchto osob, odepírání základních lidských práv, neposkytování sexuální osvěty i existenci mýtů o sexualitě lidí s postižením (Venglářová a Eisner, 2013).

Poranění míchy má dopad nejen na osobu s poškozením míchy, pro níž se problematika sexuality stává velmi citlivou a někdy i úzkostnou záležitostí, ale také významně mění sexuální vztah jejího partnera, a z tohoto důvodu je potřeba zaměřovat se i na něj (Chan et al., 2000). Většina literatury týkající se sexuality osob po poranění míchy se z velké

části soustředí pouze na fyzické fungování daného jedince (Earle et al., 2020) a udržitelnost jeho partnerského vztahu (Fritz et al., 2015). Takový výzkum má tendenci přijímat kvantitativní metody při zkoumání dlouhodobého přežití v manželství a stavu vztahu, přičemž upřednostňuje perspektivu pouze zraněné osoby (Dickson et al., 2010). Výzkum zaměřený na partnerské perspektivy obvykle posuzuje pouze přizpůsobení se partnera/manželky nové roli pečovatele (Ledbetter et al., 2020).

Výzkum prokázal, že dlouhodobější vztahová stabilita zvyšuje u zraněných sexuální spokojenost (Reitz et al., 2004), přičemž muži i ženy s poraněním páteře a míchy vykazují lepší celkovou sexuální spokojenost v trvalém vztahu, zatímco ti, kteří nemají trvalý vztah spíše nespokojenost (Phelps et al., 2001). Vzhledem k tomu, že intimita a sexuální život jsou záležitostmi obou partnerů, je vhodné dopad na sexuální vztah řešit s oběma partnery zároveň (Kreuter et al., 1994). Výzkumy naznačují, že ačkoliv jsou osobám s poraněním míchy poskytnuty kvalitní a dostatečné informace stran dopadů poranění míchy na sexuální život (Fisher et al., 2002), jejich partneři často uvádějí, že těchto informací získali jen velmi málo, či dokonce žádné (New et al., 2016).

Některé páry nebyly schopny obnovit svůj sexuální vztah, protože jeden z partnerů se nedokázal vyrovnat s ochrnutím toho druhého a nedařilo se jim identifikovat problémy spojené s novou životní realitou. Navíc nedostatečně komunikovali o svých pocitech a zcela se vytratily jejich společné aktivity a zájmy (Hammell, 2013).

Výzkum z roku 2022 ukázal, že pro osoby bez fyzických omezení je náročné se předem připravit na řešení tělesných potíží svých partnerů s poraněním míchy, jako jsou křeče během sexu nebo potřeba podpory (např. při problémech s kontinencí). Tato situace může omezit schopnost obou partnerů plně se zapojit a užít si intimní chvíle (Barrett et al., 2022). Další studie poukazuje na to, že konkrétní činnosti (jako např. úklid po inkontinenci nebo výměna kolostomických sáčků) mohou negativně ovlivnit vnímání atraktivity partnera s poraněním míchy ze strany zdravého partnera (Dickson et al., 2010). Podobné výsledky byly zaznamenány i v jiných studiích, které zdůrazňují důležitost snižování angažovanosti zdravého partnera ve zdravotní péči, aby se tak podpořila vzájemná přitažlivost mezi partnery a dlouhodobá stabilita jejich vztahu (Milligan a Neufeldt, 1998).

Přátelské vztahy

Přátelské vztahy představují další oblast poskytující významnou emoční a sociální oporu. Jde o důležité prostředky pro začlenění zpět do společnosti zdravých lidí, kde přátelé mohou nabízet konstruktivní zpětnou vazbu na pokrok v adaptaci na postižení, čímž posilují sebevědomí a motivaci k dalšímu úsilí. (Vágnerová, 2004).

Výzkum z roku 2002 uvádí, že 67 % účastníků trpících poraněním míchy považuje kontakt s jinými jedinci s poraněním míchy za motivační a 33 % jej vnímá jako více motivující než kontakt se svými rodinnými příslušníky (Canori et al., 2002).

U postižených lidí se často projevuje vnitřní napětí a pocity hořkosti či nespravedlnosti, což ovlivňuje jejich postoj ke zdravým osobám. To samozřejmě má dopad na vztahy s jejich přáteli, neboť projevy depresí, špatných nálad a výčitek deformují a narušují tyto vztahy, což může vést až k jejich rozpadu (Vágnerová et al., 2000).

Zaměstnání

Nalezení zaměstnání nebo návrat do původního zaměstnání je dalším velmi důležitým faktorem procesu zpětného začlenění do společnosti, neboť postižený člověk má pocit, že se opět stává součástí společnosti a je pro ni užitečný.

Pracovní začlenění je důležité nejenom proto, že zvyšuje ekonomickou nezávislost a další možnosti postiženého, ale hlavně proto, že podporuje sebevědomí a sebeúctu člověka, který tak i sám sobě dokazuje, že má stále vysokou cenu i přesto, že jeho původní plány a aktivity jsou již nyní nemožné (Vágnerová, 2004). Kromě toho, pokud je člověk spokojen s platem, který dostává, prací, kterou vykonává, a je tak schopen zajistit sebe a své nejbližší, zvyšuje se celkově jeho vnitřní spokojenost (Meade et al., 2011; Hou et al., 2013; Meade et al., 2004).

Ve výzkumu, který zahrnoval 259 osob s poraněním míchy, bylo zjištěno, že účastníci se v průměru vrátili do zaměstnání 4,8 let po vzniku poranění a trvalo jim průměrně 6,3 let dosáhnout plného pracovního úvazku. (Krause, 2003).

Další výzkum z roku 2000 pak uvádí, že z 234 osob po poranění míchy se do zaměstnání vrátilo pouze 37 %, přičemž z těch, kteří vykonávali manuální práci, to bylo pouze 25 % (Tomassen et al., 2000). Autoři švédské studie s 56 subjekty po úrazu páteře vykazují 70% míru zaměstnanosti mezi těmito subjekty (Siösteen et al., 1990).

Dle další studie ze 114 osob není 25 % z nich zaměstnáno a zaměstnání ani nehledají, neboť jsou spokojeni s tím, co jim poskytuje stát (Castle, 1994). V Německu je 75 %

pacientů s poraněním míchy po ústavní rehabilitaci považováno za práce schopné, ale pouze 30 % je znovu začleněno do pracovního života (Giese et al., 2012). Nejčastějším důvodem pro nezaměstnanost u osob po poranění míchy je neschopnost fyzicky vykonávat stejný typ práce jako před úrazem (60 %). Další důvody (Yasuda et al., 2002) zahrnují špatný zdravotní stav (28 %), ztrátu podpory ze strany státu (28 %), pocit fyzické neschopnosti pracovat (27 %) a nedostupnost vhodného pracoviště (23 %). Národní statistické centrum pro poranění míchy pak poukazuje na fakt, že do práce se vrací 40 % osob s paraplegií a 30 % osob s tetraplegií (National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2008). Mnohé výzkumy zdůrazňují, že mnozí se po zranění míchy odmítají vrátit do zaměstnání ze strachu, že pozbydou podporu od státu (DeJong et al., 1984; Deyoe Jr, 1972; Weidman a Freehafer, 1981).

Naopak pro osoby s poraněním míchy je status zaměstnance nebo zapojení se do pracovních aktivit spojeno s různými dalšími pozitivními přínosy, jako je sebeobsluha, ekonomická udržitelnost (Hess et al., 2000; Oliveira et al., 2021), spokojenost se životem a prodloužení života (Lundqvist et al., 1991), přičemž další studie uvádějí, že zaměstnaní lidé s poraněním míchy mají ve srovnání s těmi, kteří jsou nezaměstnaní, významně lepší kvalitu života (Krause et al., 2010).

Míra zaměstnanosti mezi lidmi s poraněním míchy se po celém světě liší a pohybuje se v průměru mezi 34 až 37 %, přičemž země s nízkými příjmy, jako je Maroko (10 %) a Brazílie (14 %), mají jednu z nejnižších měr zaměstnanosti osob s poraněním míchy ve srovnání se zeměmi s vysokými příjmy, jako je Austrálie (42 %) či evropské země (51 %) (Post et al., 2020; Bloom et al., 2019). Výzkum, kterého se zúčastnilo 1479 osob, ukázal nejvyšší míru zaměstnanosti mezi lidmi po poranění míchy ve věku 31 až 40 let (Sturm et al., 2020), což potvrdil i výzkum ze Švýcarska, který uvádí, že nejvyšší míra zaměstnanosti u osob s poraněním míchy je u osob ve věku kolem 40 let (Reinhardt et al., 2016).

Studie z roku 2022, v níž bylo zkoumáno 200 jedinců s poraněním míchy, odhaluje, že zatímco 61 % účastníků bylo zaměstnáno před vznikem zranění, pouze 25 % z nich má práci i v současnosti (Bezuidenhout et al., 2022).

Volnočasové aktivity

Studie zkoumající 201 jedinců s poraněním míchy ukazuje, že sportovní a související sociální aktivity hrají významnou roli v životní spokojenosti a pocitu štěstí u těchto osob. (Kim et al., 2022).

Sport přispívá k rychlejší obnově ztracené síly a dovedností po úrazu a také ke snížení únavy, což zvyšuje pravděpodobnost návratu do zaměstnání (Meade et al., 2011). Pravidelná fyzická aktivita je velmi důležitá i u osob, které mají trvalé zdravotní postižení. Studie z roku 2020 prokázala, že u osob, které byly po úrazu či zranění fyzicky aktivní, byly podstatně nižší náklady na zdravotní péči (Stigson et al., 2020).

Adaptovaná pohybová aktivita může pomoci redukovat závažné sekundární stavy po úrazu páteře a potřebu prodloužené hospitalizace nebo opětovné hospitalizace (DeJong et al., 2013). Obnova, získání a udržení ztracené síly a celkové fyzické kondice posiluje imunitní systém, snižuje bolest (Nasuti a Temple, 2010) a zlepšuje kardiopulmonální schopnosti a kardiovaskulární systém (Moreno et al., 2012; Nash et al., 2007). Další studie zjišťuje, že jedinci s poraněním míchy, kteří byli fyzicky aktivní, věnovali více času i rekreačním aktivitám (Filipcic et al., 2021). Tento trend může souviset s pozitivními zážitky, pocitem pohodlí a uvolnění těla i mysli, což všechno přispívá k silnější vnitřní motivaci pro pravidelný pohyb v každodenním životě (Latimer et al., 2006).

Zájmy a koníčky jsou velmi důležité nejenom pro osoby po poranění míchy, ale i pro zdravé lidi. Jedincům s poraněním míchy umožňují integraci do společnosti zdravých lidí, ale i sdružování s lidmi s podobným postižením, kdy dochází k nalezení společných témat, psychické i fyzické relaxaci, psychické podpoře a smysluplnému naplnění volného času (Jesenský, 1995).

Sport je důležitou součástí volnočasových aktivit pro osoby s tělesným postižením, neboť kromě radosti z provozování této činnosti samotné má i pozitivní dopady na fyzickou kondici jedinců po poranění páteře. Tím napomáhá předcházet některým zdravotním komplikacím spojeným se ztrátou svalové síly (Kudláček, 2007). Z výzkumů vyplývá, že vyšší tělesná aktivita spojená se sportem vede u osob po poranění páteře k nižší míře bolesti, únavy i depresivity (Tawashy et al., 2009). Sporty, zejména kolektivní, pomáhají osobám po poranění páteře lépe se vyrovnat s nastalou situací (Tasiemski a Brewer, 2011), a mají tak nepopiratelný vliv na subjektivní pohodu a kvalitu života těchto osob (Anneken et al., 2010; Ginis et al., 2010). V ČR jsou rozšířeny například tyto sporty:

sledge hokej (hokej uzpůsobený lidem, kteří nemohou hrát vestoje), basketbal na vozíku, plavání, boccia, lyžování a handbiky (Kudláček, 2007).

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Pro disertační práci byly stanovené následující cíle:

- 1) Analyzovat nejčastější zdravotní obtíže spojené s paraplegií a kvadruplegií.
- 2) Analyzovat spokojenost osob, které utrpěly při dopravní nehodě zranění vedoucí k paraplegii nebo kvadruplegii, se zdravotní a rehabilitační péčí.
- 3) Analyzovat výši invalidního důchodu a příspěvku na péči v České republice a ve vybraných státech Evropské unie.
- 4) Analyzovat kvalitu života před dopravní nehodou a po ní u osob, které při ní utrpěly zranění vedoucí k paraplegii nebo kvadruplegii.

Ve vztahu k cílům disertační práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- 1) Jak jsou osoby, které při DN utrpěly zranění vedoucí k paraplegii nebo kvadruplegii, spokojeny s pobytem ve zdravotnickém zařízení?
- 2) Jak se liší výše invalidního důchodu a příspěvku na péči v České republice, Rakouské republice, Spolkové republice Německo a Slovenské republice?
- 3) Jaké jsou nejčastější sociální a zdravotní důsledky DN u osob, které při DN utrpěly zranění vedoucí k paraplegii nebo kvadruplegii?

2.1 Operacionalizace pojmů vztahující se k výzkumným otázkám

Níže jsou uvedeny operacionalizované pojmy, se kterými se pracovalo při sběru a následné analýze dat. Operacionalizace pojmů slouží k převodu výzkumného problému do testovatelné podoby, jedná se tedy o proces transformace pojmů (Sociologická encyklopedie, 2017).

Zdravotní důsledky DN – veškeré zdravotní důsledky, které mají osoby po DN, kvůli nimž se staly paraplegiky nebo kvadruplegiky.

Sociální důsledky DN – k sociálním důsledkům DN řadíme změnu kvality života daného jedince, změnu sociální, rodinné a profesní stránky života jedince, včetně změny jeho postojů k životu (Másilková, 2017). V disertační práci jsme se zaměřili i na finanční stránku, neboť pro osoby po DN je tento aspekt jedním z nejdůležitějších (Másilková et al., 2018), ale také jsme se zaměřili na rodinu, přátele a partnery a v neposlední řadě na reakci respondentů na následky DN, zejména co se týká sebevražedných postojů.

Osoby po DN v produktivním věku – pro účely disertační práce bylo stanovené rozmezí produktivního věku na 15–64 let.

Vybrané zařízení – námi vybraný rehabilitační ústav, který s námi měl spolupracovat po celou dobu výzkumu a vybírat nám osoby po DN. Před započítím výzkumu došlo v tomto zařízení k sebevraždě pacienta a výzkum byl prozatímně zakázán. Obratem došlo k dohodě s jiným rehabilitačním ústavem, kde rozhovory začaly v požadovaném termínu. Později došlo k navázání kontaktu i s původním rehabilitačním ústavem. První respondenti nám dali kontakty na další osoby po DN, neboť se s nimi seznámili v předešlých rehabilitačních ústavech, případně při sportovních akcích. Docházelo tak k získávání nových kontaktů tzv. metodou sněhové koule, a to z rehabilitačních zařízení po celé ČR.

Slovním spojením „spokojenost respondenta s péčí“ označujeme prožitek respondenta, který je výsledkem hodnocení poskytované péče respondentem z hlediska toho, co od péče očekává. Respondent tento prožitek může verbalizovat pomocí výrazů „spokojen“, „nespokojen“ nebo pomocí výrazů označujících různé stupně intenzity spokojenosti či nespokojenosti. Spokojenost pacienta je neopominutelným výstupem zdravotní péče (Janečková a Hnilicová, 2009) . Pokud známe spokojenost (prožitek) respondenta, jeho očekávání a hodnocení péče, můžeme spokojenost respondenta přizpůsobením péče jeho očekávání ovlivňovat. V tomto kontextu označujeme výrazem „pohled respondenta na důvody spokojenosti či nespokojenosti s péčí“ subjektivní obraz charakteristik poskytované péče, který je výsledkem hodnocení péče respondentem z hlediska jeho očekávání. Respondent tento subjektivní obraz verbalizoval během rozhovoru.

3 METODIKA

K naplnění cílů disertační práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, která vytváří nové teorie a identifikuje alternativní stránky problému (Hricová et al., 2017), je elastická, což znamená, že v jejím průběhu vznikají nové výzkumné otázky, ale dochází i k modifikaci výzkumného plánu a strategie sběru dat (Hendl, 2016). Výhodou kvalitativního zkoumání je možnost proniknout hlouběji do problematiky zkoumaného, sblížit se s ním i s tématem (Bělík a Svoboda Hoferková, 2016). Naopak nevýhodou je, že získané výsledky nelze zobecnit na celou populaci a statisticky zpracovat (Mioviský, 2006). Kvalitativní výzkum se zaměřuje na objevování nových teorií, témat, postojů nebo příčin, přičemž klíčové informace jsou získávány prostřednictvím rozhovorů s jednotlivci. Z těchto rozhovorů vyplývající a rozvíjená fakta by měla poskytnout nové poznatky (Kozel et al., 2011; Walker, 2013).

Metodou výzkumu bylo dotazování a jako technika byl využit polostrukturovaný rozhovor. Metoda dotazování je nejrozšířenější metodou získávání primárních údajů a její základní výhoda spočívá v její pružnosti, při níž je možné získat nejrůznější typy informací (Kotler, 2007). Výhodou polostrukturovaných rozhovorů je skutečnost, že není nutné přesně dodržovat pořadí otázek a lze je přizpůsobovat konkrétní situaci (Mišovič, 2019). Vzor otázek je součástí Přílohy 1. Pro naplnění cíle DP týkajícího se analyzování výše invalidního důchodu a příspěvku na péči v ČR a vybraných státech Evropské unie (dále i „EU“) byla zvolena taktéž kvalitativní výzkumná strategie, a to technika obsahové analýzy zákonných ustanovení a dalších dokumentů týkajících se problematiky invalidního důchodu a příspěvku na péči v ČR a vybraných státech EU, konkrétně ve Slovenské republice, Spolkové republice Německo a Rakouské republice. Ačkoliv obsahovou analýzu vyvinul ve třicátých letech Bernard Berelson zejména pro účel analýzy obsahu médií, postupně tato metoda našla své uplatnění i ve společenských vědách a humanitních oborech (Kronick et al., 1997). Na webových stránkách ministerstev jsme vyhledali příslušná zákonná ustanovení a další listiny upravující problematiku invalidních důchodů nebo příspěvků na péči.

Charakteristika předvýzkumné části

Ještě před samotným výzkumem byl na jaře roku 2016 realizován předvýzkum, jehož se účastnily tři osoby, které se následkem DP staly paraplegiky. Samotný předvýzkum odhalil obtíže týkající se formulace otázek, obsahu dotazníku a také doby uplynulší od

DN, které byly pak na základě poznatků od respondentů upraveny. Předvýzkum sloužil k ověření srozumitelnosti otázek a na základě něj byl poté sestaven finální dotazník.

Výzkumný soubor

Základní soubor byl tvořen účastníky DN, kteří při této nehodě utrpěli zranění, následkem jehož se stali paraplegiky nebo kvadruplegiky (N=50). Podmínkou pro zařazení do výzkumu bylo, že k DN došlo více než před 1 rokem. Důvodem této podmínky bylo, že po roce od vzniku zranění je již zpravidla ustálen zdravotní stav, zranění jsou na pobytu v rehabilitačních ústavech opakovaně a mohou lépe zhodnotit rozdíl mezi kvalitou života před DN a po ní.

Rozhovory měly být v rehabilitačním ústavu zahájeny v roce 2016. Zásadní pro výběr mezi rehabilitačními ústavami byla specializace na pacienty po úrazech a operacích pohybového systému, konkrétně pacienty po úrazech mozku, míchy, po polytraumatech, po poraněních a operacích kloubů, po zlomeninách, po amputacích končetin a po čerstvém poškození mozku (Rehabilitační ústav Kladruby, 2022). V ČR jsou tři spinálně rehabilitační oddělení, a to Rehabilitační ústav Kladruby, Rehabilitační ústav Hrabyně a Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé (Kulakovská, 2011). Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé je s kapacitou 505 lůžek největší rehabilitační zařízení svého druhu v ČR (Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé Luže-Košumberku, 2022). Následně došlo k dohodě s rehabilitačním ústavem, jehož etická komise schválila obsah polostrukturovaného rozhovoru, a rozhovory tak začaly v předem plánovaném termínu v roce 2016. Rozhovory proběhly v rehabilitačních ústavech (N=22) a ostatní rozhovory, po zprostředkování kontaktu ze strany sociálního pracovníka daného ústavu mezi mnou a klientem, v domácím prostředí klienta (N=28).

Všichni respondenti zůstali upoutáni na invalidní vozík následkem DN, konkrétně u 48 nastala úplná paraplegie a dva respondenti byli následkem úrazu trvale ochrnutí na dolní i horní končetiny, tedy kvadruplegici.

Kontakt s prvním respondentem zprostředkovala sociální pracovnice rehabilitačního ústavu a proběhl telefonicky po souhlasu primáře daného oddělení. Tento kontakt byl velmi přínosný pro celý výzkum, neboť dotyčná osoba byla po DN delší dobu, prošla mnoha rehabilitačními zařízeními, je aktivní v Českém paralympijském týmu, a měla tedy ve svém okolí spoustu lidí s podobným osudem, kteří se následkem DN stali paraplegiky nebo kvadruplegiky. Po zprostředkování kontaktu se tyto osoby seznámily s cíli výzkumu

a byly ujistěny o absolutní anonymitě výzkumu. Všechny zprostředkované kontakty s výzkumem souhlasily a následně proběhl výběr místa výzkumu dle jejich preferencí. To, že všichni respondenti s uskutečněním rozhovoru souhlasili, může vyplývat ze skutečnosti, že o kontaktu z mé strany věděli a byli na něj připraveni, neboť byla strategicky vybrána metoda sněhové koule (snowball), jejíž principem je, že výzkumník se prostřednictvím již získaných kontaktů (v našem případě respondentů) dostává k dalším kontaktům (Noy, 2008). Při použití metody sněhové koule je složení vzorku silně ovlivněno výběrem prvotních osob (Heckathorn, 1997). Metoda sněhové koule se velmi často používá při analýze zranitelných skupin či jednotlivců (Naderifar et al., 2017), tedy i osob po DN.

Fixace dat probíhala pomocí audiozáznamu, konkrétně nahrávky na diktafon, dále byla všechna data doslovně přepsána. Jak audiozáznamy, tak přepsané rozhovory byly zakódovány a uloženy na přenosném disku.

Výzkumné šetření s respondenty proběhlo v letech 2016–2017. Veškerá data z rozhovorů byla průběžně analyzována a přepisována, po celou dobu sběru dat zároveň probíhaly konzultace se školitelem ohledně průběžných výsledků.

Analýza dat

Analýza získaných dat proběhla pomocí metody zakotvené teorie, jejímiž autory jsou B. G. Glaser a A. L. Strauss (Glaser a Strauss, 1967). Cílem zakotvené teorie je vytvoření teorie, která by umožnila lépe porozumět námi zkoumanému jevu a byla pevně zakotvená v získaných datech (Řiháček et al., 2013). Zakotvená teorie se nejčastěji využívá při objevování a rozvíjení nových teorií (Hendl, 2016). Zakotvená teorie se skládá ze tří fází, a to otevřeného, axiálního a selektivního kódování (Strauss a Corbin, 1999), kde prvním krokem je nalezení tzv. významových jednotek, tedy úseků v analyzovaném textu nesoucích informaci ve vztahu k formulované výzkumné otázce (Mioviský, 2006). Proces kódování probíhal po každém rozhovoru a opakoval se, a to s cílem kódy redukovat, neboť opakovanost v pročítání má svou roli a neměla by se zanedbávat (Hricová et al., 2017). Seznam kódů po jejich redukci a kategorie jsou k nahlédnutí v Příloze 3.

Pro zkoumání vztahů mezi koncepty a kategoriemi, které byly vyvinuty během procesu otevřeného kódování, bylo zapotřebí axiálního kódování a pro objasnění vztahů mezi kategoriemi bylo navrženo zkoumání dat a kódů na základě následujícího paradigmatu kódování:

PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → JEV → KONTEXT → INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → NÁSLEDKY (Strauss a Corbin, 1999).

Při axiálním kódování se snažíme nalézt vazby mezi jednotlivými kategoriemi a subkategoriemi (Miovský, 2006). Pomocí axiálního kódování vytváříme základ pro selektivní kódování (Kutnohorská, 2009), během něž již výzkumník projevuje snahu o vytvoření hlavních témat a kategorií (Hendl, 2016). Selektivní kódování je proces, kdy se vybere jedna centrální kategorie, která je pak systematicky uváděna do vztahu k ostatním kategoriím, přičemž se tyto vztahy dále ověřují a kategorie, u nichž je to třeba, se dále rozvíjejí a zdokonalují (Kutnohorská, 2009). Selektivní kódování je tak v podstatě procesem, při němž dochází k výběru základní kategorie a jejímu propojení s ostatními kategoriemi z axiálního kódování (Vollstedt, 2015).

Získaná data byla analyzována metodou zakotvené teorie a kódována v textovém editoru Microsoft Word formou komentářů. Jednotlivým respondentům bylo přiděleno označení R1–R50 a získaná data tak byla pseudonymizována. V rámci zveřejnění výsledků bylo využito doslovných formulací odpovědí respondentů. Tím byly zachovány nezměněné výrazové prostředky respondenta. Data byla zpracovávána v programu Microsoft Word a Microsoft Excel.

Harmonogram disertační práce

V Tabulce 1 je uveden harmonogram disertační práce. Prvním krokem byly rešerše odborné literatury. Na základě této rešerše vznikla přehledová studie, jež také posloužila k sepsání teoretické části a diskuze. Sběr dat začal v roce 2016 a z těchto dat vznikaly průběžně odborné publikace.

Tabulka 1 Harmonogram disertační práce

Akademický rok	Disertační práce
2015/2016	rešerše odborné literatury; příprava přehledové studie <i>Health and social consequences of road traffic accidents</i> (Másilková, 2017)
	začátek sběru kvalitativních dat a jejich průběžné vyhodnocení
2016/2017	předvýzkum
	sběr dat a průběžní analýza dat
	příprava teoretické části disertační práce
	příprava odborného článku <i>Invalidita jako důsledek úrazu po dopravní nehodě</i> (Másilková, 2018)
2017/2018	příprava odborného článku <i>Problematika zjišťování a dokazování alkoholu u řidičů motorových vozidel</i> (Másilková, 2018)
	dokončení sběru dat
2018/2019	příprava odborného článku <i>Alkohol a drogy při řízení motorového vozidla a stav vylučující způsobilost</i> (Másilková a Kolčava, 2019)
	dokončení teoretické části disertační práce
2020/2021	příprava praktické část disertační práce
	příprava odborného článku <i>Úmrtí při dopravní nehodě spojené s užitím THC</i> (Másilková et al., 2020)
2021/2022	příprava odborného článku <i>Analysis of the quality of life of participants in traffic accidents resulting in paraplegia or quadriplegia</i>
2022/2023	dokončení disertační práce
	příprava odborného článku <i>Alkohol a návykové látky u zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod</i> (Másilková a Vorel, 2023)

Etické aspekty výzkumu

Před započítím rozhovoru byli respondenti rehabilitačního ústavu, kde se právě nacházeli, informováni o dobrovolné účasti, seznámeni se záměrem realizace výzkumu, využití výzkumu a nahrávání rozhovoru. Souhlas každého z respondentů byl nahrán na záznamové zařízení. Před zahájením rozhovorů byl každý z respondentů informován o možnosti rozhovor kdykoliv ukončit, případně vynechat jakoukoliv otázku, která by mu

byla nepříjemná nebo vyvolávala nepříjemné vzpomínky. Při výzkumu byl kladen velký důraz na anonymitu respondentů. Od respondentů nebyly vyžadovány žádné identifikační údaje, jako například jméno a konkrétní místo DN. Místo, kde byl rozhovor realizován, bylo zcela v režii respondentů, a to z toho důvodu, že volba prostředí je naprosto důležitá z hlediska zachování pocitu bezpečí (Orb et al., 2001). Po skončení rozhovoru a jeho přepsání byl každému respondentovi zaslán přepis s možností opravy, ale této možnosti nevyužil žádný z nich. Každému z respondentů byla nabídnuta možnost zaslání výsledků výzkumů, přičemž o tuto možnost projevila zájem většina z nich. O výsledky výzkumů projevily zájem i oba rehabilitační ústavy, kde rozhovory probíhaly. Studie byla 26. 7. 2016 schválena etickou komisí Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (viz Příloha 2).

Limity výzkumu

Jestliže kriticky zhodnotíme provedené šetření, objevíme určité limity a možné zkreslení výzkumu. Jedním takovým limitem výzkumu mohl být výběr souboru, kdy v naprosté většině byly rozhovory realizovány s respondenty, kteří byli v rehabilitačních ústavech a měli snahu se co nejvíce vrátit zpět do aktivního života. Naopak rozhovorů s respondenty, kteří neměli zájem tyto služby využívat, bylo méně. Někteří respondenti, kteří rehabilitační ústav nenavštívili, využívají například soukromých rehabilitačních služeb, ale v naprosté většině případů nemají respondenti zájem tyto služby využívat. Právě osoby, které nevyužívají žádných možností rehabilitace a nemají tak tendenci vrátit se do plnohodnotného života, jsou velmi často závislé na pomoci státu a jejich kvalita života je podstatně nižší než u těch osob, které prošly plnohodnotnou rehabilitační péčí. Tím se samozřejmě liší i odpovědi na otázky v rozhovoru, kdy respondenti nemající tendenci k maximálnímu uzdravení mají velmi specifické odpovědi.

Ke zkreslení výzkumu mohlo dojít i v souvislosti s velikostí souboru, neboť ročně je při DN těžce zraněno průměrně 2 000 osob (Policejní prezidium ČR, 2020). Náš výzkumný soubor reprezentuje pouze 2,5 % těžce zraněných osob při DN.

Za další možné zkreslení průběhu výzkumného šetření lze považovat efekt tazatele, kde je výzkum zkreslen osobními atributy výzkumníka a může se jednat například o gender, rasu, ale i věk (Padgett, 2017; Tavakoli, 2013). U tohoto výzkumu se jednalo zejména o pohlaví. Ve výzkumném souboru převažovali muži, kteří se dostali následkem dopravního úrazu na invalidní vozík nebo se stali ležícími pacienty. V souvislosti s jejich zdravotním stavem jsme při rozhovoru narazili například i na problematiku

vyprazdňování a sexuality, kde, zejména muži, mohli cítit bariéru sdílet takovéto informace se ženou.

Další možné zkreslení výzkumu, které souvisí se sběrem dat pomocí rozhovorů, je i tendence pozitivně upravit sdílenou realitu, což je typické hlavně u marginalizovaných skupin, kdy takovéto jednání může být reakcí na obavy z případných restrikcí, ale i snahou zapůsobit na výzkumníka, a poupravená realita je tak určitou adaptační strategií (Kajanová a Mrhálek, 2016).

4 VÝSLEDKY

Kapitola Výsledky obsahuje pouze zásadní data související se stanovenými cíli práce.

4.1 Popis výzkumného souboru

V této podkapitole bude představen a popsán výzkumný soubor a prezentovány vybrané výsledky získané z dotazníku vlastní konstrukce, který byl určen pro osoby po DN, které utrpěly zranění, následkem jehož se staly paraplegiky nebo kvadruplegiky. Zjištěné výsledky se týkají 50 respondentů.

Věk, pohlaví a vzdělání respondentů

Z výsledků je zřejmé, že všichni respondenti splňovali podmínku k zařazení do výzkumu, tj. být v produktivním věku (tab. 2).

Tabulka 2 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
26–30 let	5	10 %
31–35 let	12	24 %
36–40 let	11	22 %
41–45 let	12	24 %
46–50 let	10	20 %
Celkem	50	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z hlediska pohlaví byl výzkumný soubor (tab. 3) tvořen 16 ženami (32 %) a 34 muži (68 %).

Tabulka 3 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	16	32 %
Muž	34	68 %
Celkem	50	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Dalším sledovaným údajem bylo vzdělání respondentů. Z výzkumu vyplývá, že 21 (42 %) respondentů mělo středoškolské vzdělání bez maturity, 18 (36 %) respondentů mělo středoškolské vzdělání s maturitou, 7 (14 %) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání a 4 (8 %) respondenti měli základní vzdělání (tab. 4).

Tabulka 4 Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	4	8 %
Středoškolské bez maturity	21	42 %
Středoškolské s maturitou	18	36 %
Vysokoškolské	7	14 %
Celkem	50	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Doba od dopravní nehody, rozdělení souboru na paraplegiky a kvadruplegiky, kategorie účastníka dopravní nehody

Z výzkumu plyne, že u 20 (40 %) respondentů uplynulo od DN 1–5 let, u stejného počtu respondentů, tedy u 20 (40 %) to bylo 6–10 let, u 6 (12 %) respondentů to bylo 11–15 let a u 4 (8 %) pak 16–20 let (tab. 5). Je tedy nesporné, že u všech respondentů došlo ke splnění té podmínky výzkumu, že od DN uplynul více než jeden rok, díky čemuž došlo k ustálení zdravotního stavu respondentů, kteří tak mohli věrohodně posoudit dopady DN na svůj život a životy lidí ve svém okolí.

Tabulka 5 Doba od vzniku dopravní nehody

Doba od DN	Absolutní četnost	Relativní četnost
1–5 let	20	40 %
6–10 let	20	40 %
11–15 let	6	12 %
16–20 let	4	8 %
Celkem	50	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni respondenti z výzkumného souboru utrpěli následkem DN poškození míchy, což vedlo ke vzniku kvadruplegie nebo paraplegie. Ve výzkumném souboru bylo 48 (96 %) paraplegiků a 2 (4 %) kvadruplegici (tab. 6). Jedná se o specifickou skupinu osob, jejichž postižení s sebou nese řadu změn v oblasti zdravotní, v oblasti bydlení, ale i v oblasti společenského života.

Tabulka 6 Rozdělení souboru na paraplegiky a kvadruplegiky

Diagnóza	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kvadruplegie	2	4 %
Paraplegie	48	96 %
Celkem	50	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Největší skupinu výzkumného souboru tvořili řidiči osobního automobilu, a to v počtu 16 (30 %), následovali řidiči motocyklu v počtu 9 (18 %), poté cyklisti v počtu 4 (8 %), chodci rovněž v počtu 4 (8 %) a 1 (2 %) jezdec na zvířeti (tab. 7).

Tabulka 7 Respondenti dle kategorie účastníka dopravní nehody

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cyklista	4	8 %
Chodec	4	8 %
Jezdec na zvířeti	1	2 %
Řidič motocyklu	9	18 %
Řidič osobního automobilu	15	30 %
Spolujezdec motocyklu	2	4 %
Spolujezdec osobního automobilu	15	30 %
Celkem	50	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro zajímavost uvádíme, že celkem 40 DN z 50 zavinili naši respondenti, z nichž 17 (42,5 %) bylo pod vlivem alkoholu nebo drog. U 13 z nich (76,47 %) byl prokázal alkohol, u 3 (17,65 %) drogy a u 1 (5,88 %) alkohol i drogy (tab. 8).

Tabulka 8 Viník DN pod vlivem alkoholu nebo drog

Látka	Absolutní četnost	Relativní četnost
Alkohol	13	76,47 %
Drogy	3	17,65 %
Alkohol a drogy	1	5,88 %
Celkem	17	100,00 %

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Výsledky vztahující se k dílčím cílům práce

4.2.1 Výsledky k dílčímu cíli 1

Dílčí cíl 1: Analyzovat nejčastější zdravotní obtíže spojené s paraplegií a kvadruplegií.

Všichni respondenti se v rámci rozhovoru vyjadřovali i ke svým zdravotním obtížím způsobeným paraplegií nebo kvadruplegií. Všichni respondenti přiznali, že měli někdy problémy s vyprazdňováním nebo s dekubity. Respondenti sami uváděli, že od doby, kdy se sportu začali věnovat, se jejich zdravotní stav zlepšil.

Respondenti se k otázkám týkajícím se míry proleženin, problémů s vyprazdňováním a sexuálních potíží vyjadřovali pomocí termínů „méně“ nebo „více“.

Názory respondentů na výskyt dekubitů:

„Mám spoustu přátel, kteří také jezdí na handbiku. Ale také například jezdíme na speciálních lyžích apod. Dokonce mě ani netrápí žádné potíže, které běžně trápí nás vozičkáře, například stolice a tak.“ (R3, 36 let)

„Sportuji, jsem reprezentant ČR v handbiku, byla jsem na paralympiádě. Asi proto mám méně ty potíže s kompletním vyprazdňováním. Dekubity mám také minimálně, například na dlouhých cestách. Co tak kolem slyším, hodně vozičkářů to řeší.“ (R12, 43 let)

„Mojí největší zálibou je sport a rodina. I přes své postižení jsem se začal věnovat aktivně sportu. Účastnil jsem se paralympiády a získal zlatou medaili. Ale sportuji i rekreačně. Přidruženými věcmi jako dekubity apod. netrpím často. Hodně se věnuju prevenci a hýbu se.“ (R8, 39 let)

„Kdyby na mě, jako na jiné vozičkáře, nečíhaly různé nástrahy, jako dekubity, urologické záněty a problémy s vyprazdňováním, nic by mi nescházelo. Ale musím říct, že i to mám pod kontrolou, i když občas mě to potrápí. I přesto, že jsem skončil na vozíku, žiju aktivně.“ (R9, 49 let)

Naopak „více“ trpěli dekubity a problémy s vyprazdňováním respondenti, kteří neměli pravidelnou fyzickou aktivitu:

„... jinak žádné koničky nemám, nesportuji. Náš úděl je, že naše postižení sebou nese nějaké nepříjemné věci. Dekubity trpím velmi často, stejně tak mám problémy se stolicí.“ (R11, 37 let)

„Nesportuji, nemůžu, jsem na vozíku. Mám velké problémy se stolicí, kdy mi musí pomáhat přítelkyně.“ (R23, 42 let)

„... nesportuji, ani nechodím do společnosti. Mám velké problémy se stolicí a také s dekubity. Jednou za čas jdu do nemocnice, tam mi pomůžou. Je to velice nepříjemné.“ (R29, 47 let)

„Nesportuji, ani rekreačně. ... Mám zdravotní potíže, hodně často mám dekubity, a taky občas problémy s močením a záněty.“ (R38, 30 let)

„Sport žádný nedělám, nechci. Mám hodně problémy s proleženinami a také hodně často mě trápí střevní problémy.“ (R46, 26 let)

Vznik dekubitů ve vztahu k pohybové aktivitě (sport)

Celkem 23 (46 %) respondentů uvádělo, že dekubity trpí „méně“, zatímco 27 (54 %) dotazovaných uvádělo, že trpí dekubity „více“. Dle Pearsonova chí-kvadrát testu trpí dekubity méně ti postižení (tab. 9), kteří sportují ($X^2(1, N = 50) = 15,46, p < .01$).

Tabulka 9 Výskyt dekubitů

	Sport provozují	Sport neprovozují	Celkem
Dekubity „více“	5	22	27
Dekubity „méně“	17	6	23
Celkem	22	28	50

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 1

Dekubity a problémy s vyprazdňováním měl „méně“ či „více“ každý respondent v našem výzkumném souboru. Zatímco problémy v sexuální oblasti vykazovala zhruba polovina výzkumného souboru. V otázce sexuální problematiky respondenti projevovali názor, že záleží hodně na tolerantnosti a informovanosti jejich partnera.

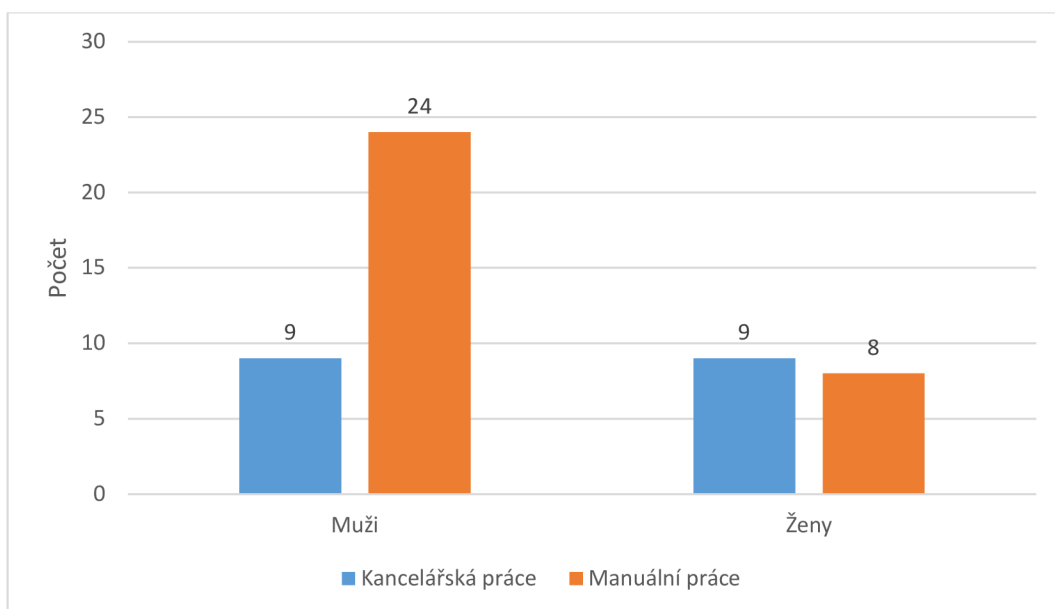
Byla prokázána významná závislost mezi vznikem dekubitů a provozováním fyzické aktivity (sportu), kdy z 23 respondentů, kteří uvedli, že dekubity trpí „méně“, jich 17 provozovalo sport, zatímco, z 27 respondentů, kteří uvedli že dekubity trpí „více“, sport provozovalo pouze 5 respondentů.

4.2.2 Výsledky k dílčímu cíli 2

Dílčí cíl 2: Analyzovat kvalitu života účastníků DN před nehodou a po nehodě, při které utrpěli zranění vedoucí k paraplegii nebo kvadruplegii.

Ekonomická stránka

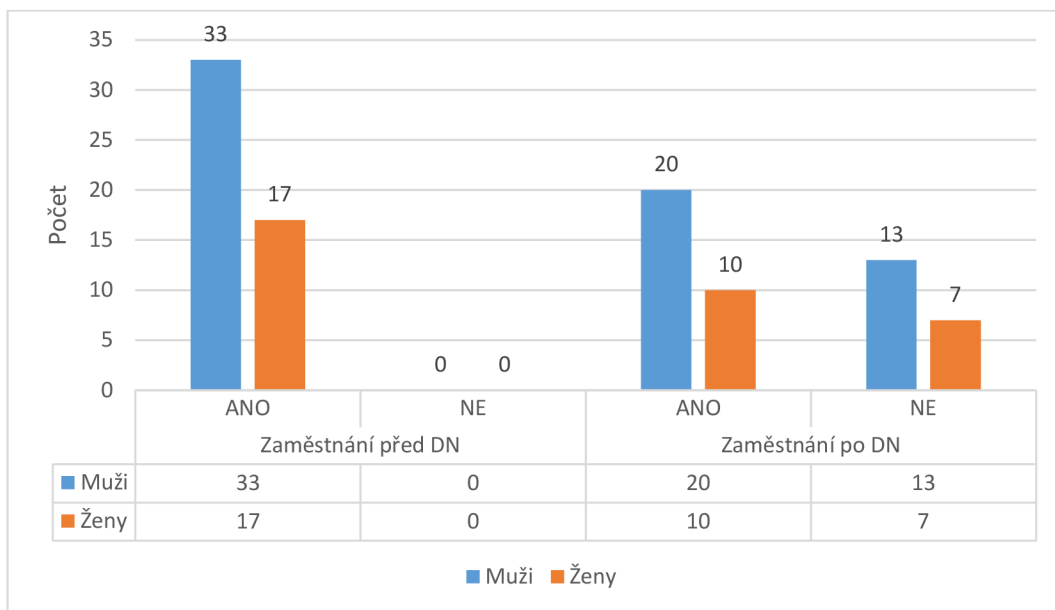
Všech 50 (100 %) respondentů z výzkumného souboru mělo před DN zaměstnání. Účastníci průzkumu byli rozděleni podle toho, zda měli manuální (fyzicky náročné) nebo kancelářské (sedavé) zaměstnání. Před DN byla manuální práce převažující u mužů, zatímco polovina žen vykonávala manuální práci a druhá polovina kancelářskou práci; celkem 32 respondentů vykonávalo manuální práci a 18 kancelářskou práci (obr. 4).



Obrázek 4 Druh vykonávané práce před DN

Zdroj: Vlastní výzkum

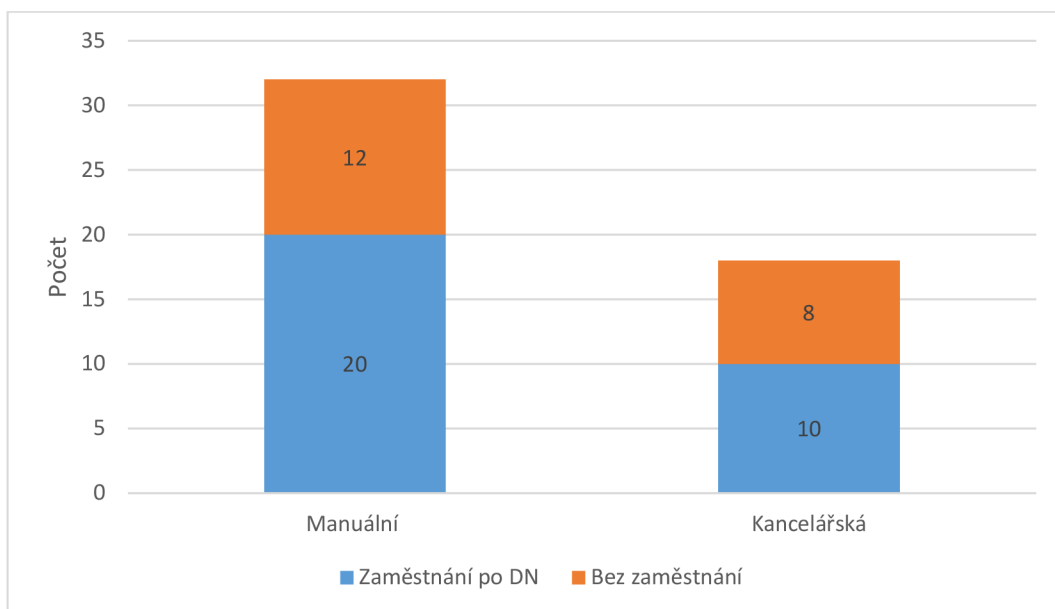
Před DN měli zaměstnání všichni respondenti, po DN mělo zaměstnání 20 (60,6 %) mužů a 10 (58,8 %) žen, bez zaměstnání bylo 13 (39,4 %) mužů a 7 (41,2 %) žen (obr. 5).



Obrázek 5 Zaměstnání před DN a po DN dle pohlaví

Zdroj: Vlastní výzkum

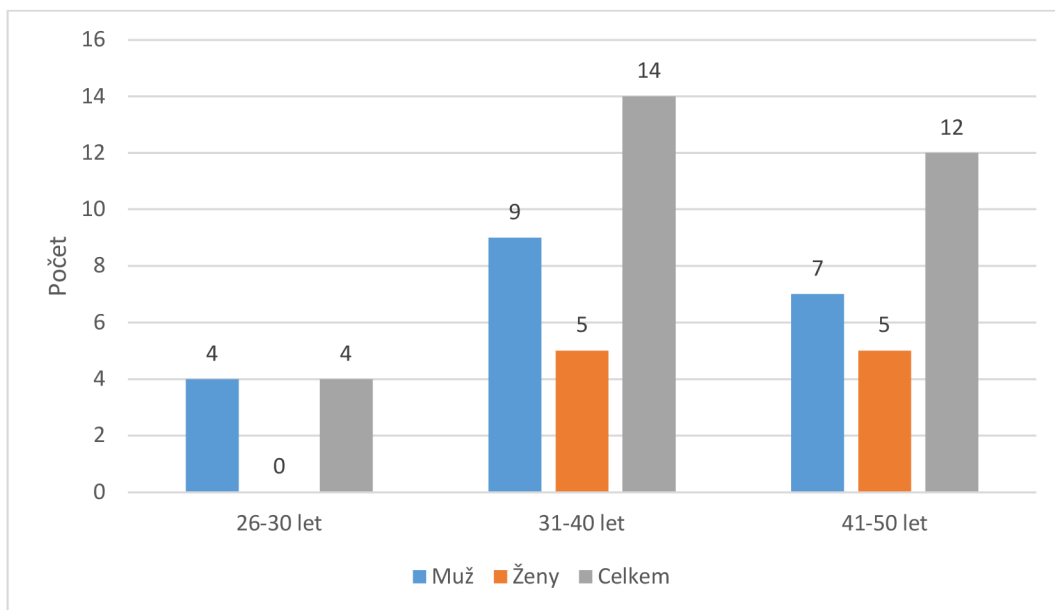
Z celkového počtu 32 (100 %) respondentů vykonávajících manuální práci se po DN do zaměstnání vrátilo 20 (62,5 %) a 12 (37,5 %) jich zůstalo bez zaměstnání, zatímco u respondentů, kteří vykonávali kancelářskou práci, jich po DN bylo z celkového počtu 18 (100 %) zaměstnáno 10 (55,6 %) a 8 (44,4 %) jich bylo bez zaměstnání (obr. 6).



Obrázek 6 Zaměstnání po DN podle druhu práce

Zdroj: Vlastní výzkum

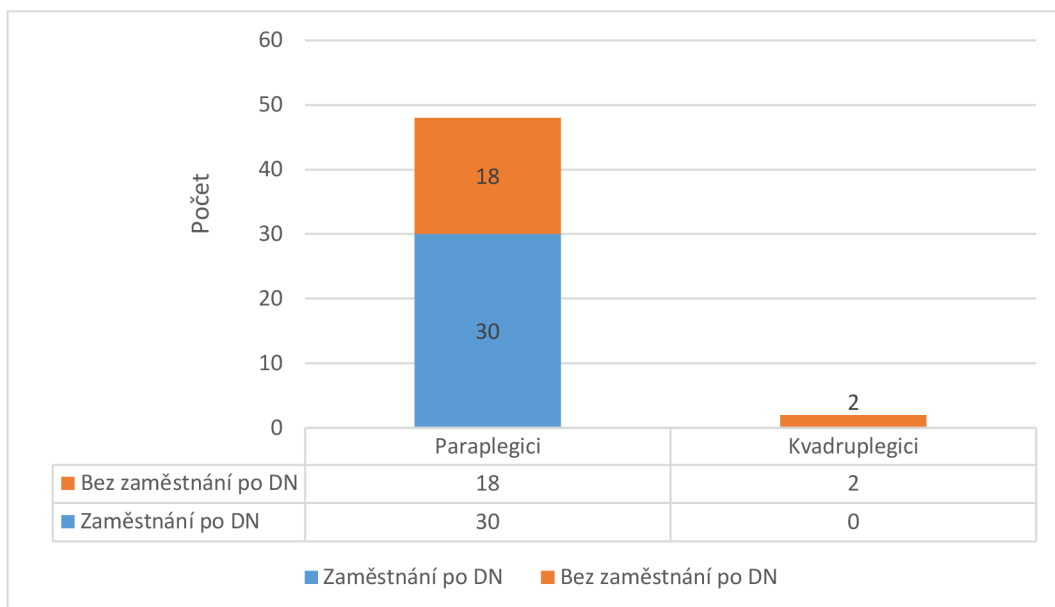
Největší skupinu zaměstnaných po DN (obr. 7) tvořili respondenti ve věkové kategorii 31–40 let, a to v počtu 14 (46,7 %), poté v kategorii 41–50 let, a to v počtu 12 (43,3 %), nejméně zaměstnaných bylo v kategorii do 26–30 let, a to v počtu 4 (13,3 %).



Obrázek 7 Zaměstnaní respondenti po DN dle věkové kategorie

Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 48 paraplegiků se jich do zaměstnání po nehodě vrátilo 33 (68,8 %), oba dva kvadruplegici (100 %) zůstali bez zaměstnání (obr. 8).



Obrázek 8 Zaměstnání po DN u paraplegiků a kvadruplegiků

Zdroj: Vlastní výzkum

Důvody pro návrat respondentů do zaměstnání po dopravní nehodě byly zejména ekonomické. Respondenti uvedli, že „potřebují finanční prostředky“, ať už na splácení hypotéky, pro zabezpečení rodiny nebo pro svůj běžný život:

„Musím pracovat, protože nejsem spokojený s výší invalidního důchodu. Je hrozně nízký. Kdybych nepracoval, nezvládl bych to finančně.“ (R5, 42 let)

„Protože bych finančně nevyšel, k invalidnímu důchodu a k příspěvku na péči, který pobírá manželka, pracuji. Pro dva lidi to je dost málo.“ (R9, 49 let)

„Jsem ženatý a mám tři děti, takže pracuji, jinak bych neuživil rodinu.“ (R10, 30 let)

„Výše invalidního důchodu mi nepřijde moc spravedlivá. Abychom jako rodina vyšli, musím pracovat na plný úvazek.“ (R24, 41 let)

„Nebyla jsem schopná nic hradit a vznikal mi tedy dluh. Odmítla jsem proto i rehabilitační ústav, abych se mohla vrátit zpět domů k péči o babičku, a tím zase získat příjem. Bylo to pro mě velice psychicky náročné. Měla jsem strašný pocit nejistoty.“ (R34, 40 let)

Dalším důvodem, proč respondenti začali po dopravní nehodě pracovat, byla, dle jejich sdělení, touha po „spokojenějším životě“:

„Nejsem závislý na státu. Mohu pracovat, tak pracuji. Kdo chce, práci si najde. To, že jsem na vozíku, neznamená, že jsem chudák. Činí mi to radost, že můžu pracovat.“ (R15, 34 let)

„Pracuji proto, že chci a že si mohu koupit, co chci. Celkově se do práce těším a baví mě.“ (R41, 43 let)

„Pracuji, protože si myslím, že práce utváří charakter. Jsem šťastný a na život si nestěžuji, nemám důvod.“ (R43, 32 let)

Důvody, proč respondenti nechtěli pracovat, jsme shrnuli do tří základních oblastí. Jedním z důvodů byl, dle jejich sdělení, „špatný zdravotní stav“:

„Nepracuji. Mám bolesti a celkově nejsem schopna chodit pravidelně do práce. Nikdy nevím, jak mi bude druhý den. Prostě to nejde.“ (R19, 31 let)

„Nemůžu pracovat, mám bolesti a vůbec všechny ty problémy jako s močením...to prostě nejde někam chodit. Nezvládl bych chodit do práce.“ (R26, 39 let)

„Nepracuju, jsem doma. Jsem na tom špatně psychicky, takže skoro ani nechodím mezi lidi. Nechci být mezi lidma.“ (R29, 47 let)

„Jiné koníčky nemám a nepracuju. Je to možná moje chyba. Měl jsem jít do rehabilitačního ústavu. Teď mě pořád všechno bolí a už to nejde rozcvičit.“ (R35, 34 let)

Dalším důvodem byla „nemožnost vykonávat stejnou práci jako před DN“:

„Nepracuju. Nemůžu už dělat práci, co jsem dělal předtím a nic jiného neumím.“
(R13, 42 let)

„Pracoval bych rád, ale nemohu sehnat práci. Dělal jsem čalouníka, a to už dělat nemůžu.“ (R17, 38 let)

„Nepracuju, už to není možný. Děkala jsem kosmetičku a moc mě to bavilo, ale to už není možný, takže bych ráda pracovala, ale nejde to.“ (R42, 44 let)

Posledním důvodem, který respondenti odůvodňovali, že nepracují, bylo „riziko odebrání finančních příspěvků od států“:

„Vadí mi, že i když je můj zdravotní stav neměnný, protože jsem mladý, musím chodit pravidelně na posuzování zdravotního stavu kvůli přiznání invalidního důchodu. Kvůli tomu nepracuju, aby mi nevzali důchod.“ (R22, 43 let)

„Asi to bude znít blbě, ale nemusím pracovat, mám peněz dost, tak proč bych se hnal do práce. A navíc teda nebudu riskovat, že mi sníží důchod, jako se to stalo spoustě mých kamarádů.“ (R28, 29 let)

„Hodně z mých přátel mi přiznalo, že když začali pracovat, byl jim invalidní důchod snížen nebo odebrán. Tak raději přestali pracovat.“ (R48, 33 let)

To, zda respondenti měli nebo neměli zaměstnání po DN, se odrazilo na jejich hodnocení celkové kvality života. Dle Pearsonova chí-kvadrát testu, ($X^2(1, N = 50) = 4,74, p < .05$), jsou ti, kteří mají zaměstnání, spokojenější s kvalitou života (tab. 10).

Tabulka 10 Počty zaměstnaných a nezaměstnaných respondentů a jejich spokojenost s kvalitou života

	Nespokojenost s kvalitou života	Spokojenost s kvalitou života	Celkem
Bez zaměstnání	10	7	17
Stálé zaměstnání	9	24	33
Celkem	19	31	50

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni respondenti z našeho výzkumu se stali po dopravní nehodě příjemci invalidního důchodu, zbylý pracovní potenciál u 2 kvadruplegiků byl zanedbatelný; ostatní respondenti, tedy 48 paraplegiků, disponuje zbylým pracovním potenciálem v minimální

výši 31 %. Stejně tak se všichni stali příjemci příspěvku na péči. Všech 50 (100 %) respondentů požádalo a získalo nějakou další nepojistnou dávku, například příspěvek na koupi motorového vozidla.

V době DN mělo 9 (18 %) respondentů hypotéku nebo jiný druh půjčky. Z těchto respondentů jich 7 začalo po DN pracovat. Jeden respondent nepracoval, ale nutno podotknout, že se jednalo o vojáka, který pobíral výsluhovou rentu, takže po nástupu do ID pobíral ID plus rozdíl mezi ID a výsluhovou rentou. Pro všechny respondenty, kteří nastoupili do zaměstnání, byl důvod zcela jednoznačně ekonomický:

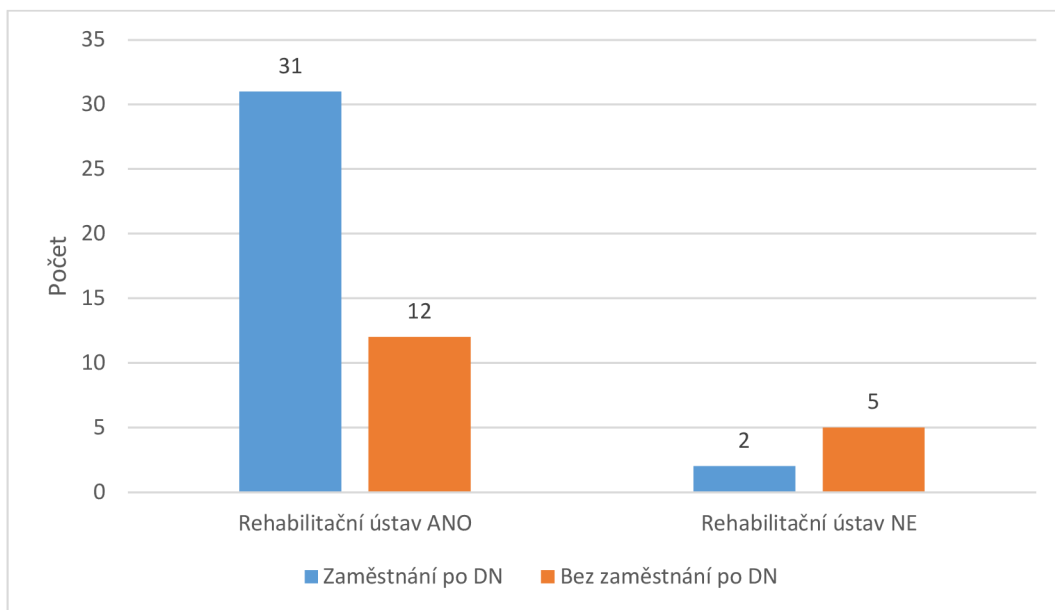
„I když mám bolesti a bez injekcí nedokážu prakticky fungovat, musím do zaměstnání, abych byla schopna platit hypotéku a živit sebe a děti.“ (R4, 36 let)

„Začala jsem pracovat v místním zemědělském družstvu, a to proto, abych nemusela nikam dojíždět a mohla vodit děti do školy. Potřebuji peníze na splácení, a to, co mi dává stát, by mi nestačilo. Dělán tam úřednici.“ (R39, 48 let)

„Mám dvě zaměstnání. Musím pracovat, protože mám úvěr na dům a jen z důchodu bychom nevyšli.“ (R44, 34 let)

„Pracuji, neboť jsem si postavil rodinný dům, splácím hypotéku a nevyšel bych finančně.“ (R49, 37 let)

Z výzkumu dále vyplynulo, že důkladná rehabilitace měla u respondentů vliv na nástup do zaměstnání po DN. Zatímco ze 43 (100 %) respondentů, kteří prošli rehabilitačním ústavem, se 31 (72,1 %) vrátilo po DN do zaměstnání, 12 (27,9 %) respondentů se po DN do zaměstnání nevrátilo, u 7 (100 %) respondentů, kteří neprošli po DN rehabilitačním ústavem, se do zaměstnání vrátili pouze 2 (28,6 %) respondenti a 5 (71,4 %) respondentů do zaměstnání po DN nenastoupilo (obr. 9).



Obrázek 9 Vliv rehabilitace na nástup do zaměstnání

Zdroj: Vlastní výzkum

Sami respondenti, kteří po DN nenastoupili do rehabilitačního ústavu, přiznali, že to byla chyba a že na tom nejsou zdravotně tak jako jiní vozíčkáři, kteří rehabilitaci podstoupili.

„Jiné koníčky nemám a nepracuju. Je to možná moje chyba. Měl jsem jít do rehabilitačního ústavu. Teď mě pořád všechno bolí a už to nejde rozcvičit.“ (R35, 34 let)

„Nepracuji, mám pořád bolesti zad. Možná kdybych šla do nějakého toho rehabilitačního ústavu, mohlo to být lepší.“ (R36, 34 let)

Rodinné a přátelské vztahy

Všichni respondenti shodně uvedli, že jim jejich rodiče byli oporou, i když pro některé to bylo obtížné. Z celkového počtu respondentů uvedlo 44 (88 %) podporu ze strany obou rodičů:

„Rodiče to nesli velmi špatně, ale nedali nic znát. Byli nám v té době velkou oporou. Pomáhali nám finančně. Do dneška mi moji rodiče hodně pomáhají. Jsem jim nesmírně vděčná.“ (R14, 47 let)

„Naši jsou rozvedení. Ale musím říct, že celou dobu stáli při mně a celá tahle situace pomohla zlepšit vztah mezi nima. Měl jsem obrovskou podporu v rodině, proto jsem to zvládl docela dobře. Neměl jsem žádné negativní myšlenky a chtěl jsem prostě žít dál, i na vozejku.“ (R46, 26 let)

Pouze 1 (2 %) respondent uvedl, že mu byl podporou pouze jeden z rodičů (matka) a s druhým (s otcem) neudrhuje žádné styky:

„Můj otec se s námi nikdy nestýkal a myslím si, že by mu to bylo i jedno, kdyby to věděl. Nestaral se ani o moji matku, když mu vychovávala jeho děti, nás, takže by se těžko staral o mě.“ (R4, 36 let)

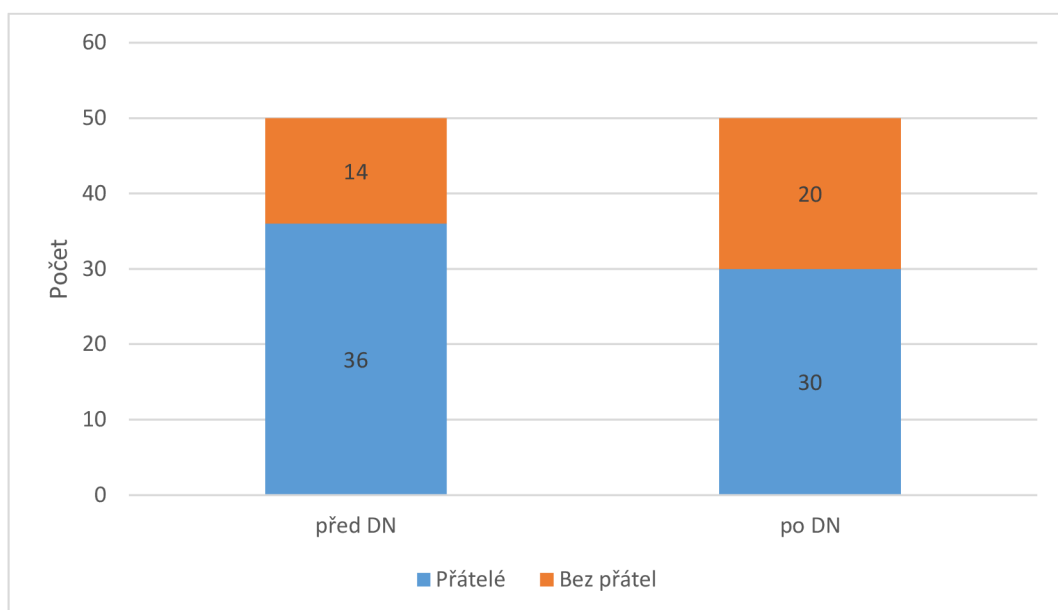
Celkem 5 (10 %) respondentů uvedlo, že se nestýkají ani s jedním z rodičů:

„Ale to jsem také zvládl. Hlavně za pomoci prarodičů. Vychovávali mě. S rodiči se nestýkám a pomoc bych od nich ani nechtěl. Myslím, že je to ani nezajímalo. Jsme pro sebe cizí lidi.“ (R3, 33 let)

„S rodiči se nestýkám, nevěděli o tom. Teda aspoň ne ode mě. Takže mi nijak nepomohli a ani bych to nechtěl. (R47, 46 let)

Přátelské vztahy

Dalším výstupem z výzkumu je zjištění, že před DN mělo ve svém okolí 36 (72 %) respondentů přátele a 14 (28 %) respondentů uvedlo, že bylo bez přátel; zatímco po DN se počet respondentů, kteří měli přátele, snížil, a to na 30 (60 %) a počet respondentů bez přátel se zvýšil na 20 (40 %) – obr. 10.



Obrázek 10 Přítomnost přátel před DN a po DN

Zdroj: Vlastní výzkum

Vliv DN na přítomnost/absenci přátel u byl různý, nicméně jej lze shrnout do několika kategorií:

„přátelé zůstali“:

„Kamarádi z fotbalu, na který jsem chodil před nehodou pravidelně, nám také hodně pomohli, a i teď mi pomáhají, když už bydlím ve svém bytě. Občas mě vyzvednou a dovezou za kamarádama na pivo nebo jedu s nima na zápas. Pořád mě berou, jako že jsem jejich součástí, i když už nemůžu hrát. Vlastně mi i dodnes posílají termíny zápasů.“
(R21, 29 let)

„Kamarádi mi celou dobu, co jsem se léčil, psali, volali, jestli něco nepotřebuji a ať se držím. Pomáhají mi dodnes, i ten můj nejlepší kamarád. Tam se nic nezměnilo.“
(R26, 39 let)

„o přátelé přišli“

„Chvilí jsem bydlel v jednom zařízení sociálních služeb, kde bylo vše uzpůsobené pro tělesně postižené, kde jsem si našel i přátele. Ale, bohužel jsem měl ataku paranoidní schizofrenie, byl jsem agresivní na kamarády, a proto jsem dostal výpověď. Tím skončily moje přátelské vztahy.“ (R2, 39 let)

„Kamarády jsem měl kluky z práce, ale to skončilo úrazem. Pak se neozval ani jeden.“
(R16, 33 let)

„Měla jsem problémy, co se týká přátel. O spoustu jsem přišla, nevyrovnali se s mým postižením a teď raději žádné přátele nemám.“ (R48, 33 let)

„získali nové“

Navazování nových přátelství bylo zásadně propojené s „pobytem v rehabilitačním ústavu“:

„Potom mě převezli do rehabilitačního ústavu, kde jsem dostala nový impulz k životu. Potkala jsem tam kamarádku, která tam jezdí pravidelně a je také na vozíku. Byla nalitá optimismem. Chtěla jsem být jako ona. Pořád se stýkáme.“ (R6, 49 let)

„Mám nejlepší kamarádku, kterou jsem si mohla přát, kterou jsem potkala v rehabilitáku.“ (R42, 44 let)

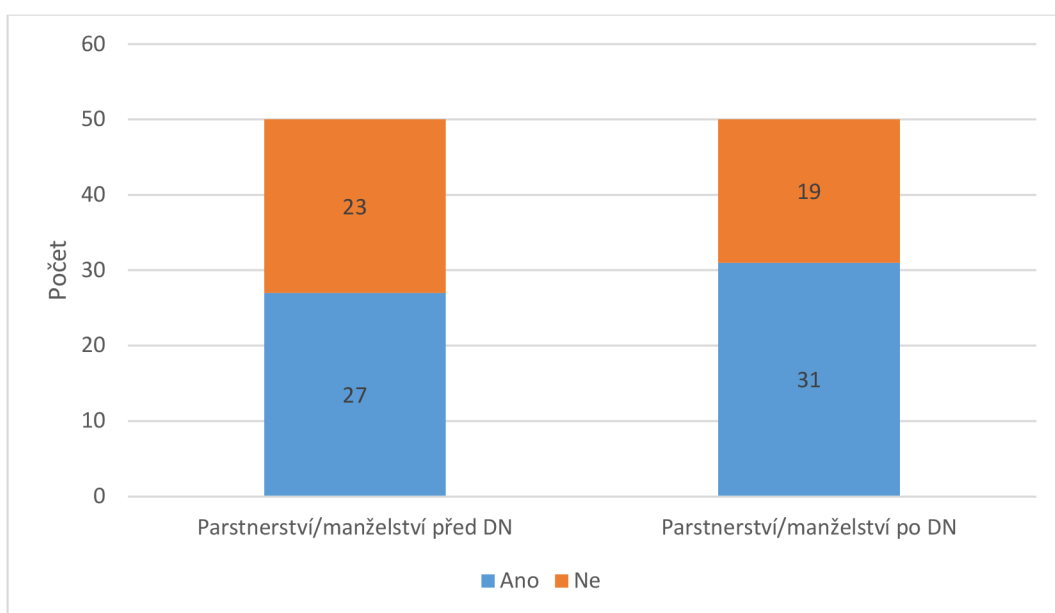
Nové přátelské vztahy respondenti uváděli také v souvislosti s „provozováním sportu“:

„Mám spoustu přátel, se kterými jsme se seznámili ve sportu. Máme stejný zájmy a rozumíme si.“ (R37, 32 let)

„Snažím se žít aktivně a jsem spokojený, s čímž souvisí i to, že jsem si našel spoustu přátel na vozejku, se kterými sportuji.“ (R49, 37 let)

Partnerské vztahy

V rámci rozhovoru se respondenti vyjadřovali také k problematice partnerských vztahů. Z výzkumu vyplynulo, že z celkového počtu 50 respondentů mělo před DN partnerský/manželský vztah 27 (54 %) respondentů a po DN má partnerský/manželský vztah 31 (62 %) respondentů (obr. 11).



Obrázek 11 Přítomnost partnerství/manželství před a po DN

Zdroj: Vlastní výzkum

Trvání partnerství/manželství před dopravní nehodou a po ní můžeme na základě analýzy rozhovorů rozdělit na tři kategorie, a to „rozpad vztahu“, „vztah vydržel“ a „nalezení nového vztahu po dopravní nehodě“. Důvody, které dle respondentů zapříčinily určité vztahové situace:

„rozpad vztahu“

Důvody k rozpadu byly různé. V odpovědích respondentů se objevovalo například „nezapojování se do výchovy dítěte“:

„Manžel se se mnou nakonec rozvedl. Už toho měl dost. Nemohla jsem se moc zapojovat do starostí kolem dcery. V podstatě vše bylo na něm, vozil ji všude, pral, uklízel, i se s ní učil, protože já měla často bolesti.“ (R14, 47 let)

Dalším, a nejčastějším, důvodem rozpadu vztahu respondenti uváděli „výčitky ze strany partnera“:

„Měl jsem přítelkyni, ale tu to prostě nebavilo, protože u nás to není tak, že můžeme mít hned sex. No, nebavilo ji to.“ (R2, 39 let)

„Manžel mi pořád něco vyčítal. Za všechno jsem mohla já. Neuměl se smířit s tím, že budu na vozíku. Hledal důvody k hádce. Rozvedli jsme se.“ (R4, 36 let)

„Moje manželka to nesla velice těžce. Po návratu domu jsme spolu žili ještě necelý rok a pak jsme se rozvedli. Nedokázala to všechno zvládnout, myslím jako tu starost o mě, pořád kolem mě musela lítat, všechno bylo na ní. Já jsem měl doktory, já jsem měl rehabilitace, prostě všichni se věnovali mně a ona strašně trpěla a dřela. Já jí teď už nic nevyčítám, měla pravdu, stala se v podstatě otrokem.“ (R11, 37 let)

„Manželka se se mnou rozvedla. Pořád mi nadávala. Nemohl jsem jí s ničím pomoci v domácnosti, a ještě se musela starat o mě. Ze začátku jsem se hodně pomočoval. Měl jsem problém i s únikem stolice. Nenesla to dobře, že to musí uklízet a přebalovat mě.“ (R35, 34 let)

Jako další důvod byl uváděn „omezený společenský život“:

„S manželkou jsme se rozvedli. Měla ráda procházky, výlety, zábavu s přáteli, a to se mnou bylo obtížné nebo nemožné podnikat.“ (R3, 36 let)

K ukončení partnerství došlo v jednom případě i následkem dané DN:

„Nejhorší rána přišla poté, co jsem se probírala z kómatu, kdy mi oznámili, že manžel si při nehodě zlomil vaz a zemřel, to se mi zhroutil celý svět.“ (R39, 48 let)

„vztah vydržel“

„Přítel mi byl oporou a pomohl mi finančně. Platil za mě hypotéku, když jsem já nemohla a staral se s našima o holky. Je to paradox, ale můj úraz nás hrozně stmelil dohromady.“ (R18, 43 let)

„Obrovskou zásluhu na tom mám moje manželka, pro kterou to muselo být nesmírně těžké, ale přes to všechno to zvládla, a navíc mi byla oporou a ve všem mě podporovala.“ (R47, 46 let)

„Jsme jako rodina šťastní, protože si myslím, že všechno je o komunikaci a o tom, aby se o problémech mluvilo. My spolu mluvíme hodně, hlavně na začátku jsme si museli říct

o problémech, které můžou nastat třeba v posteli, a i po téhle stránce jsme oba spokojeni.“ (R27, 41 let)

„nalezení nového vztahu po DN“

„Potkal jsem přítelkyni, se kterou jsem se po roce oženil a máme ročního kloučka. Od doby, co jsem se oženil a mám rodinu, nemám žádné chmury.“ (R15, 34 let)

„Našel jsem si přítelkyni, se kterou plánuji budoucnost. Můj život dostal nový impuls, co jsme spolu.“ (R26, 39 let)

Spokojenost se sexem ve vztahu ke stálému partnerovi

Z našeho výzkumu je patrné, že spokojeni v sexu jsou ti respondenti, kteří mají stálého partnera:

„V rehabilitáku mi vysvětlili vše i okolo sexu. Já jsem to pak probral všechno s přítelkyní a jsme v pohodě. Jen by bylo asi lepší, kdyby to slyšela se mnou.“ (R41, 43 let)

„Co se týká sexuální stránky, moje partnerka je hodně tolerantní, po této stránce si nemohu stěžovat.“ (R50, 49 let)

Naopak nespokojenost se sexem projevovali respondenti, kteří nemají stálého partnera:

„Co je u nás horší je porucha erekce. Mám ji často a při sexuálním styku musí být moje partnerka trpělivá. Nemám stálou přítelkyni, ale jen náhodné známosti. Ono, když tý ženský vysvětlíš, co ji čeká, přestane to chtít.“ (R1, 33 let)

„Navíc, prakticky nemám erekci, takže co by se mnou ženská dělala. Měl jsem přítelkyni, ale tu to prostě nebavilo, protože u nás to není tak, že můžeme mít hned sex. No, nebavilo ji to.“ (R2, 39 let)

„Ale vztah mi nikdy nevydržel, neboť mám problémy spojené s úrazem páteře. Ani o sex moc nestojím, protože to ne vždy jde.“ (R7, 45 let)

„Bohužel, můj manžel si našel jinou přítelkyni, se kterou může sportovat a která není na vozíku. Hodně mu vadil i sexuální styk se mnou, bylo mu to odporné, a to mi taky řekl.“ (R48, 33 let)

Spokojenost se sexem vyjádřilo celkem 26 respondentů, z toho pouze pět respondentů nemělo stálého partnera, ostatní tedy 27 respondentů, mělo stálého partnera, zatímco nespokojenost se sexem vyjádřilo 24 respondentů, z nichž 6 respondentů mělo stálého partnera a 18 uvedlo, že stálého partnera nemají. Dle Pearsonova chí-kvadrát testu jsou

se sexem více spokojeni ti, kteří mají stálého partnera ($X^2(1, N = 50) = 15,62, p < .01$) (tab. 11).

Tabulka 11 Míra spokojenosti respondentů se stálým partnerem nebo bez něj

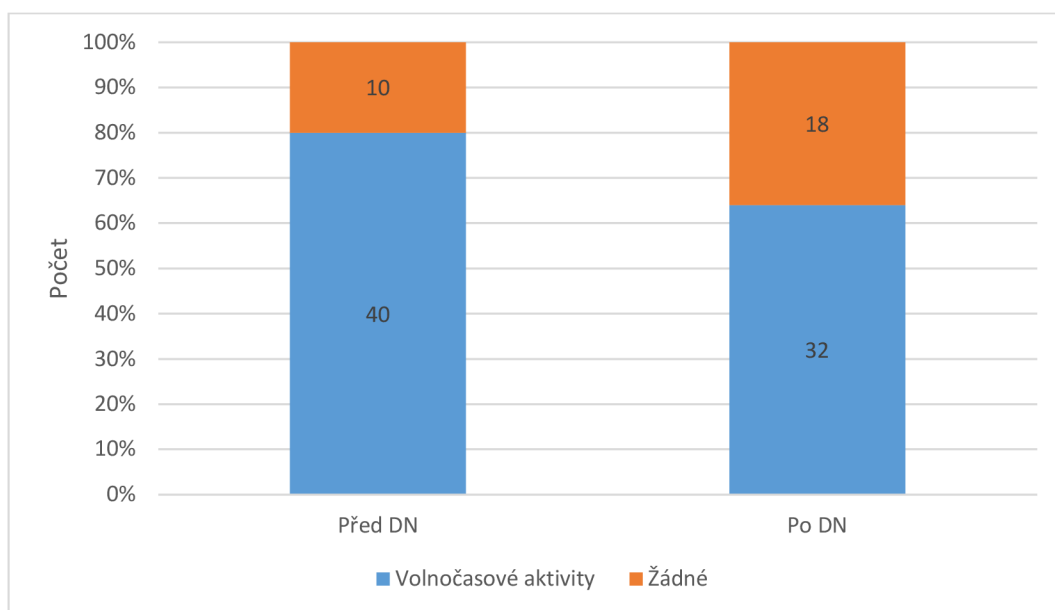
	Sex – spokojenost	Sex – nespokojenost	Celkem
Stálý partner	21	6	27
Bez stálého partnera	5	18	23
Celkem	26	24	50

Zdroj: Vlastní výzkum

Nespokojenost v sexu dominovala mezi ženami. Nespokojenost se sexem vyjádřilo celkem 13 žen a 11 mužů, naopak spokojenost vyjádřilo 23 mužů a 3 ženy.

Volnočasové aktivity

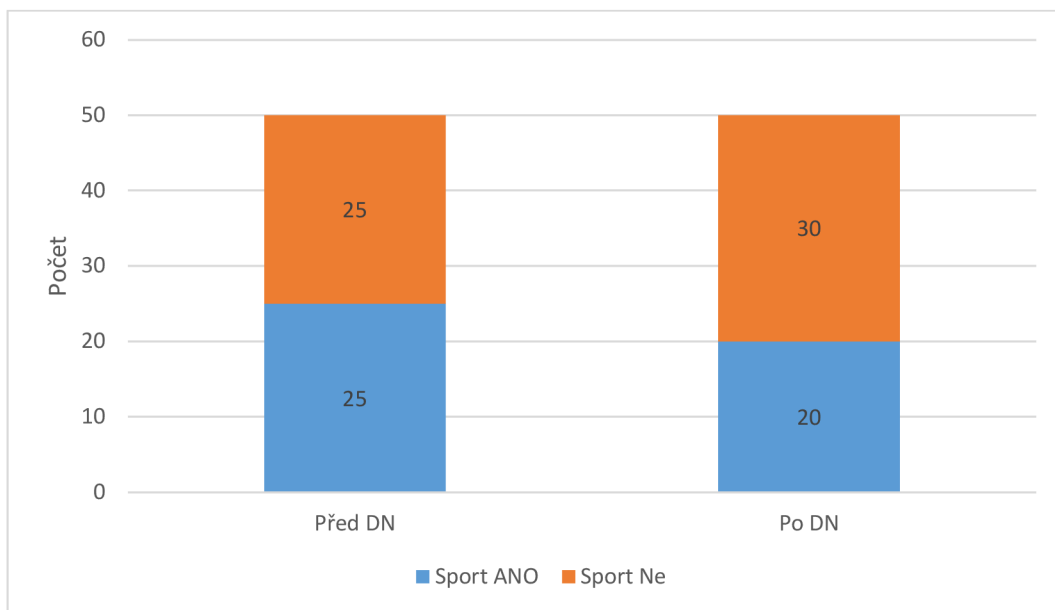
V rámci rozhovoru 40 (80 %) respondentů uvedlo, že před DN mělo volnočasové aktivity, zatímco po DN mělo volnočasové aktivity 32 (64 %) respondentů (obr. 12).



Obrázek 12 Přítomnost volnočasových aktivit před DN a po DN

Zdroj: Vlastní výzkum

Z volnočasových aktivit před DN i po ní převažoval sport jakéhokoliv druhu, a to aktivně i pasivně. Před DN provozovalo sport 25 (50 %) respondentů, po DN sportovalo 20 (40 %) respondentů a bez sportu bylo 30 (60 %) respondentů (obr. 13).



Obrázek 13 Provozování sportu před DN a po DN

Zdroj: Vlastní výzkum

Při zjišťování důvodů provozování sportu po DN lze odpovědi shrnout do tří kategorií, a to „spokojenost“, „lepší zdravotní stav“ a „noví přátelé“:

„Začal jsem hodně sportovat, dělám fitness, handbike a jezdím na čtyřkolce. Motivuje mě to na sobě makat, abych byl lepší a lepší a nemám tak žádné negativní myšlenky. Cítím se spokojený.“ (R49, 37 let)

„Mám spoustu přátel, se kterými jsme se seznámili ve sportu. ... Od té doby, co sportuji, mám menší bolesti kloubů, neberu žádné léky a stačí mi jednou ročně pobyt v rehabilitačním zařízení.“ (R37, 32 let)

„Hodně jsem na sobě makal v rehabilitačním ústavu, abych se co nejdříve dostal do formy a ten proces uzdravování byl o to lepší a rychlejší.“ (R30, 44 let)

„Sportuji, jsem reprezentant ČR v handbiku, byla jsem na paralympiádě. ... Myslím, že mám mnohem spokojenější a kvalitnější život než kdejaký zdravý člověk. Cítím se na 18 let, moje fyzické zdraví je lepší než před DN.“ (R12, 43 let)

„V současné době se věnuji hlavně rodině a rekreačně sportuji.“ (R10, 30 let)

„V rehabilitáku jsem byl šest měsíců a dostala se mi vynikající péče. Tady jsem se naučil i sportovat od ostatních kluků, co už sportovali a vytvořili jsme si tak lyžařský tým.“ (R50, 49 let)

„Hraju basketbal na mezinárodní úrovni a florbal. Ve sportu a v rehabilitáku jsem si našel spoustu nových kamarádů.“ (R44, 34 let)

„Jezdím na handbiku a sem spokojený. Mám spoustu přátel, kteří také jezdí na handbiku, ale také například jezdíme na speciálních lyžích, plavu, hraju hokej.“ (R3, 36 let)

Psychický stav respondentů po DN

Zjišťovali jsme také, kolik respondentů z našeho souboru mělo sebevražedné myšlenky. Z 50 (100 %) respondentů celkem 18 (36 %) sdělilo, že mělo sebevražedné myšlenky nebo se o sebevraždu pokusilo:

„Jsem ležák. Nikdy jsem se s tím nevyrovnal. Koukám se jen na televizi. Kdyby mi někdo nabídl, že mě otráví, přijal bych to, ale sám to udělat nemůžu.“ (R20, 49 let)

„Musím přiznat, že na samém začátku jsem měl sebevražedné sklony, kdy jsem si říkal, že na vozíku žít nechci. Ano, pokusil jsem se o sebevraždu.“ (R43, 32 let)

„V podvědomí jsem si určil cíl – pokud to do pěti let nerozhodím, zabiju se.“ (R49, 37 let)

Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 2

Kvalitu života jsme rozdělili dle několika oblastí. První byla ekonomická stránka. Zaměstnání před DN mělo 100 % respondentů, ale po DN mělo zaměstnání 20 (60,6 %) mužů a 10 (39,4 %) žen a bez zaměstnání bylo 13 (58,8 %) mužů a 7 (41,2 %) žen. Co se týká druhu vykonávané práce před DN, pak manuální práci vykonávalo 24 mužů a 8 žen, zatímco kancelářskou práci vykonávalo 9 mužů a 9 žen, tedy 64 % respondentů vykonávalo manuální práci a 36 % respondentů kancelářskou. Z celkového počtu 32 (100 %) respondentů, jež vykonávali před DN manuální práci, mělo zaměstnání po DN 20 (62,5 %) a 12 (37,5 %) jich zůstalo bez zaměstnání, zatímco u respondentů, kteří vykonávali před DN kancelářskou práci, jich po DN bylo z celkového počtu 18 (100 %) respondentů zaměstnáno 10 (55,6 %) a 8 (44,4 %) bylo bez zaměstnání. Po DN se do zaměstnání vrátili v největší míře respondenti ve věkové kategorii 31–40 let, a to 14 (46,7 %), a v kategorii 41–50 let, a to 12 (43,3 %). Nejméně zaměstnaných bylo v kategorii do 26–30 let, a to 4 (13,3 %). Do zaměstnání po DN se z celkového počtu 48 paraplegiků vrátilo 30 (62,5 %) a 18 z nich (37,5 %) bylo bez zaměstnání, ale ze dvou kvadruplegiků se do zaměstnání nevrátil ani jeden. Důvody respondentů pro návrat do

zaměstnání jsme shrnuli do dvou oblastí, a to „potřebují finanční prostředky“ a „spokojenější život“, které jsme následně interpretovali. Důvody respondentů, proč se do zaměstnání nevrátili, jsme opět shrnuli do oblastí „špatný zdravotní stav“, „nemožnost vykonávat stejnou práci jako před DN“ a „riziko odebrání finančních příspěvků od států“, tyto oblasti jsme následně interpretovali. Návrat do zaměstnání byl pro respondenty spojen i s celkovou kvalitou života, kdy spokojenost s kvalitou života uváděli zejména respondenti, kteří měli po DN stálé zaměstnání. Respondentům v naše výzkumném souboru byl po DN přiznán ID, kvadruplegikům 3. stupeň a paraplegikům 2. stupeň, z čehož vyplývá, že paraplegici disponují zbylým pracovním potenciálem minimálně ve výši 31 %. Dále byl všem přiznán i PP, kvadruplegikům PP 4. stupně, všech 48 paraplegiků se stalo příjemci 2. nebo 3. stupně PP. Všichni respondenti žádali po DN o nějakou další nepojistnou dávku, např. na koupi motorového vozidla, která jim byla přiznána. V době vzniku DN mělo 18 % respondentů hypotéku nebo jiný druh půjčky, z nich 77,8 % začalo po DN pracovat a hlavní důvod pro návrat do zaměstnání byl ekonomického rázu. Důkladná rehabilitace po DN měla vliv na to, zda se respondenti vrátili do zaměstnání, neboť ze 43 (100 %) respondentů, kteří prošli rehabilitačním ústavem, se 31 (72,1 %) vrátilo po DN do zaměstnání a 12 (27,9 %) respondentů se po DN do zaměstnání nevrátilo, zatímco ze 7 (100 %) respondentů, kteří neprošli po DN rehabilitačním ústavem, se do zaměstnání vrátili pouze 2 (28,6 %) respondenti a 5 (71,4 %) respondentů do zaměstnání po DN nenastoupilo, což i samotní respondenti považovali za chybu.

Další oblastí byla rodina a přátelé; 88 % respondentů z výzkumného souboru uvedlo, že mělo podporu ze strany obou rodičů, 2 % respondentů byl oporou jeden z rodičů (matka) a s druhým (s otcem) neudržovali vztahy, zbylých 10 % respondentů se s rodiči vůbec nestýkalo a vychovávali je například prarodiče, kteří jim byli po DN oporou. Rodiče nebo jeden z rodičů se s následky DN u svého dítěte vyrovnali dle respondentů převážně dobře a respondenti v nich měli velkou oporu. Před DN mělo 72 % respondentů přátele a 28 % bylo bez přátel a po DN se podíl respondentů, kteří měli přátele, snížil na 60 % a bez přátel jich bylo 40 %. To, jak dopravní nehoda u respondentů ovlivnila jejich vazby s přáteli, jsme shrnuli do kategorií: „přátelé zůstali“, „o přátele přišli“, „získali nové“ (zejména návštěvou rehabilitačního ústavu a provozováním sportu).

Neméně důležité bylo zmapování partnerských vztahů, z celkového počtu respondentů mělo před DN partnerský/manželský vztah 54 % a 46 % respondentů vztah nemělo,

zatímco po DN má partnerský/manželský vztah 62 % respondentů a 38 % respondentů takový vztah nemá. Na základě analýzy rozhovorů jsme vliv DN na partnerství/manželství u respondentů rozdělili do tří oblastí, a to „rozpad vztahu“, „vztah vydržel“ a „nalezení nového vztahu po DN“. Dále byla prokázána významná závislost mezi spokojeností v sexu a stálým partnerem. Spokojenost v sexu vyjádřilo 26 respondentů, z nichž stálého partnera mělo 21, nespokojenost v sexu vyjádřilo 24 respondentů, z nichž stálého partnera mělo pouze 6 respondentů. Nespokojenost se sexem vykazovalo 11 mužů a 11 žen. Spokojených se sexem bylo 23 mužů a 3 ženy.

Dalším cílem výzkumu bylo zjistit přítomnost volnočasových aktivit u respondentů před DN a po DN, kdy 80 % respondentů uvedlo, že před DN mělo volnočasové aktivity, zatímco 20 % respondentů takové aktivity nemělo žádné. Po DN mělo volnočasové aktivity 64 % respondentů, žádnou volnočasovou aktivitu neprovozovalo 36 % respondentů. Hlavní oblastí aktivit před DN i po ní byl u respondentů sport, kdy před DN provozovalo sport 50 % respondentů, zatímco po DN sportovalo 40 % respondentů a bez sportu bylo 60 %. Mezi důvody provozování sportu, převažovala „spokojenost“, „lepší zdravotní stav“ a „noví přátelé“.

Výzkum také odhalil, že 36 % respondentů mělo sebevražedné myšlenky nebo se o sebevraždu pokusilo.

4.2.3 Výsledky k dílčímu cíli 3

Dílčí cíl 3: Analyzovat spokojenost účastníků DN, kteří při DN utrpěli zranění vedoucí k paraplegii nebo kvadruplegii, se zdravotní a rehabilitační péčí.

Pro naplnění dílčího cíle 3 jsme zjišťovali pomocí výrazů „spokojenost“ a „nespokojenost“. Použili jsme k tomu dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval otázky týkající se okolností DN.

Rozborem sdělení respondentů jsme stanovili typové důvody spokojenosti nebo nespokojenosti. Nejprve uvádíme celkový přehled identifikovaných typových důvodů spokojenosti nebo nespokojenosti v obou druzích zařízení. Typové důvody se liší tím, jaká charakteristika péče se stala předmětem vyjádření vybraných respondentů, a tedy tím, jaký důvod spokojenosti či nespokojenosti respondenti komentovali. Každý typ ilustrujeme vybraným výrokem jednoho z respondentů. Následně popisujeme odděleně typové důvody spokojenosti nebo nespokojenosti, které se týkaly nemocnic

a rehabilitačních zařízení. Jednotlivé typové důvody spokojenosti nebo nespokojenosti v této souvislosti ilustrujeme větším počtem výroků, které interpretujeme z hlediska očekávání u určité charakteristiky péče, a z hlediska hodnocení, která na identifikovaná očekávání respondentů navazují. Ukazujeme tak, jak respondenti s úrazem po DN, po které se stali paraplegiky nebo kvadruplegiky, konstruují svůj subjektivní obraz o poskytované péči v nemocnicích a v rehabilitačních zařízeních a jak se tento obraz promítl do jejich spokojenosti či nespokojenosti s těmi charakteristikami léčby a rehabilitační péče, na které zaměřili svou pozornost.

Typové důvody spokojenosti a nespokojenosti

Jak bylo uvedeno výše, předpokládáme, že respondenti pociťují spokojenost či nespokojenost na základě svých očekávání.

Z této perspektivy se hodnotí charakteristiky léčby nebo péče, na které jsou očekávání respondentů zaměřena. Z tohoto hlediska vyvstává otázka, jaká očekávání a z nich plynoucí hodnocení vedla respondenty k tomu, že častěji vyjadřovali příznivý postoj k rehabilitační péči než k léčbě v nemocnicích?

Analýzou rozhovorů jsme identifikovali typové důvody spokojenosti či nespokojenosti s léčbou v nemocnici a rehabilitační péčí, které jsme označili následovně: „informace o zdravotním stavu“, „komunikace s personálem“, „způsob sdělování informací“, „(ne)ochota personálu“, „málo rehabilitace“, „zařízení mluví o jiném zařízení“.

Tyto typy nyní popíšeme podrobněji:

Prvním z identifikovaných typových důvodů nespokojenosti je, že respondent vyhodnotil svou situaci tak, že nedostal „informace o svém zdravotním stavu“. Pohled na důvody ne/spokojenosti označený výrazem „informace o zdravotním stavu“ se vztahuje ke kvalitě a úplnosti informací o zdravotním stavu respondenta, které se mu dostávají od personálu. Respondenti očekávají jednak to, že lékař, sestra nebo jiný personál jim dá včas odpověď na každou otázku týkající se zdravotního stavu. Spokojenost s obsahem a kvalitou podávaných informací o zdravotním stavu byla hodně ovlivněna včasností a pravidelností informování:

„Byl jsem spokojen, jak se mnou lékaři na všech odděleních jednali, a hlavně s tím, že jsem měl přesné informace o tom, co se mnou budou dělat a kam mě budou překládat.“

(R30, 44 let)

Někdy respondenti vyžadovali odpověď i v případě, kdy ani samotný personál ještě odpověď tuto neznal:

„Lékař mi nebyl schopen 14 dní říci, zda budu chodit, nebo zůstanu upoután na invalidní vozík.“ (R15, 34 let)

Lze pochopit, že daný respondent chtěl vědět, zda bude ještě chodit, ale ani lékař nemohl v té době znát odpověď. Respondent očekával, že lékař musí, vzhledem ke svému povolání, odpověď vždy znát. Respondent tedy vyhodnotil celou situaci tak, že nedostal informace o svém zdravotním stavu.

Typové důvody ne/spokojenosti označený výrazem „komunikace mezi personálem“ se týká otázky, jak respondenti vnímají předávání informací mezi sestrami a lékařem. Například pokud lékař něco nařídí, zda sestra respektuje nařízení a řídí se jím:

„Byl jsem po operaci páteře a lékař mi nařídil ležet, výslovně mi zakázal vstávat, a když jsem měl mít kontrolní rentgen, sestra na mě začala řvát, že nejsem starý člověk, abych vstal a že si na ten rentgen snad dojdu po svých.“ (R11, 37 let)

Tento respondent očekával, že to, co mu lékař nařídil, budou dodržovat i sestry. Celá situace na něj působila tak, že personál oddělení spolu nekonzultuje další léčebný a rehabilitační postup. Naopak jindy měli respondenti pocit, že lékař nařídí léčbu a sestra okamžitě koná:

„Měl jsem proleženiny a lékař nařídil několikadenní ošetřování této proleženiny, sestra za mnou přišla hned, jak odešel lékař a pravidelně prováděla ošetření tý proleženiny, až jsem se divil, fakt se snažila.“ (R41, 43 let)

Jeho očekávání byla naplněna nebo i možná překonána, neboť měl pocit, že všechen personál dělá vše pro jeho uzdravení.

Další typový důvod ne/spokojenosti se týká „způsobu sdělování informací“ – v pozitivních i záporných hodnoceních respondentům nešlo ani tak o obsah dané komunikace, ale o to, jak jim informace byly sdělovány, zda s nimi byl personál vůbec ochoten komunikovat, zda se mohli ptát na cokoli a zda jim byla podána plnohodnotná odpověď:

„Lékař mi vysvětlil, co mám všechno poškozené, proč již nikdy nebudu chodit, ale zároveň mě podpořil v rehabilitaci, věřil jsem mu.“ (R17, 38 let)

Tento respondent očekával, že lékař mu nejen poradí a naordinuje správnou léčbu, ale také že s ním bude slušně jednat a taktně mu sdělovat informace, což se naplnilo. Nebylo tomu ale v každém případě.

„Vzpomínám si, jak lékař končil vizitu, obrátil se ve dveřích a řekl, ať se smírím s tím, že už nebudu chodit, to mě zlomilo, cítil jsem se jako nepotřebný mrzák a pomýšlel jsem na sebevraždu.“ (R44, 34 let)

Tento respondent se dozvěděl verdikt ohledně toho, zda ještě někdy bude chodit. Očekával, že s ním lékař o tom bude otevřeně a podrobně mluvit, místo toho mu verdikt sdělil mezi dveřmi a odešel.

Tématem následujícího typového důvodu ne/spokojenosti byla „(ne)ochota personálu“ jednoznačně pomoci nebo naopak neochota tak učinit. Nutno zdůraznit, že všichni respondenti, kteří byli zařazeni do výzkumu, byli zpočátku kratší či delší čas opoutaní na lůžko, neobešli se tedy bez pomoci jiných.

„Byl jsem naprosto spokojen se vstřícností a ochotou veškerého personálu. Když jsem se chtěl jít koupat nebo jen pomoci na vozík, pomohli mi a nikdy jsem se necítil trapně, že je otravuju.“ (R50, 49 let)

Respondent očekával, že personál zařízení tam je pro něj, že mu musí pomoci, pokud potřebuje, a to kdykoliv.

„Tak odporný přístup sester a vůbec veškerého personálu, vyjma lékařů, jsem nezažil a nikomu bych tu bezmoc nepřál. Měl jsem pocit, že jsem někdo méněcenný.“ (R7, 45 let).

Výše uvedený výrok naopak vyjadřuje, že očekávání, že by měl být personál respondentům nápomocen, nabylo naplněno.

Identifikovaly jsme také pohled typové důvody ne/spokojenosti, který vycházel z otázky „ne/dostatku rehabilitace“ – respondenti v našem výzkumu potřebovali pro své zotavení různě intenzivní rehabilitaci. Začátek rehabilitace byl v nemocničním zařízení a poté někteří pokračovali i v rehabilitačním zařízení. Pro respondenty byla rehabilitace a její intenzita velice důležitá:

„Rehabilitace v rehabilitačním zařízení mi velice pomohla i po psychické stránce. Pětkrát denně se mnou pracovali, a dokonce mi pak poradili, kam si mám jít jako vozičkář hledat zaměstnání.“ (R49, 37 let)

Respondent očekával, že jej v rehabilitačním zařízení co nejvíce zrehabilitují a jeho stav se stabilizuje. Jeho očekávání byla nejen naplněna, ale personál je předčil tím, že mu navíc doporučil, kam se obrátit se žádostí o zaměstnání. Sociální pracovníci jsou k dispozici v nemocničních i rehabilitačních zařízeních, právě oni se o zpětné začlenění jedince do běžného života starají. V zařízeních rehabilitačního typu respondent očekává intenzivní rehabilitaci:

„Spíš jsem se tam nudil. Za celý den jsem měl pouze dvě procedury. Cvičil jsem tedy sám, jinak by byl celý pobyt zbytečný.“ (R2, 39 let)

Z důvodu nedostatku rehabilitačních cvičení a dalších procedur nebyla očekávání tohoto respondenta naplněna.

V očích respondentů ovlivňovalo ne/spokojenost to, jak „jedno zařízení mluví o jiném zařízení“ – respondenti velice citlivě vnímali, jak se pracovníci nemocnice nebo rehabilitačního ústavu vyjadřovali o zařízeních, které respondent navštívil předtím:

„V rehabilitačním ústavu mi říkali, že v nemocnici, kde jsem byl předtím, odvedli skvělou práci a mají na co navazovat.“ (R8, 39 let)

Respondent očekával, že všechna zařízení poskytují obdobně kvalitní péči. Pokud respondenti slyšeli negativní hodnocení, vyvolávalo to v nich otázky, zda na tom nemohli být zdravotně lépe, kdyby dané zařízení svou práci odvedlo lépe:

„V nemocnici, kam mě dovezli, mi řekli, že, kdyby v předešlé nemocnici udělali tu operaci dobře, mohl jsem možná chodit. Dodnes mě trápí myšlenka, co by bylo, kdyby...“ (R16, 33 let)

Respondent očekával absolutní zdravotní péči ve všech zařízeních a pracovníkům v těchto zařízeních důvěřoval. Toto tvrzení v něm vyvolalo nejen nedůvěru v další léčbu, ale doživotní pochyby o tom, zda by býval mohl chodit, nebo ne.

Typové důvody spokojenosti a nespokojenosti s léčením v nemocnicích a rehabilitační péčí

Ve svých reakcích na charakteristiky obou typů zařízení a péči v nich respondenti uváděli následující z výše uvedených typových důvodů vlastní spokojenosti či nespokojenosti: „informace o zdravotním stavu“, „komunikace mezi personálem“, „způsob sdělování informací“, „(ne)ochota personálu“, „málo rehabilitace“ a „zařízení mluví o jiném zařízení“.

V rámci těchto typů se však lišil jejich pohled na léčení v nemocnicích a na rehabilitační péči. Některé typové důvody spokojenosti a nespokojenosti uváděli respondenti pouze ve svých reakcích na léčení v nemocnicích, jiné pouze ve svých vyjádřeních k rehabilitační péči. Zatímco „informace o zdravotním stavu“ a „komunikace mezi personálem“ se vztahovaly výhradně k nemocniční péči, „málo rehabilitace“ se vztahovalo pouze k rehabilitační péči. Ostatní typy byly pro obě zařízení společné:

Nejprve popíšeme rozdíly v rámci typových důvodů na zdravotní péči v nemocnicích. Jednotlivé typové důvody spokojenosti nebo nespokojenosti v této souvislosti ilustrujeme větším počtem výroků, které interpretujeme z hlediska očekávání u určité charakteristiky péče a z hlediska hodnocení, která na identifikovaná očekávání respondentů navazují. Ukazujeme tak, jak respondenti s úrazem po DN, po které se stali paraplegiky nebo kvadruplegiky, konstruuji svůj subjektivní obraz o poskytované péči v nemocnicích a v rehabilitačních zařízeních a jak se tento obraz promítl do jejich spokojenosti či nespokojenosti s těmi charakteristikami léčby a rehabilitační péče, na které zaměřili svou pozornost.

„Informace o zdravotním stavu“ byl první typový důvod spokojenosti či nespokojenosti vztahující se výhradně ke zdravotní péči, který respondenti zmiňovali velice často. Nutno říci, že tyto osoby utrpěly úraz, jehož následkem bylo ochrnutí dolních nebo všech čtyřech končetin. V době pobytu v nemocničním zařízení čekali, až jim oznámí, jak se bude dál vyvíjet jejich zdravotní stav. Všechny tyto osoby byly na úplnost a pravidelnost informací velice citlivé. Vadilo jim například to, že jim lékař neříká informace ihned:

„Ráno byla vizita a já čekala až do odpoledne, až za mnou přijde můj ošetřující lékař a sdělí mi, k čemu dospěli při vizitě, jaké mám výsledky a tak.“ (R32, 44 let)

Stejně tak jim vadilo, že nedostali odpověď na svou otázku:

„Chtěla jsem prostě vědět, zda budu chodit a lékař mi to neřekl.“ (R6, 49 let)

Právě skutečnost, že jim lékař nedal odpověď na jejich otázku, vedlo mnoho respondentů k negativnímu hodnocení zdravotní péče v daném nemocničním zařízení.

Stejně tak i druhý typový důvod – „komunikace mezi personálem“ – se vztahoval ke zdravotní péči z podobných důvodů. Respondenti uváděli velice často negativní hodnocení spokojenosti v daném zařízení. Toto hodnocení se týkalo vždy sester či jiného personálu, lékařů ale nikdy.

„Lékaři na oddělení byli super, ale sestry si dělaly, co chtěly, a když jim doktor něco nakázal, neudělaly to.“ (R39, 48 let)

Respondenti měli pocit, že sestry nedělají důsledně svou práci, a i když měli důvěru v lékaře, přesto hodnotili komunikaci personálu negativně:

„Blížilo se střídání směn, lékař nařídil, aby mi píchli něco na bolest, ale sestra, co končila, to neudělala, a ta, co nastoupila, o tom nevěděla, a jejich špatnou komunikací se to vše protáhlo.“ (R34, 40 let)

Všichni respondenti byli v nemocnici po nehodě a krátký čas po ní neměli jistou budoucnost, měli bolesti a cítili beznaděj, proto očekávali rychlé a bezchybné předávání informací mezi personálem.

Nyní popíšeme typové důvody identifikované v kontextu rehabilitační péče. Jediné negativní hodnocení vztahující se přímo k rehabilitační péči se týkalo nedostatku rehabilitace (*„málo rehabilitace“*). Nespokojený respondent očekával od rehabilitačního pobytu více rehabilitace. V naprosté většině však respondenti hodnotili náplň a intenzitu rehabilitace kladně.

„V rehabilitačním ústavu se mnou pořád cvičili, prakticky jsem se nezastavil a strašně jsem si cenil toho, jak se snaží, abych byl schopen samostatně fungovat.“ (R22, 43 let)

„Pořád jsem měl nějaké cvičení nebo koupel a tak. Byla to náročná rehabilitace a já byl na konci strašně rád, že jsem to zvládl a hodně se naučil.“ (R47, 46 let)

„Když jsem šel do rehabilitačního ústavu, myslel jsem, že nebudu moci žít sám a budu odkázaný na pomoc někoho jiného, ale díky stále rehabilitaci, kterou mi tady dali, mě naučili žít s vozíkem tak, abych mohl fungovat bez pomoci jiných.“ (R5, 42 let)

Typové důvody spokojenosti či nespokojenosti s rehabilitační, ale zároveň i nemocniční péčí byly: „způsob sdělování informací“, „(ne)ochota personálu“ a „zařízení mluví o jiném zařízení“. „Způsob sdělování informací“ vnímali respondenti negativněji v nemocničním zařízení, zatímco v rehabilitačním zařízení byla všechna očekávání naplněna. V nemocničním zařízení museli respondenti často vyslechnout negativní zprávy o svém zdravotním stavu. Proto očekávali, že personál jim tyto informace sdělí ohleduplně, což se však ne vždy stalo:

„Ještě, než přišel doktor, mi sestra řekla, že podle ní chodit určitě nebudu a jestli jsem soudná, musím to vědět.“ (R42, 44 let)

„Doktor při vizitě říkal ostatním doktorům, hm, tak tady s tím už nic neuděláme, smál se u toho a z toho jsem usoudil, že už chodit asi opravdu nebudu.“ (R43, 32 let)

„Doktor mi řekl, že kdybych seděl doma a nešel s kamarády na zábavu, nesrazilo by mě auto a mohl jsem chodit, že si za to mohu sám, dlouho jsem s touto výčitkou musel žít.“ (R10, 30 let)

Vyskytovala se zde i kladná hodnocení, kdy se očekávání spojená se způsobem sdělování informací naplnila:

„Strašně jsem se bála okamžiku, kdy mi doktor řekne to, co jsem už dávno tušila, tedy že nebudu chodit, ale on byl úžasný, když si ke mně sedl a empaticky mi vše vysvětlil, cítila jsem úlevu a klid.“ (R24, 41 let)

„Libilo se mi, že než mi lékař řekl, že nebudu chodit, odvezl mě k sobě do kanceláře a v soukromí mi vše vyklopil, bral jsem to strašně pozitivně.“ (R26, 39 let)

„Od začátku příchodu do rehabilitačního ústavu jsem věděl, že budu na vozíku, ale netušil jsem, co vše je s tím spojené, například dekubity, cévkování apod., ale vše mi zde vysvětlili a já při odchodu měl maximální množství informací, a hlavně jsem to uměl.“ (R28, 29 let)

„Libilo se mi, jak se mnou primářka oddělení v rehabilitačním ústavu komunikovala, působilo to na mě klidným dojmem.“ (R48, 33 let).

„(Ne)ochota personálu“ je další společný faktor mající vliv na spokojenost s nemocniční i rehabilitační péčí. V rehabilitačních zařízeních byli respondenti spokojeni a hodnotili personál jako velice ochotný:

„Personál v rehabilitačním ústavu byl super, nikdy mi nikdo neodsekl a všichni mi vždy pomohli, od lékaře po uklízečku.“ (R20, 49 let)

V nemocničních zařízeních panovala vysoká nespokojenost spojená s neochotou personálu:

„Zvonil jsem na sestru, aby mě doprovodila na WC, vynadala mi, že má jinou práci, než se se mnou tahat, a dokonce mi dala z dosahu přivolávací tlačítko, musel jsem jít do plíny, bylo to tak ponižující.“ (R 9, 49 let)

„Na rehabilitačním oddělení jsem poprosila sestry, aby se mnou cvičily nad rámec rehabilitace, vadilo jim to a dávaly mi to najevo tak, že na mě doslova řvaly, že jsem líná a mám těžké nohy, bylo to strašné.“ (R45, 49 let)

„Zařízení mluví o jiném zařízení“ je posledním faktorem majícím vliv na spokojenost respondentů s péčí. V nemocničním zařízení se opět vyskytovala nespokojenost u respondentů, kdy personál v zařízení, kam byli následně převezeni, měl připomínky k péči předchozího zařízení, což u respondentů vyvolávalo různé pochybnosti:

„V nemocnici, kam mě převezli na operaci páteře, mi lékař sdělil, že operace bude náročnější, neboť v předchozí nemocnici mi poskytli špatnou první pomoc.“ (R1, 33 let)

„Strašně moc mi vadilo, když mě převáželi do nemocnice blíže k domovu a sestra si neodpustila poznámku, že jsem si tedy vybral strašnou nemocnici, že na ní všichni pacienti nadávají“. (R44, 34 let)

Respondenti se setkali ale i s chválou předešlého zařízení:

„Strašně jsem se na plastiku bála, ale lékařka řekla, že jsem díky lékaři v předešlé nemocnici ve skvělé formě, a to mě povzbudilo.“ (R29, 47 let)

V rehabilitačním zařízení se respondenti setkali vždy jen s kladnou odezvou na nemocniční zařízení:

„Fyzioterapeutka v rehabilitačním zařízení velice chválila to, jak se mnou pracovali v nemocnici na rehabilitačním oddělení.“ (R13, 42 let)

Počet respondentů, kteří vyjádřili svou spokojenost se zdravotní léčbou a rehabilitační péčí

Respondenti vyjádřili svou spokojenost s rehabilitační péčí v 39 případech (90,70 %), ve 4 případech (9,30 %) vyjádřili nespokojenost (tab. 12). Sedm respondentů žádný rehabilitační ústav nenavštívilo, tudíž se k této problematice nemohlo vyjádřit.

Tabulka 12 Vyjádření spokojenosti v rehabilitačních ústavech

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spokojenost	39	90,70 %
Nespokojenost	4	9,30 %
Celkem	43	100,00 %

Zdroj: Vlastní výzkum

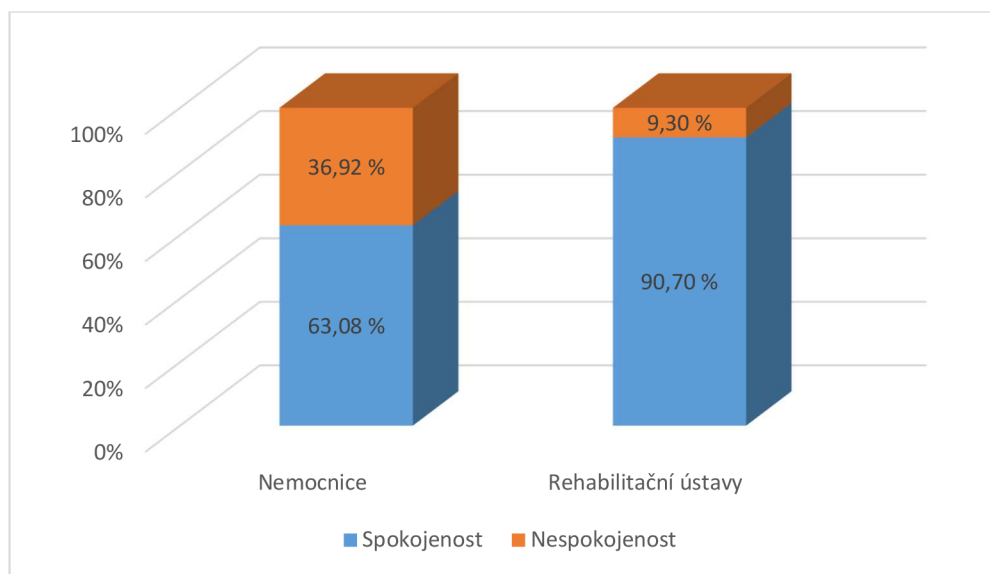
S léčbou v nemocnicích byli respondenti spokojeni ve 41 případech (63,08 %), nespokojeni byli ve 24 případech (36,92 %) (někteří navštívili několik nemocnic; tab. 13).

Tabulka 13 Vyjádření spokojenosti v nemocnicích

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spokojenost	41	63,08 %
Nespokojenost	24	36,92 %
Neodpovědělo	0	0,00 %
Celkem	65	100,00 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Poměr výroků vyjadřujících spokojenost a nespokojenost byl v případě rehabilitačních zařízení 90,70 % ku 9,30 %, zatímco v nemocnicích 63,08 % ku 36,92 % (obr. 14). Vyjádření spokojenosti tedy celkově převažují, i když výrazně více v případě rehabilitačních zařízení oproti nemocničním zařízením.



Obrázek 14 Poměr výroků vyjadřující (ne)spokojenost

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 3

U respondentů převažovala spokojenost zejména s rehabilitačními ústavami. To může souviset s tím, že v nemocnicích byly respondentům sdělovány všechny negativní informace, hlavně to, že se stali paraplegiky nebo kvadruplegiky, zatímco v rehabilitačních ústavech se učili soběstačnosti a byli připravováni na nový život. Nejvíce respondentům vadilo „sdělování informací o zdravotním stavu“. Zde kladli důraz

zejména na obsah a kvalitu, a také pravidelnost. Jako další negativní okruh vyhodnotili respondenti „komunikaci s personálem“, zejména ve vztahu sestra-lékař, a s tím související „způsob sdělování informací“. Tyto negativní typy pohledů respondentů byly zaměřeny zejména na nemocnice. Jeden negativní typ pohledu se týkal i rehabilitačních ústavů a souvisel s „nedostatkem rehabilitace“. Poslední typ pohledu respondentů na (ne)splněnost se týkal toho, kdy „zařízení mluví o jiném zařízení“, zde se kladné reakce objevily zejména u rehabilitačních ústavů a záporné u nemocnic.

4.2.4 Výsledky k dílčímu cíli 4

Dílčí cíl 4: Analyzovat výši invalidního důchodu a příspěvku na péči v ČR a vybraných státech EU.

Výše invalidního důchodu je dána stupněm invalidity, příspěvek na péči se odvíjí od stupně závislosti. Výši těchto podpor jsme porovnali s průměrnou hrubou měsíční mzdou vztahenou na jednoho pracovníka v národním hospodářství v jednotlivých zemích. Z rozhovorů s jednotlivými respondenty jednoznačně vyplývá, že tyto dvě dávky jsou pro ně zásadní z důvodu finančního zajištění, a také proto, že se jedná o pravidelné měsíční částky. Pro porovnání je u výpočtu u každé hodnoty uvedena i částka přepočtená na euro (pokud to není základní měna daného státu). Při přepočtu vycházíme z průměrného kurzu ČNB v daném roce (Průměrné kurzy od České národní banky, 2019).

Česká republika

Invalidní důchod

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, definuje, že pro přiznání ID musí být splněny dvě podmínky – člověk musí být uznán invalidním (tzn. posudková komise ČSSZ rozhodne, že poklesla pracovní schopnost pojištěnce) a zákonem stanovená doba pojištění. V ČR existují tři stupně ID (tab. 14). Při poklesu pracovní schopnosti v rozmezí 35 % až 49 % se jedná o invaliditu 1. stupně, v rozmezí 50 % až 69 % o invaliditu 2. stupně a 70 % a výše o invaliditu 3. stupně (Čeledová et al., 2015).

Tabulka 14 Průměrná výše invalidních důchodů v ČR v letech 2017–2019

	2017	2018	2019
1. stupeň ID	5 998 (228 €)	6 207 (242 €)	6 851 (267 €)
2. stupeň ID	6 922 (263 €)	7 205 (281 €)	7 923 (309 €)
3. stupeň ID	10 655 (405 €)	11 059 (452 €)	11 905 (464 €)

Zdroj: (Česká správa sociálního zabezpečení, 2020)

Příspěvek na péči

Nárok na PP upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který uvádí, že v I. – IV. stupni závislosti má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče. Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby, a to mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost – neposuzuje se u osob do 18 let (Čeledová et al., 2015). Měsíční výše příspěvku na péči se pak odvíjí od výše stupně závislosti (tab. 15).

Tabulka 15 Měsíční výše příspěvku na péči¹

Stupeň závislosti	2017	2018	2019
I.	880 (33 €)	880 (34 €)	880 (34 €)
II.	4 400 (167 €)	4 400 (172 €)	4 400 (171 €)
III.	8 800 (334 €)	8 800 (343 €)	12 800 (499 €)
IV.	13 200 (501 €)	13 200 (515 €)	19 200 (748 €)

Zdroj: (Úřad práce ČR, 2020)

Český statistický úřad uvádí, že v roce 2017 byla průměrná hrubá měsíční mzda 29 638 Kč, což je 1126 €. Následující rok, tedy v roce 2018, dosahovala tato mzda hodnoty 32 051 Kč neboli 1250 € a v roce 2019 pak činila 34 111 Kč, což odpovídá sumě 1 329 € (Český statistický úřad, 2020).

Slovenská republika

Invalidní důchod

Pojištěnec má právo na invalidní důchod, pokud má dlouhodobé zdravotní potíže, které snižují jeho pracovní schopnosti o více než 40 %. Musí také splňovat požadavky na minimální dobu důchodového pojištění a nesmí mít nárok na starobní nebo předčasný důchod. (Sociálna poisťovna, 2020a). Výše ID je stanovena na základě poklesu

¹ Za předpokladu, že osoby nevyužívají pobytové služby pro osoby starší 18 let – vždy k 31. 12. daného roku.

schopnosti pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost, více tab. 16 (Národní rada Slovenskej republiky, 2020a).

Tabulka 16 Průměrná výše invalidních důchodů ve SR v letech 2017–2019

	2017	2018	2019
ID do 70 %	200,05 €	203,69 €	209,85 €
ID nad 70 %	359,88 €	368,03 €	379,95 €

Zdroj: (Sociálna poisťovna, 2020b)

Finanční příspěvek na péči

Tento příspěvek lze poskytnout osobě, která opatruje osobu s těžkým zdravotním postižením, jež dovršila šest let věku a je, dle posudku, odkázána na pomoc jiné osoby (Národní rada Slovenskej republiky, 2020b). Finanční PP slouží k zajištění pomoci osobě s těžkým zdravotním postižením při úkonech sebeobsluhy, péče o domácnost a realizování sociálních a vzdělávacích aktivit a poskytuje se přímo osobě, která o tuto osobu pečuje (Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny Slovenskej republiky, 2020). Co se týká výše finančního PP, v roce 2018 se od 1. 7. 2018 změnila výše v obou stupních a při výpočtu vycházíme k datu 1. 8. 2018, tedy z novelizovaných částek, a stejně tak v roce 2017 se od 1. července změnila suma životního minima pro jednu plnoletou fyzickou osobu na 199,48 € a při výpočtech vychází rovněž z této nové sumy (tab. 17).

Tabulka 17 Měsíční výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let v SR v letech 2017–2019

	2017	2018	2019
Péče o jednu fyzickou osobu s těžkým zdravotním postižením	249,35 €	369,36 €	430,35 €
Péče o dvě a více fyzických osob s těžkým zdravotním postižením	323,36 €	492,43 €	572,36 €

Zdroj: (Národní rada Slovenskej republiky, 2020b)

Statistický úřad Slovenska uvádí, že průměrná hrubá měsíční mzda se v roce 2017 pohybovala na úrovni 954 €. O rok později, v roce 2018, dosahovala již hodnoty 1 013 € a v roce 2019 stoupla na částku 1 092 €. (Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2020).

Spolková republika Německo

Invalidní důchod

V Spolkové republice Německo má jedinec nárok na invalidní důchod, pokud splnil potřebný počet let důchodového pojištění. Rozhodující je také lékařský posudek – pokud lékař určí, že dotyčný může pracovat méně než tři hodiny denně, má nárok na plný invalidní důchod. Pokud dokáže pracovat alespoň tři, ale méně než šest hodin denně, přísluší mu částečný invalidní důchod. Každý takto přiznaný důchod je udělen maximálně na tři roky, po kterých následuje revize podmínek (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021). Hlavní podmínkou pro přiznání invalidního důchodu v SRN je, že daná osoba prošla ucelenou rehabilitací a že bylo vyloučeno, že by se mohla vrátit do zaměstnání (Másilková et al., 2018). Výše ID v SRN je dána posouzením typu ID (tab. 18).

Tabulka 18 Průměrná výše invalidních důchodů v SRN v letech 2017–2019

	2017	2018	2019
Částečný ID	772,27 €	795,30 €	834,53 €
Plný ID	788,69 €	811,92 €	851,16 €

Zdroj: (Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung, 2020)

Příspěvek na péči

Osoba, jež je závislá na dlouhodobé domácí péči, má nárok na poskytnutí příspěvku. Od druhého stupně péče je však pečující subjekt povinen pravidelně absolvovat konzultační schůzky týkající se péče o chronicky nemocné jedince. Neúčast na těchto konzultacích může vést k redukci či zrušení dané dávky (Bundesrepublik Deutschland, 2020). Během sledovaných let 2017 až 2019 byla výše příspěvku na péči konstantní ve všech stupních – v prvním stupni dosahovala hodnoty 0 €, ve druhém 316 €, ve třetím 545 €, ve čtvrtém 728 € a v pátém stupni pak činila 901 € (LBJ GmbH, 2020).

Dle statistik v SRN vyplývá, že průměrná hrubá měsíční mzda v roce 2017 činila 3 771 €, v roce 2018 3 880 € a v roce 2019 3 994 € (Statista GmbH, 2020).

Rakouská republika

Invalidní důchod

V Rakouské republice (dále i „RR“) může žádat o ID osoba, která splní minimální počet let pojištění, nemá ještě nárok na starobní důchod či na rehabilitační opatření, nebo tato opatření nejsou vhodná nebo přiměřená (Österreichische Sozialversicherung, 2020).

Pokud je osoba dočasně postižena, dostane rehabilitační příspěvek a měla by být znovu začleněna do pracovního procesu, tedy každý, kdo již nemůže vykonávat práci, kterou se naučil, je rekvalifikován a dostává příspěvek na rekvalifikaci a ID je přiznán pouze v případě trvalého zdravotního postižení (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021). Cílem je tedy opětovné začlenění na trh práce. V RR existuje pouze plný ID. Průměrná výše ID v RR v roce 2017 činila 1 158,05 €, v roce 2018 1 179,10 € a v roce 2019 1 196 € (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021).

Příspěvek na péči

PP lze čerpat za určitých podmínek, a to, že osoba vyžadující péči má trvalé bydliště v RR; osoba potřebuje trvalou péči a pomoc v důsledku tělesného, duševního, psychického nebo smyslového postižení a potřeba této péče musí být v rozsahu nejméně 65 hodin za měsíc (Republik Österreich, 1993). PP je rozdělen do sedmi úrovní v závislosti na hodinovém rozsahu péče.

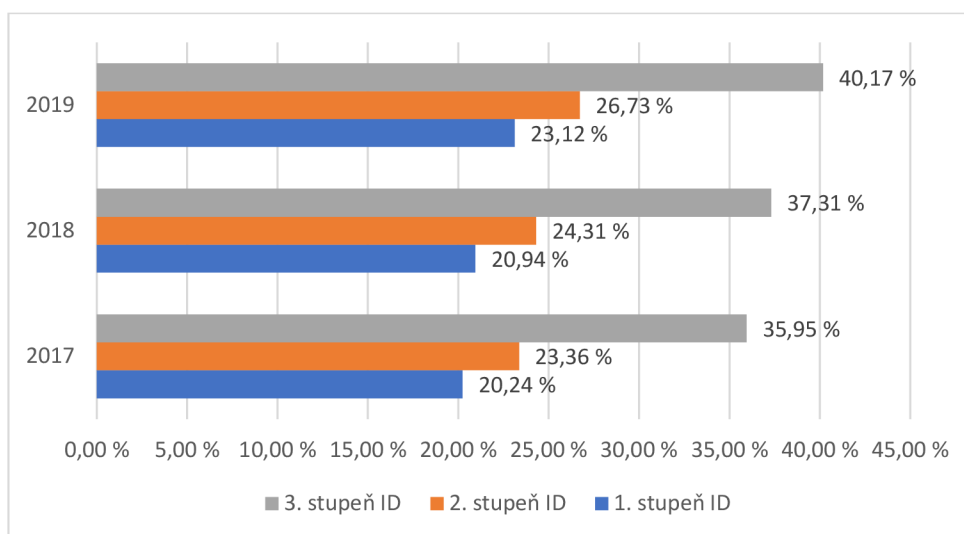
Výše příspěvku na péči byla pro roky 2017, 2018 a 2019 stejná, tedy v 1. úrovni 157,30 €, ve 2. úrovni 290 €, ve 3. úrovni 451,80 €, ve 4. úrovni 677,60 €, v 5. úrovni 920,30 €, v 6. úrovni 1 285,20 € a v 7. úrovni 1 688,90 € (Österreichs digitales Amt, 2021).

Ze statistiky RR vyplývá, že průměrná hrubá měsíční mzda v roce 2017 činila 2689 €, v roce 2018 2 767 € a v roce 2019 2 847 € (Bundesanstalt Statistik Österreich, 2020).

Poměr jednotlivých dávek k průměrné hrubé měsíční mzdě v ČR

Invalidní důchody

Na obrázku níže (obr. 15) je procentuální vyjádření poměru invalidních důchodů k průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v ČR. Z obrázku je patrné, že procentuální poměr u každého stupně ID se každým rokem zvyšuje. Zatímco v roce 2017 činil 1. stupeň ID 20,24 % z průměrné hrubé měsíční mzdy, v roce 2019 to bylo již 23,12 %; u 2. stupně ID v roce 2017 byla výše 23,36 % a v roce 2019 26,73 %; a u 3. stupně ID byla výše poměru 36 %, zatímco v roce 2019 to bylo 40 %.

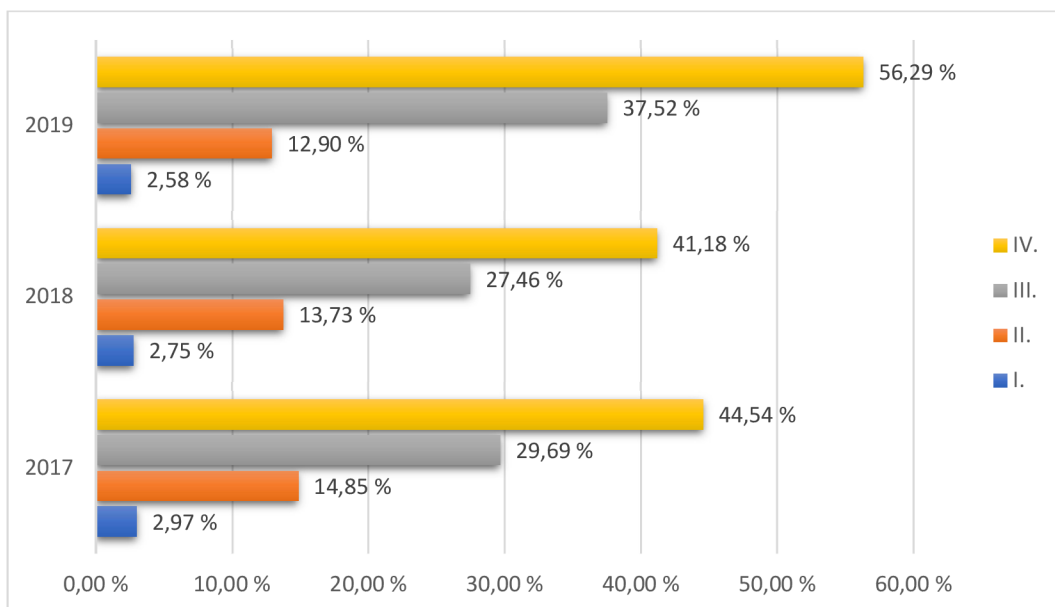


Obrázek 15 Poměr invalidních důchodů k průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v ČR

Zdroj: Vlastní výzkum

Příspěvek na péči

Na obrázku 16, který zachycuje procentuální vyjádření poměru příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v ČR, uvádíme, jak se měnila výše příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v jednotlivých letech. Z obrázku vyplývá, že zatímco u I. a II. stupně závislosti dochází během let 2017–2019 k poklesu (u I. stupně závislosti došlo v roce 2019 ke snížení na 2,58 % oproti roku 2017, kdy byl poměr na 2,97 %; u II. stupně závislosti došlo ke snížení z 12,90 % oproti roku 2017, kdy byl poměr 14,85 %), u III. a IV. stupně závislosti došlo v roce 2019 oproti roku 2017 ke zvýšení. V roce 2017 byl u třetího stupně závislosti poměr 29,69 %, zatímco v roce 2019 došlo k navýšení na 37,52 %; u čtvrtého stupně závislosti byl poměr v roce 2017 44,54 % a v roce 2019 došlo k navýšení na 56,29 %, což je dáno zvýšením příspěvku na péči v roce 2019 ve III. a IV. stupni závislosti (obr. 16).



Obrázek 16 Procentuální vyjádření poměru příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v ČR

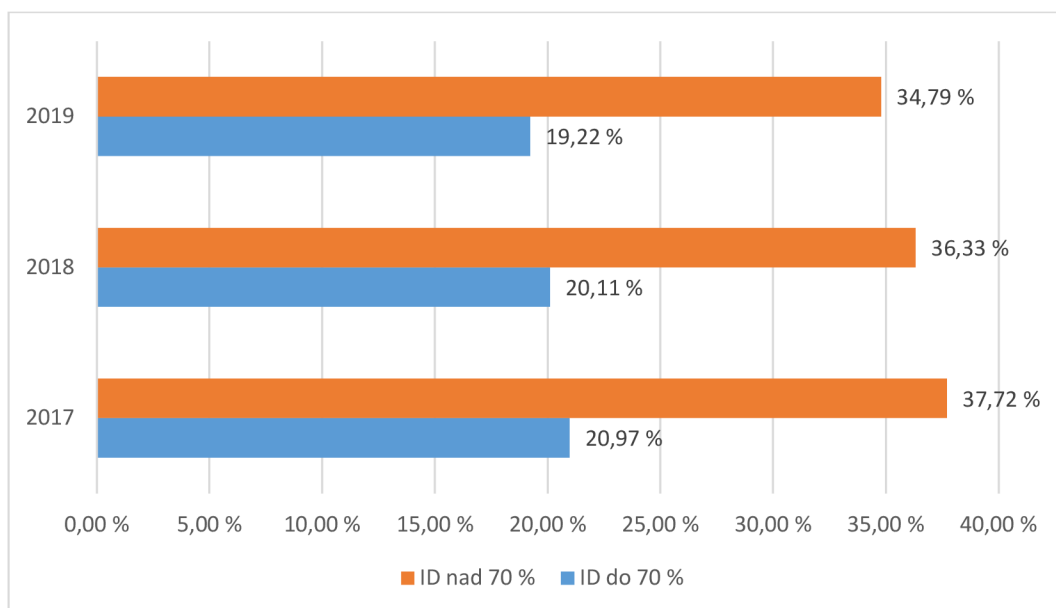
Zdroj: Vlastní výzkum

Poměr jednotlivých dávek k průměrné hrubé měsíční mzdě v SR

Invalidní důchody

Obrázek 17 zachycuje procentuální vyjádření poměru invalidních důchodů k průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v SR. Je z něj patrné, že procentuální poměr ID vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v jednotlivých letech se v SR od roku 2017 každým rokem snižoval, a to v obou stupních ID. ID do 70 % v roce 2017 byl 20,97 % z průměrné

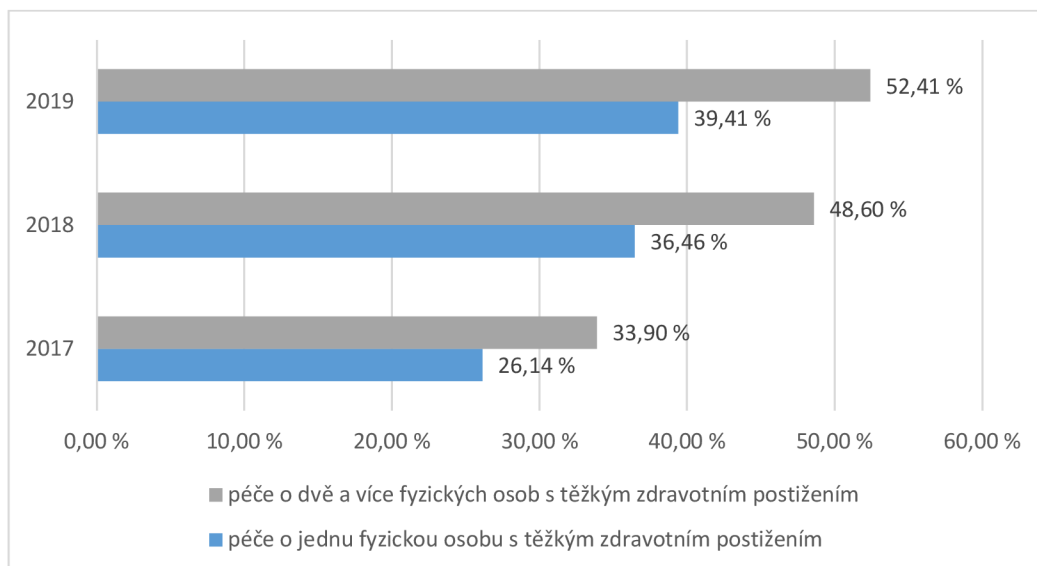
hrubé měsíční mzdy, v roce 2019 to bylo 19,22 %; u ID nad 70 % v roce 2017 byla výše ID 37,72 % a v roce 2019 34,79 % hrubé měsíční mzdy (obr. 17).



Obrázek 17 Procentuální vyjádření poměru invalidních důchodů vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 ve SR
Zdroj: Vlastní výzkum

Finanční příspěvek na péči

Z obrázku 18, který obsahuje procentuální vyjádření poměru finančního příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v SR, plyne, že se tento příspěvek pro osoby, které pečují o jednu či více fyzických osob s těžkým zdravotním postižením, v roce 2019 oproti roku 2017 výrazně zvýšil. Zatímco v roce 2017 byl procentuální poměr finančního příspěvku na péči o jednu fyzickou osobu s těžkým zdravotním postižením 26,14 % vůči průměrné hrubé měsíční mzdě, v roce 2018 to bylo již 52,41 %. U finančního příspěvku na péči o dvě a více fyzických osob s těžkým zdravotním postižením byl procentuální poměr v roce 2017 33,90 % vůči průměrné hrubé měsíční mzdě, v roce 2018 to bylo 48,60 % a v roce 2019 52,41 % (obr. 18).



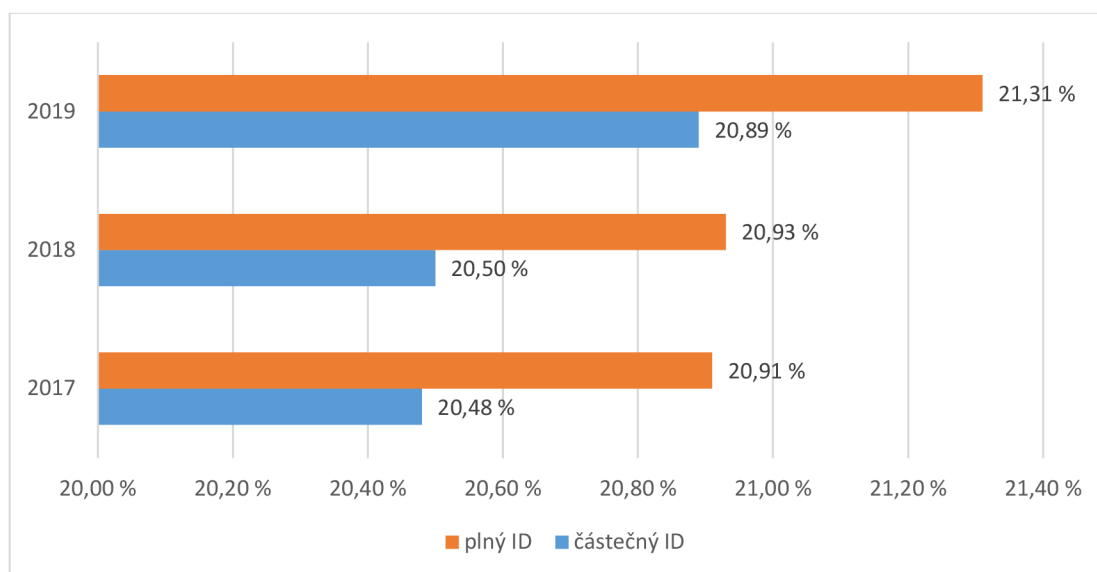
Obrázek 18 Procentuální vyjádření poměru finančního příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíčné mzdě v letech 2017–2019 v SRN

Zdroj: Vlastní výzkum

Poměr jednotlivých dávek k průměrné hrubé měsíční mzdě v SRN

Invalidní důchody

Obrázek 19, na němž vidíme procentuální vyjádření poměru invalidních důchodů k průměrné hrubé měsíčné mzdě v letech 2017–2019 v SRN, ukazuje na vyrovnanost ID vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v jednotlivých letech. Poměr částečného i plného ID vůči průměrné hrubé mzdě se v SRN pohybuje kolem 21 % (obr. 19).

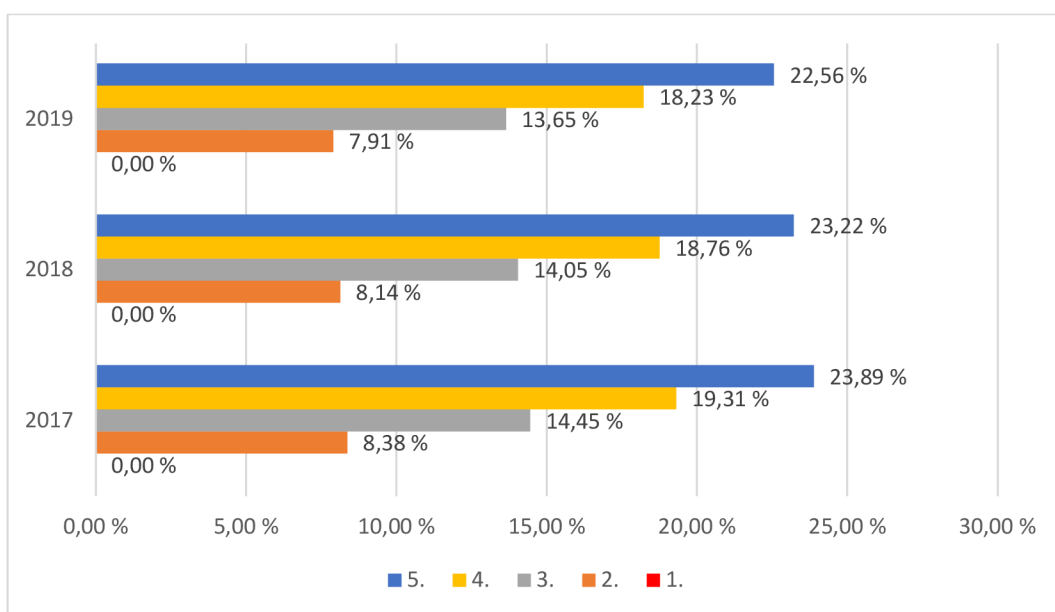


Obrázek 19 Procentuální vyjádření poměru invalidních důchodů vůči průměrné hrubé měsíčné mzdě v letech 2017–2019 v SRN

Zdroj: Vlastní výzkum

Příspěvek na péči

V obrázku 20, který zachycuje procentuální vyjádření poměru příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v SRN, porovnáváme poměr výše příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v jednotlivých letech. Protože v 1. stupni závislosti nepobírá pečující osoba v celém sledovaném období žádné finanční prostředky, je tento poměr nulový. Vzhledem k tomu, že se částky v jednotlivých stupních ve sledovaném období neměnily, ale zvyšovala se průměrná hrubá měsíční mzda, poměr příspěvku na péči v každém stupni závislosti vůči průměrné hrubé měsíční mzdě se od roku 2017 do roku 2019 snižoval (obr. 20).

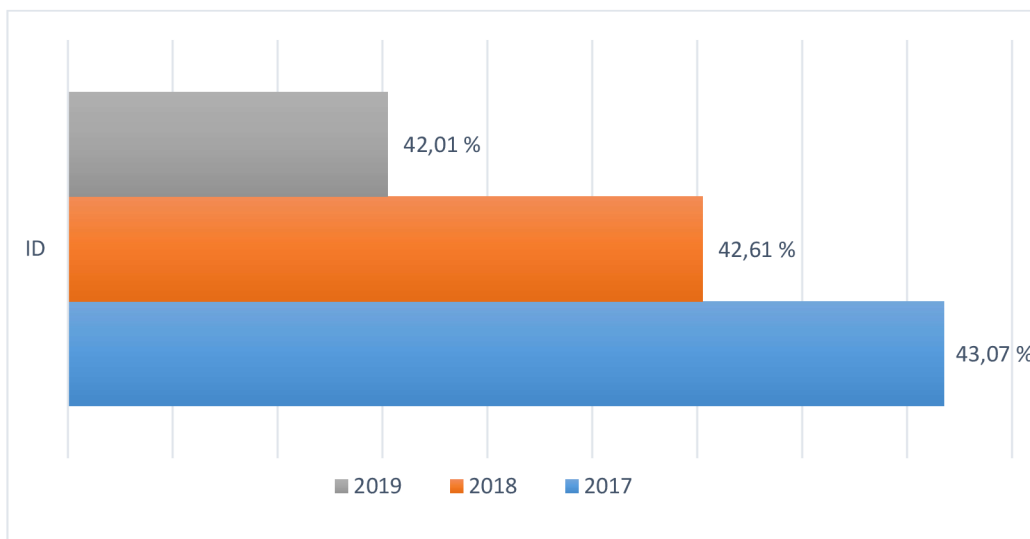


Obrázek 20 Procentuální vyjádření poměru příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v SRN
Zdroj: Vlastní výzkum

Poměr jednotlivých dávek k průměrné hrubé měsíční mzdě v RR

Invalidní důchody

Obrázek 21 zachycuje procentuální vyjádření poměru invalidních důchodů k průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v RR. Je z něj zřejmé, že poměr ID vůči průměrné hrubé měsíční mzdě mírně klesal, neboť výše ID se od roku 2017 do roku 2019 zvyšovala minimálně, naproti tomu se ale více zvyšovala průměrná hrubá měsíční mzda (obr. 21).

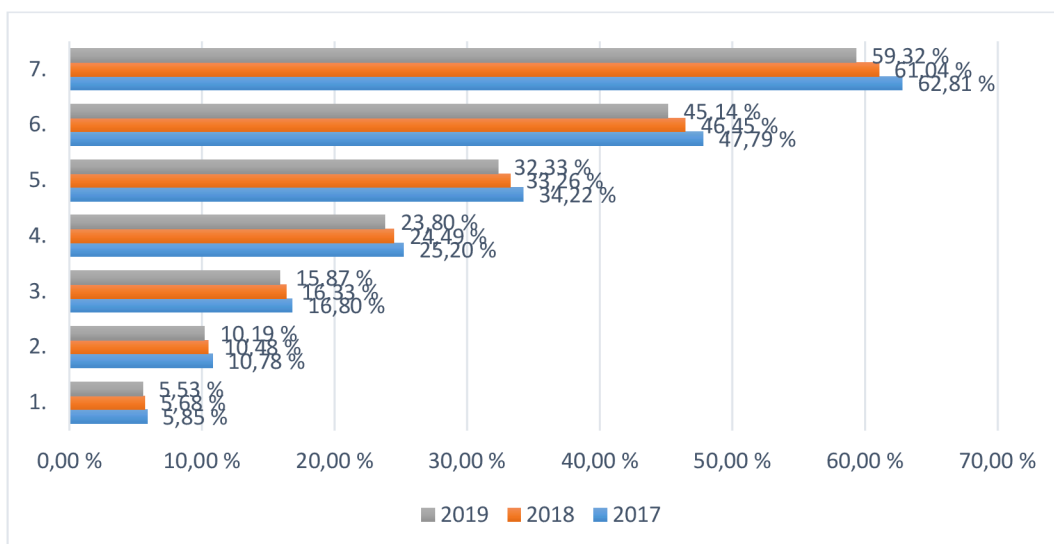


Obrázek 21 Procentuální vyjádření poměru invalidních důchodů vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v RR

Zdroj: Vlastní výzkum

Příspěvek na péči

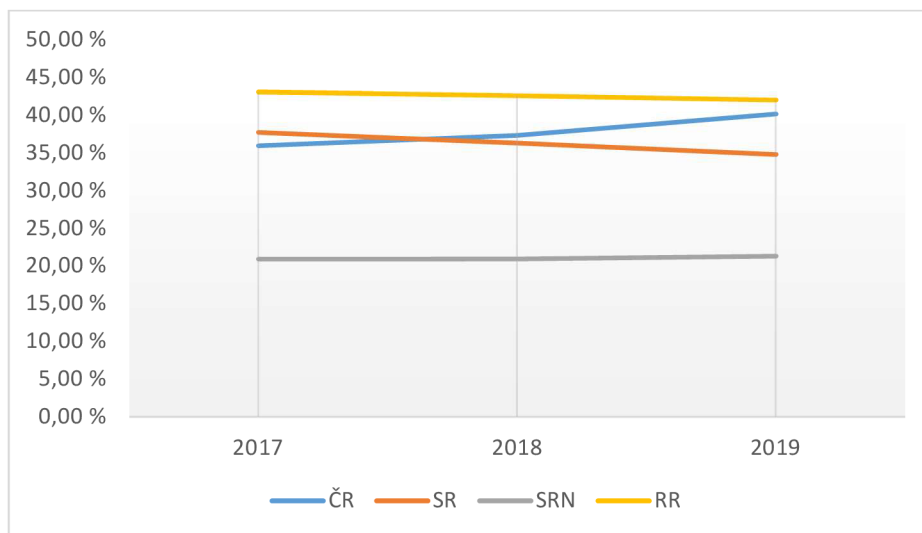
Z obrázku 22, vyobrazujícího procentuální vyjádření poměru příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v RR, jasně vyplývá, že poměr příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě se od roku 2017 do roku 2019 v každé stupni úrovně péče snižoval, což je zapříčiněno tím, že se zvyšovala průměrná hrubá měsíční mzda, ale výše příspěvku na péči byla v těchto letech stejná (obr. 22). PP péči v RR se zvýšil až od 1. 1. 2021.



Obrázek 22 Procentuální vyjádření poměru příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v RR

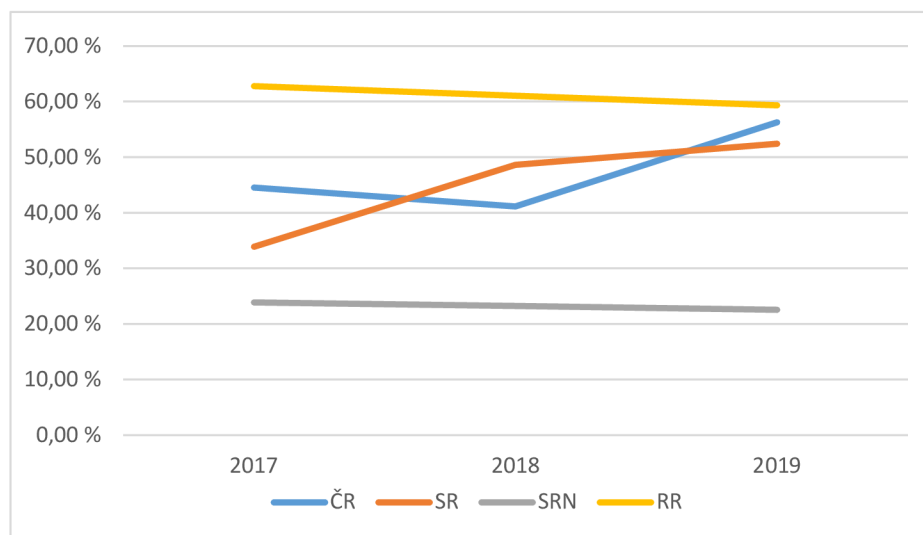
Zdroj: Vlastní výzkum

Námi porovnávané státy mají různé stupně ID i PP. Pro porovnání ID a PP jsme vždy zvolili nejvyšší stupně v každém státu. Z výzkumu vyplývá, že hodnota nejvyššího stupně ID i PP vůči průměrné hrubé mzdě v daném státu je za dané období stabilní v SRN (ač nejnižší ze všech sledovaných zemích) a RR (nejvyšší ze všech sledovaných zemích), zatímco u ČR se nejvyšší stupeň ID i PP zvyšuje (obr. 23 a obr. 24).



Obrázek 23 Porovnání nejvyššího stupně ID vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v dané zemi v letech 2017–2019

Zdroj: Vlastní výzkum



Obrázek 24 Porovnání nejvyššího stupně PP vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v dané zemi v letech 2017–2019

Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 4

Z výsledků vyplynula různorodost a nejednotnost, a to jak v otázce ID, tak PP. Zatímco ČR disponuje třemi stupni ID, ostatní země, konkrétně SR a SRN mají dva stupně ID a RR pouze jeden stupeň ID. Vezmeme-li si průměrný ID v jednotlivých zemích v nejvyšším stupni invalidity, pak pouze v ČR došlo ve sledovaném období k jeho zvýšení vůči průměrné hrubé měsíční mzdě, ve všech ostatních zemích došlo buď k mírnému snížení nebo ke stagnaci. Přestože v RR nedošlo k žádnému nárůstu, stále drží nejvyšší průměrný ID nejvyššího stupně vůči průměrné hrubé měsíční mzdě ze všech sledovaných zemí, a to s hodnotou 42,01 %. U PP (případně úrovní závislosti) je situace obdobná. ČR, SRN a RR mají více stupňů příspěvků (4–7), SR má dva stupně. Porovnáme-li opět nejvyšší stupně příspěvků za dané období v daném státu vůči průměrné hrubé měsíční mzdě, k nárůstům došlo v ČR a SR, naopak k mírnému poklesu v SRN a RR. Avšak i přes to, že v RR nedošlo ke zvýšení, jejich nejvyšší stupeň příspěvku je stále nejvyšší ze všech sledovaných zemí, pokud jej vztáhneme k průměrné hrubé mzdě.

5 DISKUZE

Podle statistiky Policie České republiky docházelo v letech 2015–2020 k dopravním nehodám s fatálním následkem, při nichž průměrně 500 lidí ročně přišlo o život. V roce 2020 se policie denně zabývala průměrně 259 dopravními nehodami, které způsobily smrt 1,26 osoby a zranily 61,99 lidí. Jinak řečeno, každých necelých 6 minut byla šetřena dopravní nehoda, zhruba každých 20 hodin zahynul a téměř každých 24 minut se zranil účastník silničního provozu (Policejní prezidium ČR, 2020).

Tyto nehody přinášejí nejen materiální škody, ale často také zranění nebo smrtelné úrazy účastníků. Trvalé zranění znamená fyzickou nebo psychickou újmu, která omezuje dotyčného v různých aktivitách po zbytek jeho života (Ayuso et al., 2016). Proto je cílem všech vyspělých zemích těmto dopravním nehodám předcházet nebo je alespoň eliminovat.

V následující kapitole budou data získaná naším výzkumem rozčleněna do několika oblastí, které souvisí se stanovenými cíli a výzkumnými otázkami disertační práce. Následně pak budou tato data komparována s teoretickými poznatky.

Disertační práce měla za cíl se zaměřit na aktuální problémy související s dopady dopravních nehod na jednotlivce a jejich nejbližší okolí. Avšak klíčovým cílem tohoto výzkumu bylo vyšetřit sociální a zdravotní dopady dopravních nehod u paraplegiků a kvadruplegiků.

Z předvýzkumu bylo zřejmé, že je důležité určit dobu jednoho roku od vzniku dopravní nehody pro hodnocení zdravotního stavu respondentů a jejich schopnost posoudit dopad nehody na jejich kvalitu života. Dále byla zdůrazněna důležitost srozumitelné posloupnosti a obsahu otázek pro lepší pochopení dané problematiky respondenty. Během samotné realizace výzkumu se vyskytly problémy s výběrem rehabilitačního ústavu, které se nám však podařilo úspěšně vyřešit. Rehabilitační ústavy a zejména respondenti byli klíčoví pro shromáždění dat, jelikož nám poskytovali kontakty na další možné respondenty. Tato spolupráce umožnila sběr dat v relativně krátkém čase a bez komplikací. Rozhovory byly uskutečněny v rehabilitačních ústavech i v domácím prostředí respondentů, volba místa byla na nich. Výzkumná skupina zahrnovala 2,5 % těžce zraněných osob z dopravních nehod, proto tyto výsledky nelze generalizovat na celou populaci. Ale kvalitativní povaha výzkumu nám poskytla důkladné a kvalitní

informace o osobách postižených dopravní nehodou, konkrétně paraplegiky a kvadruplegiky. Toto zahrnovalo změny v kvalitě jejich života po nehodě. Výzkum se týkal 50 osob, které se staly paraplegiky nebo kvadruplegiky po dopravní nehodě.

Součástí výzkumu bylo 16 žen (32 %) a 34 mužů (68 %). V našem výzkumu jsme se zaměřili, zejména na paraplegiky, jeho součástí jsou ale i dva kvadruplegici. Tuto cílovou skupinu jsme vybrali po prostudování literatury záměrně. Podle Mayo Clinic (2021) patří mezi hlavní příčiny poranění míchy v USA nehody motorových vozidel, konkrétně autonehody a nehody na motocyklu, které tvoří téměř polovinu všech nových poranění míchy ročně. Náš výzkum odhaluje, že 34 % všech dopravních nehod bylo způsobeno řidiči pod vlivem omamných nebo psychotropních látek. Přitom 76,47 % z nich mělo v těle alkohol, což je v souladu s výzkumem Athanase et al., (1999), který uvádí, že alkohol mělo v těle 41 % řidičů zapojených do dopravních nehod. Dalších 17,65 % bylo pod vlivem drog a 5,88 % bylo pozitivní jak na alkohol, tak na drogy. Tuto odlišnost lze přičíst většímu množství dat v jejich výzkumu oproti našemu menšímu vzorku. Z našeho výzkumu vyplývá, že každý 12,5 řidič z 50 zapojených do dopravních nehod byl pod vlivem drog, což je v souladu s naším předchozím výzkumem, kde byl každý třináctý řidič motocyklu, který zemřel při dopravní nehodě, pod vlivem THC (Másilková et al., 2020).

5.1 Diskuse k dílčímu cíli 1

Respondenti své problémy s dekubity a vyprazdňováním hodnotili slovy „méně“ či „více“. Obecně byla problematika dekubitů, potíží s vyprazdňováním a sexuality pro všechny respondenty velmi citlivá. To potvrzuje i výzkum Chan et al. (2000), který zdůrazňuje, že zejména pro osoby s poraněním míchy je otázka sexuality nejen citlivá, ale často i zdrojem úzkosti.

Všichni respondenti, kteří se zúčastnili našeho dotazníku, zaznamenaly dekubity a problémy s vyprazdňováním. To však není ničím neobvyklým. Výzkum z roku 2019 uvádí, že dekubity jsou častou sekundární komplikací u jedinců s poraněním míchy (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2019).

Z výzkumu vyplynulo, že 46 % respondentů trpí dekubity „méně“ a 54 % jimi trpí „více“. Ve srovnání s jinými studiemi se v našem výzkumném souboru se jedná o vysoký výskyt těchto obtíží. U 70 pacientů po zranění míchy například trpělo častými dekubity 8,57 %

z nich (Nguyen et al., 2022), nebo v jiné studii ze 108 pacientů byl výskyt častých dekubitů u 12,96 % z nich (Akram et al., 2022).

Náš výzkum potvrdil, že provozování sportu má významný vliv na výskyt dekubitů. Při analýze dat jsme zjistili, že 73,90 % respondentů, kteří trpěli dekubity „méně“, byli aktivní v oblasti sportu, zatímco pouhých 11,10 % respondentů, kteří trpěli dekubity „více“, provozovalo sport. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky několika výzkumů (Bereded et al., 2018; Dixit, 2018; Saunders et al., 2012), které poukazují na to, že výskyt dekubitů souvisí s řadou faktorů, které může pacient ovlivnit, včetně dostatečné fyzické aktivity.

5.2 Diskuse k dílčímu cíli 2

Posouzení kvality života osob po dopravní nehodě, následkem které jsou paraplegiky či kvadruplegiky, jsme provedli zpracováním několika oblastí. První oblastí byla oblast ekonomická, která se pro všechny respondenty jevila jako zásadní, neboť před dopravní nehodou mělo všech 50 (100 %) respondentů zaměstnání, tedy trvalý příjem, a po dopravní nehodě tak nastaly u většiny obavy z budoucnosti a ekonomická nejistota, stejného názoru je i výzkum Mayou et al. (2002), který možné finanční potíže pro samotného účastníka, potažmo i jeho rodinu, uvádí jako jeden z hlavních sociálních dopadů dopravních nehod.

Rozdělili jsme náš výzkumný soubor podle typu práce, kterou respondenti vykonávali před dopravní nehodou. Z 64 % manuálních pracovníků tvořili muži 75 % a ženy 25 %. Respondenti s kancelářskými pozicemi tvořili 36 %, (50 % mužů a 50 % žen). Z 32 respondentů, kteří před nehodou vykonávali manuální práci, se po nehodě vrátilo do práce 62,5 %. Toto je vysoké procento ve srovnání s výzkumem Tomassena et al. (2000), kde byl zaznamenán pouze 25% návrat do zaměstnání u osob, které utrpěly poranění míchy a vykonávaly manuální práci. Ve stejném výzkumu bylo uvedeno, že 37,5 % těchto respondentů zůstává bez zaměstnání. Z 18 respondentů v našem souboru, kteří před nehodou vykonávali kancelářskou práci, se po nehodě vrátilo do práce 55,6 %. Zbývajících 44,4 % zůstalo bez zaměstnání.

U subjektů naší studie byla po autonehodě 60% míra zaměstnanosti (60,6% u mužů a 39,4% u žen). Tyto výsledky se shodují s výsledky švédského výzkumu, podle kterého bylo zaměstnáno 70 % osob, které utrpěly úraz páteře (Siösteen et al., 1990). Tato data se významně neliší ani od celoevropského průměru, kde je míra zaměstnanosti mezi lidmi

s poraněním míchy s následnou trvalou paraplegií 51 % (Post et al., 2020; Bloom et al., 2019). V našem výzkumném souboru bylo bez zaměstnání 40 % respondentů (58,8 % mužů a 41,2 % žen). Například v Německu je po páteřních úrazech začleněno do pracovního procesu pouhých 30 % pacientů (Giese et al., 2012).

Největší podíl ze všech zaměstnaných jsme zaznamenali u respondentů ve věkové kategorii 31–40 let (46,7 %), následovaná kategorií 41–50 let (43,3 %). Nejmenší úroveň zaměstnanosti byla v kategorii 26–30 let (13,3 %). Naše studie tedy nekoreluje se závěry jiných studií, které ukazují, že pravděpodobnost návratu do zaměstnání klesá s rostoucím věkem (Marnetoft et al., 2001; Selander a Marnetoft, 2007; Crook et al., 1998). Naopak, naše výsledky se ztotožňují se závěry výzkumu Sturma et al. (2020) a Reinhardt et al. (2016), které ukazují, že nejvyšší míra zaměstnanosti je u osob s poraněním míchy ve věku 31 až 40, respektive 40 let.

Z celkového počtu respondentů s paraplegií se po dopravní nehodě vrátilo do zaměstnání 62,5 %, zatímco 37,5 % zůstalo bez zaměstnání. Ani jeden z dvou kvadruplegiků se do zaměstnání nevrátil. Tato data jsou v konfliktu s údaji Národního statistického centra pro poranění míchy, které uvádí, že do práce se vrací 40 % osob s paraplegií a 30 % osob s tetraplegií (National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2008). Jednoznačné vysvětlení rozdílu nemáme.

Důvody respondentů pro návrat do zaměstnání jsme rozdělili do dvou kategorií: „potřebuji finanční prostředky“ a „spokojenější život“. Tyto důvody se shodují s důvody uváděnými v dalších výzkumech (Hess et al., 2000; Oliveira et al., 2021; Lundqvist et al., 1991).

V našem výzkumu jsme také zaznamenali významnou korelaci mezi kvalitou života respondentů a jejich návratem do zaměstnání, tedy stabilním příjmem. Z respondentů, kteří byli zaměstnání, bylo s kvalitou života spokojeno 66,7 %, zatímco mezi nezaměstnanými bylo spokojených 52,9 %. Statistickou závislost mezi přítomností zaměstnání a kvalitou života prokázal i chí-kvadrát testu. Toto zjištění koreluje s výsledky studie Krause et al. (2010), která uvádí, že kvalita života je u osob s poraněním páteře, které mají zaměstnání, významně lepší než u osob bez zaměstnání.

Respondenti uváděli také důvody, proč se po dopravní nehodě nevrátili do práce. Těmito důvody byl „špatný zdravotní stav“ a „nemožnost vykonávat stejnou práci jako před nehodou“. Tyto důvody patřily mezi hlavní důvody nezaměstnanosti u osob po páteřních

úrazech také ve výzkumu Yasuda et al. (2002). Dalším důvodem bylo „odebrání finančních příspěvků od státu“.

Další oblastí, kterou jsme zařadili do hodnocení kvality života respondentů je přítomnost/absence rodiny a přátel a také podpora z jejich strany. 88 % respondentů mělo podporu ze strany obou rodičů. Respondenti, kteří měli oporu v rodičích v rozhovoru uvedli, že se rodiče s následky dopravní nehody vyrovnali, a naopak jim byly obrovskou oporou ve všech směrech, což považuje za důležité i Vágnerová et al. (2000), která uvádí, že osamělí lidé nejsou tolik motivováni ke snaze.

Co se týká přátel, tak před dopravní nehodu mělo přátele 72 % respondentů a 28 % bylo bez přátel. Po dopravní nehodě se počet respondentů, kteří měli přátele snížil na 60 % a bez přátel bylo 40 % respondentů. Co se týká vyrovnání se s následky dopravních nehod u přátel, odpovědi respondentů jsme zařadili do kategorií „přátelé zůstali“, „o přátele přišli“, „získali nové“, a to zejména „návštěvou rehabilitačního ústavu“ a „provozováním sportu“. Snížení počtu respondentů, kteří měli po dopravní nehodě přátele považujeme za negativní, neboť právě přátelské vztahy dle Vágnerové (2004) jsou pro postižené výborným pomocníkem do začleňování do společnosti zdravých lidí a mohou mít také vliv na vyrovnání se s postižením.

Pro kvalitu života jedince s poraněním míchy je důležitá i přítomnost partnerského vztahu. Ze všech respondentů ve výzkumném souboru mělo před dopravní nehodou partnerský/manželský vztah 54 % respondentů a 46 % respondentů vztah nemělo, zatímco po dopravní nehodě mělo partnerský/manželský vztah 62 % respondentů a 38 % respondentů žádný vztah nemělo. Velice pozitivním výsledkem výzkumu je tedy fakt, že po dopravní nehodě mělo partnerský/manželský o 8 % více respondentů než před dopravní nehodu. Analýza rozhovorů ukázala, že přítomnost/absenci vztahu můžeme rozdělit do tří oblastí, a to „rozpad vztahu“, „vztah vydržel“ a „nalezení nového vztahu po dopravní nehodě“. Pohledy respondentů na tyto jednotlivé oblasti pak lze shrnout do následujících kategorií: „rozpad vztahu“ – přičemž jako důsledek rozpadu vztahu respondenti uváděli „nezapojování se do výchovy dítěte“, s čímž se ztotožňuje i výzkum Jeyathevan et al. (2019), který uvádí, že život blízkých s osobou po poranění páteře se často změní ve výčitky směřované například k tomu, že postižení jedinci nemohou být rodičem/manželem/partnerem, jakým by měli být, nebo výčitky od jejich partnerů směřují k jejich neschopnosti přispívat k domácím úkolům. Dalším důvodem rozpadu vztahu respondenti uváděli „výčitky ze strany partnera“, kde hlavní charakter výčitek vůči

postiženému jedinci byl jednak kvůli sexuálním problémům, což potvrzuje ve svém výzkumu i Chan et al., (2000), který nazývá sexualitu u osob s poraněním míchy citlivou a někdy i úzkostnou záležitostí; další charakter výčitek vůči postiženému jedinci byl fyzického charakteru, kdy se partner nedokázal smířit s problémy spojené například s vyprazdňováním a inkontinencí, což má, jak potvrzuje Dickson et al. (2010) vliv na přitažlivost zdravého partnera k partnerovi po poranění míchy a jako problém to vidí i studie z roku 2022, která poukazuje na to, že zvládání těchto fyzických obtíží je pro zdravé partnery obtížné a omezuje to schopnost partnerů užívat si a zůstat plně zapojeni během pohlavního styku nebo intimity (Barrett et al., 2022), a právě kvůli těmto obtížím se jeví jako nutnost minimalizace zapojení zdravého partnera do péče, aby se zlepšil stav přitažlivosti pro dlouhodobější udržitelnost vztahu (Milligan a Neufeldt, 1998); dalším zdrojem výčitek vůči postiženému jedinci pak byly výčitky týkající se toho, že partneři postižených osob měli pocit, že se jim nevěnuje dostatečná pozornost a vše se točí pouze kolem osoby po poranění míchy, na což upozorňuje i Earle et al. (2020) s tím, že většina literatury je zaměřená pouze na osoby po poranění míchy a jeho fungování, a na to, jak on si má udržet vztah (Fritz et al., 2015) a dochází tak k tomu, že upřednostňuje perspektivu pouze zraněné osoby (Dickson et al., 2010) a přizpůsobení se zdravého partnera postiženému jedinci (Ledbetter et al., 2020). Jako poslední důvod rozpadu vztahu uváděli respondenti „omezený společenský život“, s čímž se ztotožňují i výzkumy Engblom-Deglmann a Hamilton (2020) a Charlifue et al. (2016), které změny v podobě nemožnosti cestovat a navštěvovat přátele označili za nejzásadnější změny pro partnery osob s poraněním míchy. Ovšem naproti tomu respondenti uvedli i dvě pozitivní oblasti, a to „vztah vydržel“ a „nalezení nového vztahu po dopravní nehodě“, což považujeme za fakt, který vede u jedince ke zlepšení kvality života a s naším názorem se ztotožňuje i Vágnerová (2004), která dodává, že partnerství má pro postiženého člověka vyšší význam než u zdravého, neboť, kromě intimního uspokojení sebou nese i zvýšené sebevědomí postiženého. Zjistili jsme, že 52 % respondentů bylo se svým sexuálním životem spokojeno, zatímco 46 % bylo nespokojeno. Ukázalo se, že přítomnost či absence stálého partnera hraje významnou roli v sexuální spokojenosti – 96,20 % spokojených respondentů mělo stálého partnera, což potvrdil i výzkum Reitze et al. (2004), kteří tvrdí, že stabilní vztah zvyšuje sexuální spokojenost. Naopak pouhých 25 % nespokojených respondentů mělo stálého partnera. Toto potvrzuje i výsledky studie Phelpse et al. (2001), podle kterých osoby po poranění páteře a míchy, které nemají stálý vztah, často vykazují sexuální nespokojenost.

Další zájmem výzkumu bylo zjistit přítomnost volnočasových aktivit u respondentů. Před dopravní nehodou 80 % respondentů mělo volnočasové aktivity a 20 % respondentů nemělo žádné a po dopravní nehodě mělo volnočasové aktivity 64 % respondentů a žádnou volnočasovou aktivitu 36 %. Hlavní oblasti aktivit před i po dopravní nehodě byl sport, kdy před dopravní nehodou provozovalo sport 50 % respondentů a nesportovalo také 50 % respondentů, zatímco po dopravní nehodě sportovalo 40 % respondentů a bez sportu bylo 60 %. Počet respondentů, kteří se věnovali sportu tak po dopravní nehodě o 10 % klesl, což nepovažujeme za kladný výsledek, neboť provozování fyzické aktivity – sport je jednou z aktivit, která se výrazně podílí na vyšší kvalitě života osob po dopravní nehodě, s čímž ve svém výzkumu souhlasí i Kim et al. (2022) a dodává, že veškeré společenské aktivity spojené se sportem jsou významně propojeny se životní spokojeností, pocitem štěstí a lepší kvalitou života u osob s poraněním míchy. Sport a kvalitu života nepopíratelně spojují i další výzkumy (Anneken et al., 2010; Ginis et al., 2010). Důvody, proč respondenti provozovali sport po dopravní nehodě jsme zařadili do třech kategorií, a to „spokojenost“, kdy pod tímto pojmem uváděli jako motivují být lepší v konkrétním sportu bez negativních myšlenek a spokojený, což naprosto souhlasí i se závěry výzkumů, kde Filipčić et al. (2021) uvádí, že osoby fyzicky aktivní věnují více času i rekreačním aktivitám, což, jak doplňuje Latimer et al., (2006) může být dáno pozitivními zážitky, pocitem pohodlí a uvolnění těla i ducha a toto všechno přispívá k větší vnitřní motivaci pro pravidelnější pohyb v denním režimu osob po úrazu páteře; další kategorií je „lepší zdravotní stav“ – respondenti zde používali hodně spojení jako menší bolesti, bez léků apod., tedy, že sport jim pomáhá být fyzicky i psychicky zdravější, což potvrzuje ve své studii i Meade et al. (2011), jehož závěry výzkumu prokazují, že sport přispívá k rychlejší obnově ztracené síly a dovedností, menším sekundárním stavům či zdravotním problémům po úrazu a také ke snížení únavy a stejného názoru jsou i Nasuti a Temple (2010), kteří prokázali, že obnova, získání a udržení ztracené síly a celkové fyzické kondice posiluje imunitní systém, snižuje bolest a dle dalších výzkumů také navíc zlepšuje i kardiovaskulární systém (Moreno et al., 2012; Nash et al., 2007); a poslední kategorií je „nový přítel“, kde respondenti uváděli souvislost zejména s rehabilitačními ústavy, kde se díky novým přátelům dostávali ke sportu a v naprosté většině všichni sportující po dopravní nehodě provozují kolektivní handbikové závody, které jsou, dle Kudláčka (2007) v České republice velmi rozvinuté.

Výzkumem jsme zjistili, že 36 % respondentů z našeho výzkumného souboru mělo

sebevražedné myšlenky nebo se o sebevraždu pokusilo, což představuje vysoké procentu, oproti jiným výzkumům, například Fann et al. (2011) uvádí v jeho výzkumném souboru 15 % výskyt sebevražedných myšlenek a jiný výzkum Krause et al. (2000) naopak vykazuje vyšší výskyt sebevražedných sklouů, a to u 48 % respondentů.

5.3 Diskuse k dílčímu cíli 3

V našem výzkumu jsme se věnovali i nemocniční a rehabilitační péči a tomu, jak s touto péčí byli respondenti spokojeni. Dle našeho názoru je nepochybné, že pacienti, kteří mají všechny informace o svém zdravotním stavu, setkávají se s profesionálním přístupem personálu a mají přehled o budoucí léčbě, se rychleji uzdravují, a tím i rychleji navracejí do běžného života. S tímto naším názorem se ztotožňují i Novosad (2011) a Neusarová (2009), kteří k tomu dodávají, že pokud se těmto osobám dostává kvalitní péče a jsou vhodně motivovány, pak lépe spolupracují při rehabilitaci a rychleji se zotavují či pracují na stabilizaci zdravotního stavu a lépe snášejí bolest. Respondenti se v rozhovoru vyjádřili ke spokojenosti s rehabilitační péčí celkem 43krát, a z toho dalo 90,70 % najevo spokojenost a 9,30 % vyjádřilo nespokojenost. V případě péče poskytované v nemocnicích respondenti se vyjádřili ke spokojenosti 65krát (někteří navštívili několik nemocnic) a s léčbou byli spokojeni v 63,08 % případů, nespokojeni byli v 36,92 %. Naš výzkumný soubor vykazuje větší spokojenost s rehabilitačními zařízeními oproti nemocnicím. Naše výsledky výzkumu týkající se rehabilitačních zařízení se velmi podobají výsledkům výzkumu, který proběhl v letech 2008–2012 a byl zaměřený na hodnocení spokojenosti pacientů v rehabilitačních a nemocničních zařízeních v České republice, kde spokojenost s rehabilitační péčí vyjádřilo 88 % pacientů a s nemocničními zařízeními 86 %, což se s výsledky našeho výzkumu neztotožňuje, neboť naši respondenti byli spokojeni pouze v 63,08 % (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019). Naše výzkumná práce nám umožnila identifikovat různé faktory, které ovlivňují spokojenost či nespokojenost pacientů s nemocniční a rehabilitační péčí. Mezi ně patřily: informace o zdravotním stavu pacienta, kvalita komunikace s personálem, způsob, jakým jsou informace sdělovány, ochota personálu a dostatek rehabilitace. Většina těchto faktorů byla spojena s nemocničními zařízeními. I přesto, že většina reakcí na dostatek rehabilitace byla pozitivní, někteří pacienti si stěžovali na její nedostatek. Co se týče hodnocení způsobu, jakým personál jednoho zařízení hovoří o jiném, zaznamenali jsme jak pozitivní, tak negativní hodnocení. Z našeho výzkumu lze vyvodit, že hlavním typovým důvodem nespokojenosti respondentů byl nedostatek informací o jejich

budoucím životě po léčbě v nemocničních zařízeních. Respondenti tvrdili, že lékaři jim tyto informace neposkytli. Nejsme si jisti, zda si lékaři nebyli vědomi potřeb pacientů, považovali tyto informace za nepodstatné, nebo zda v daném okamžiku neměli potřebné informace k dispozici. V souladu s tvrzením Navrátila a Navrátilové (2008) by měl tento problém řešit sociální pracovník daného zařízení, který by měl podpořit pacienty v plánování a realizaci budoucího životního výhledu. Sociální pracovníci mohou také výrazně přispět ke zvládnutí psychických důsledků úrazu a pomoci pacientům vyjasnit jejich osobní strategie pro budoucí život.

5.4 Diskuse k dílčímu cíli 4

Posledním dílčím cíl v celém výzkumu bylo porovnat výši invalidního důchodu a příspěvku na péči s průměrnou hrubou měsíční mzdou vztaženou na jednoho pracovníka v národním hospodářství v jednotlivých zemích. Porovnání jsme provedli mezi Českou republikou a vybranými státy Evropské unie, a to Rakouskou republikou, Spolkovou republikou Německo a Slovenskou republikou za roky 2017–2019. Výzkum poukazuje na různorodost a nejednotnost systémů, neboť Česká republika disponuje například třemi stupni invalidního důchodu, Slovenská republika a Spolková republika Německo mají dva stupně invalidního důchodu a Rakouská republika pouze jeden stupeň. Pokud se podíváme na výši invalidního důchodu ve sledovaném období, pak pouze v České republice došlo k jeho zvýšení vůči průměrné hrubé měsíční mzdě, ve všech ostatních zemích došlo buď k mírnému snížení nebo ke stagnaci. Nutno ovšem podotknout, že v Rakouské republice sice nedošlo k žádnému zvýšení, ale pořád má se 42,01 % nejvyšší průměrný invalidní důchod vůči průměrné hrubé měsíční mzdě ze všech sledovaných zemích. U příspěvku na péči je situace podobná, neboť Česká republika, Spolková republika Německo a Rakouská republika mají více stupňů příspěvku, a to čtyři, pět a sedm, Slovenská republika má dva stupně. Porovnali jsme nejvyšší stupeň tohoto příspěvku (nelze porovnat všechny, vzhledem k odlišnosti definic stupňů) za dané období v daném státu vůči průměrné hrubé měsíční mzdě. K nárůstu došlo v České republice a Slovenské republice, naopak k mírnému poklesu ve Spolkové republice Německo a Rakouské republice. I zde platí to, že i přesto, že v Rakouské republice nedošlo ke zvýšení, stále je jejich nejvyšší stupeň příspěvku v porovnání s průměrnou hrubou mzdou ze všech zemí nejvyšší. Závěrem tedy můžeme konstatovat, že Česká republika se řadí k zemím, ve kterých ve sledovaném období vzrostl jak invalidní důchod, tak příspěvek na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě, avšak musíme dodat, že hlavní

překážkou pro ucelené mezinárodní srovnání je skutečnost, že v jednotlivých zemích Evropské unie jsou používána odlišná kritéria hodnocení invalidity. Bruthansová a Jeřábková (2010) dodávají, že průlom by do této oblasti mohlo přinést všeobecné používané Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.

5.5 Analýza ve vztahu k výzkumným cílům a výzkumným otázkám

Na základě výsledků našeho výzkumu odpovíme na výzkumné otázky, jež jsme si stanovili na začátku výzkumné části disertační práce.

V1: Jak jsou osoby, které při DN utrpěly zranění vedoucí k paraplegii nebo kvadruplegii, spokojeny s pobytem ve zdravotnickém zařízení?

Pokud uvažujeme o tom, jak jsou osoby po dopravní nehodě, která vedla k paraplegii nebo kvadruplegii spokojené s pobytem ve zdravotnickém zařízení, pak můžeme konstatovat, že ve zdravotnických zařízeních převládala spokojenost.

Z objektivního hlediska se v odpovědích respondentů objevují mezi typovými důvody nespokojenosti v nemocničním zařízení „způsob sdělování informací“ a „informace o zdravotním stavu“. Jejich očekávání v tomto hledisku nebyla naplněna, zatímco ale v rehabilitačních ústavech ano. To mohlo být způsobené tím, že v nemocničním zařízení museli respondenti vyslechnout negativní zprávy o svém zdravotním stavu, v našem konkrétním případě, že zůstanou upoutáni na invalidní vozík.

Každý z našich respondentů reagoval na skutečnost, že již nikdy nebude chodit, jinak, ale většina z nich měla pocity neuvěřitelnosti, vzteku, strachu, mnozí tuto informaci ani slyšet nechtěli a následkem toho mnozí z nich projevovali vztek a agresi i směrem ke zdravotnickému personálu. Respondenti tak mohou mít pocit, že jim personál v nemocničním zařízení bere naději. Toto naše zjištění potvrzuje i Česká asociace paraplegiků (2016), která ji považuje za běžnou reakci. Na druhou stranu v rehabilitačních ústavech panovala spokojenost se „způsobem sdělování informací“ a se vším okolo komunikace. Z našeho pohledu je to však způsobené tím, že respondenti se v rehabilitačních ústavech zpravidla nedozvěděli žádnou novou zásadně negativní informaci o svém zdravotním stavu. V rehabilitačním ústavu se respondenti učili novému životu na vozíku, mnohdy zde potkali nové kamarády a mnozí z nich zjistili, že i na vozíku lze vést kvalitní život. Tyto naše závěry jsou podpořeny i se závěry Canori et al. (2002).

Na subjektivní úrovni pak můžeme hodnotit vyjádření respondentů týkající se dalších typových důvodů spokojenosti či nespokojenosti v nemocnici a rehabilitační péči, a to „komunikace s personálem“, „(ne)ochota personálu“, kde měli respondenti například pocit, že personál nemocničního zařízení nepostupuje důsledně, rychle a dostatečně, ale na druhou stranu se zde vyskytla i pozitivní hodnocení, kdy zase měli respondenti pocit, že personál vykonává svou práci výborně. Vyskytl se i názor respondenta, který se týkal rehabilitačního ústavu, a sice že je zde „málo rehabilitace“ a že očekával rehabilitace více. Poslední pohled respondentů na typové důvody spokojenosti/nespokojenosti byl „zařízení mluví o jiném zařízení“, kdy při převozu z jednoho zařízení do druhého personál hodnotil práci v předchozím zařízení a dle jejich názoru ne vždy, jak by si představovali. V rámci našeho výzkumu jsme získali odpovědi pouze jednostranné, tedy od pacientů v nemocničních a rehabilitačních zařízeních a k vytvoření uceleného pohledu by bylo vhodné pracovat také se zkušenostmi a názory lékařů, zdravotních sester, případně dalšího personálu v zařízeních, což může být námětem dalších studií.

V2: Jak se liší výše invalidního důchodu a příspěvku na péči v České republice, Rakouské republice, Spolkové republice Německo a Slovenské republice?

Mnozí z našich respondentů se v našem výzkumu vyjadřovali i k výši invalidního důchodu a příspěvku na péči. Proto jsme se rozhodli porovnat průměrnou výši těchto dvou příspěvků se Slovenskou republikou, Spolkovou republikou Německo a Rakouskou republikou s průměrnou hrubou měsíční mzdou vztaženou na jednoho pracovníka v národním hospodářství v jednotlivých zemích v letech 2017–2019.

Česká republika jako jediná z porovnávaných zemí má tři stupně invalidního důchodu, ostatní země jich mají méně. Na základě studie literatury a příslušných zákonných ustanovení lze objektivně konstatovat, že Rakouská republika má sice nejvyšší průměrný invalidní důchod nejvyššího stupně vůči průměrné hrubé měsíční mzdě ze všech sledovaných zemí, Česká republika je ale jediná země, ve které došlo ve sledovaném období k růstu průměrného invalidního důchodu nejvyššího stupně vůči průměrné hrubé měsíční mzdě, zatímco u ostatních zemí došlo k mírnému poklesu či stagnaci. Co se týká příspěvku na péči, pak Česká republika, Spolková republika Německo a Rakouská republika mají více stupňů, Slovenská republika má dva. Porovnáním nejvyšších stupňů příspěvku na péči za dané období lze konstatovat, že opět v České republice i Slovenské republice došlo k jeho zvýšení, naopak k poklesu došlo ve Spolkové republice Německo

a Rakouské republice, avšak v Rakouské republice je stále nejvyšší stupeň příspěvku v porovnání s průměrnou hrubou mzdou nejvyšší ze všech sledovaných zemí.

Naše objektivní zjištění je tedy v rozporu s některými subjektivními názory respondentů, kteří uváděli, že výše invalidního důchodu a příspěvku na péči je nesmírně nízká, což ovšem bylo u respondentů ovlivněno tím, zda jsou pouze příjemci těchto dávek nebo mají i zaměstnání – s tím samozřejmě souvisela i kvalita života. Z tohoto důvodu mohla respondentům, kteří jsou závislí pouze na příspěvcích od státu, výše invalidního důchodu a příspěvku na péči připadat nízká. S tímto naším názorem se ztotožňují i Krause et al. (2010), podle kterých osoby po poranění páteře, jež pracují, a nejsou tak odkázány pouze na dávky, mají lepší kvalitu života a cítí se spokojenější a klidnější i po finanční stránce. Dalším subjektivním hodnocením výše invalidního důchodu a příspěvku na péči bylo tvrzení respondentů, že oni mají jistotu nižšího invalidního důchodu nebo příspěvku na péči a jiné osoby, které jsou také na invalidním vozíku, mají příspěvek vyšší. Toto hodnocení respondentů ovšem nemůžeme objektivně zhodnotit, neboť posuzování invalidity a příspěvku na péči je předmětem mnoha proměnných a záleží vždy na konkrétním pacientovi a posudkovém lékaři, například na funkčním dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na pokles míry pracovní schopnosti u invalidního důchodu, nebo u příspěvku na péči na zvládnání základních životních potřeb, což popisuje Čeledová et al. (2015).

V3: Jaké jsou nejčastější sociální a zdravotní důsledky DN u osob, které při DN utrpěly zranění vedoucí k paraplegii nebo kvadruplegii?

Tato výzkumná otázka byla zkoumána výhradně pomocí našeho polostrukturovaného rozhovoru, tedy odpovědí respondentů. Výzkum proběhl v několika oblastech, a to ekonomická situace respondentů, rodinné a přátelské vztahy, partnerské vztahy, volnočasové aktivity. Také nás zajímala reakce na vzniklé postižení ze strany respondentů, konkrétně přítomnost sebevražedných myšlenek, případně přímo pokusu o sebevraždu.

Z ekonomického hlediska můžeme konstatovat, že po dopravní nehodě se do práce vrátilo 60 % účastníků našeho výzkumu. Toto vysoké procento je v souladu s výsledky jiné studie Siösteena et al. (1990), kteří zkoumali podobný počet lidí po úrazu páteře. Klíčovým a objektivním závěrem našeho výzkumu je, že pro respondenty byla kvalita života těsně spjata s tím, zda byli zaměstnání. Jinými slovy, zaměstnání respondenti

hodnotili kvalitu svého života lépe, což potvrzuje i studie Krause et al. (2010). Dalším objektivním závěrem je, že hlavními motivy pro návrat do práce byla finanční potřeba a celková spokojenost s životem.

Subjektivní aspekty hodnocení zahrnují názory účastníků vztahující se k důvodům, proč nejsou zaměstnaní. Řada respondentů uvedla jako příčinu špatný zdravotní stav, nicméně důležité je zmínit, že posudkový lékař u každého z nich identifikoval určitý stupeň zbývající pracovní schopnosti. Je však třeba podotknout, že do tohoto vzorku nezahrnujeme dva kvadruplegiky, kteří byli v době výzkumu upoutáni na lůžko a plně závislí na pomoci druhých. Dalším důvodem byla neschopnost vykonávat stejnou práci jako před autonehodou. S tímto argumentem lze souhlasit, zejména u manuálních prací, ale i v těchto případech existují alternativní možnosti zaměstnání, jak to dokázala řada respondentů z našeho vzorku. Dalším subjektivním faktorem, proč respondenti nepracují, je podle jejich tvrzení obava, že jim stát odebere finanční podporu. Tento problém se objevuje i v jiných studiích (DeJong et al., 1984; Deyoe Jr., 1972; Weidman a Freehafer, 1981), ale hlavním cílem respondentů by mělo být začlenění do společnosti, včetně zapojení do pracovního procesu.

Po dopravní nehodě 40 % respondentů nemá zaměstnání, což je považováno za sociální důsledek dopravní nehody. Stejně tak se ukázalo, že následky dopravní nehody vedly k tomu, že respondenti museli své zaměstnání změnit za jiné. Pokud jde o sféru přátelství, po dopravní nehodě se počet respondentů, kteří měli přátele, snížil o 12 %. Toto snížení považujeme za negativní sociální dopad dopravních nehod. Přátelské vztahy jsou totiž pro osoby s poraněním míchy důležité, protože jim pomáhají vyrovnat se s postižením a začlenit se zpět do společnosti. Toto potvrzuje i studie Canori et al. (2002).

Z hlediska partnerských vztahů můžeme konstatovat, že po dopravní nehodě bylo v manželském či partnerském svazku o 8 % více respondentů než před nehodou, což považujeme za pozitivní zjištění. Avšak 38 % respondentů nemá po nehodě žádný vztah, nebo se jejich vztah v důsledku nehody rozpadl. Názory respondentů na existenci či neexistenci partnerského vztahu jsme zařadili do subjektivního hlediska, jelikož i přesto, že jejich odpovědi korespondují s výsledky jiných studií a pro kompletní objektivní hodnocení měly být doplněny o názory jejich partnerů. Na základě odpovědí respondentů jsme jejich postoje k přítomnosti či absenci vztahu rozdělili do tří kategorií: „rozpad vztahu“, „vztah vydržel“ a „nalezení nového vztahu po dopravní nehodě“. Hlavními důvody rozpadu vztahu byly: „nezapojování se do výchovy dítěte“ (Jeyathevan et al.,

2019), „výčitky ze strany partnera“ zejména ohledně sexuálních problémů (Chan et al., 2000), fyzických odlišností respondentů (Dickson et al., 2010), nedostatečné péče o domácnost a děti (Milligan a Neufeldt, 1998), nedostatečné pozornosti vůči zdravému partnerovi (Earle et al., 2020) a omezeného společenského života (Engblom-Deglmann a Hamilton, 2020; Charlifue et al., 2016). Nicméně někteří respondenti v našem výzkumu našli nový vztah po dopravní nehodě. Za objektivní lze dále považovat zjištění, že spokojenost v sexu byla významným způsobem propojena s přítomností/absencí stálého partnera, neboť z respondentů, kteří byli spokojeni v sexu, mělo 96,20 % stálého partnera, což odpovídá i výzkumu Reitze et al. (2004), a naopak z respondentů, kteří nebyli spokojeni, mělo stálého partnera pouze 25 %; ke stejným výsledkům dospěli i Phelps et al. (2001). Musíme zdůraznit, že mnozí respondenti po nehodě ztratili svůj vztah a 38 % z nich je stále bez stabilního partnerského svazku. To lze považovat za sociální dopad dopravních nehod.

Znepokojující je i výsledek našeho výzkumu týkající se volnočasových aktivit. Respondenti se před dopravní nehodou věnovali zejména sportu, a pokud měli nějakou aktivitu po dopravní nehodě, byl to většinou také sport, proto jsme se na něj zaměřili. Objektivním výsledkem výzkumu je zjištění, že počet respondentů, kteří se věnovali sportu po dopravní nehodě o 10 % klesl. Jako subjektivní stránku hodnotíme názory respondentů na důvody provozování sportu, které jsme shrnuli do kategorií „spokojenost“, „lepší zdravotní stav“ a „noví přátelé“, přičemž ale dodáváme, že, ač se jedná o subjektivní názory respondentů, podstatné a rozhodující je, že se pohybové aktivitě věnují, což hodnotíme velmi kladně. Závěrem dodáváme, že ač v našem výzkumném souboru byli respondenti, kteří se sportu věnují i na profesionální úrovni, pořád byl počet respondentů, kteří se věnovali sportu před dopravní nehodou menší než po dopravní nehodě, a protože sport je jednou z aktivit, která se výrazně podílí na vyšší kvalitě života osob po dopravní nehodě, z čehož vychází i Kim et al. (2022), lze toto zjištění považovat za negativní sociální důsledek dopravních nehod.

Za subjektivní považujeme zjištění, že 36 % respondentů z našeho výzkumného souboru mělo sebevražedné myšlenky nebo se o sebevraždu pokusilo, což představuje vysoké procento zastoupení, oproti jinému výzkumu Fanny et al. (2011), který se také věnovali osobám po poranění míchy. Z hlediska subjektivního názoru respondentů můžeme uvažovat, z jakého důvodu o sebevraždě uvažovali, případně se o ni pokusili. Závěrem ale lze konstatovat, že vzhledem k tomu, že výskyt sebevražd je u osob s poraněním

míchy vyšší než u běžné populace (Charlifue a Gerhart 1991, Hartkopp et al. 1998) lze to, zcela jistě považovat za negativní sociální důsledek dopravních nehod.

Následkem dopravní nehody došlo u našich respondentů k paraplegii nebo kvadruplegii, tedy k ochrnutí dolních končetin nebo všech čtyř končetin. Za objektivně prokázané lze považovat to, že následkem paraplegie nebo kvadruplegie vznikají další zdravotní problémy, a to dekubity a problémy s vyprazdňováním, které jsou po poranění míchy běžné, stejně jako nespokojenost se sexem (Šrámková, 2013). Dekubity v našem výzkumném souboru trpělo 54 % respondentů a poruchou sexuálních funkcí 46 % respondentů. Výzkumem jsme zjistili, že provozování sportu (fyzické aktivity) snižuje výskyt dekubitů, což je potvrzeno mnoha výzkumy (Bereded et al., 2018; Dixit, 2018; Saunders et al., 2012). Za subjektivní lze považovat názory respondentů, kteří neprovozovali žádný druh sportu a trpěli dekubity více. Dle jejich subjektivního názoru je to dáno tím, že jsou na vozíku a k tomu dekubity patří bez ohledu na to, zda by sport provozovali, což ovšem lze vyvrátit tím, že sice existují neovlivnitelné faktory, jako jsou různá chronická onemocnění, ale i ovlivnitelné faktory, jako je dostatek pohybu a prevence obezity (Bereded et al., 2018; Dixit, 2018; Saunders et al., 2012). Za subjektivní názor lze považovat i názory respondentů, kteří nebyli spokojeni po sexuální stránce a neměli stálého partnera, neboť jejich odůvodnění směřovalo například k negativnímu postoji partnera postiženého jedince, což nelze objektivně zhodnotit, neboť se jedná o názor pouze jedné strany. Na základě všech těchto důvodů lze ale konstatovat, že následkem dopravní nehody se respondenti stali paraplegiky či kvadruplegiky a nyní mají kromě pohybových omezení i zdravotní problémy ve formě dekubitů, problémů s vyprazdňováním a sexuální disfunkcí, což lze nepochybně považovat za zdravotní důsledek dopravních nehod.

ZÁVĚR

V disertační práci jsme se zaměřili na sociální a zdravotní dopady dopravních nehod. Pro splnění našich cílů jsme se rozhodli pro kvalitativní výzkumné metody.

Jedním z hlavních témat našeho výzkumu bylo zjistit nejčastější zdravotní komplikace vzniklé v důsledku paraplegie nebo kvadruplegie, způsobené dopravní nehodou. Zjistili jsme, že každý z našich respondentů se potýkal v určité míře s dekubity. Naše data ukazují, že 46 % respondentů trpí dekubity v mírnější formě, zatímco u 54 % je tato komplikace výraznější. Tyto výsledky jsou překvapivé, protože v porovnání s jinými studii jsme zaznamenali poměrně vysoký výskyt dekubitů. Naše data také potvrzují předchozí výzkumy, které ukázaly, že rozsah a závažnost dekubitů jsou ovlivněny fyzickou aktivitou, v našem případě sportem. V naší skupině respondentů provozovalo sport 73,9 % jedinců s mírnějšími dekubity, zatímco u jedinců s těžšími dekubity to bylo pouze 11,1 %.

Druhá část našeho výzkumu se věnovala několika podoblastem, přičemž první se týkala ekonomické situace respondentů. Před nehodou byli všichni naši respondenti zaměstnaní, po nehodě to platilo pouze pro 60 % z nich. Zaměstnání jsme posuzovali z hlediska několika kritérií a zjistili jsme, že 64 % respondentů vykonávalo manuální práci a z těch se do práce vrátilo 62,5 %. Nejvíce se do zaměstnání vrátili respondenti ve věku 31–40 let (46,7 %). Z hlediska míry ochrnutí se vrátilo 62,5 % paraplegiků, zatímco ze dvou kvadruplegiků se nikdo nevrátil. Motivací pro návrat do práce byla potřeba finančních prostředků a představa spokojenějšího života. Kvalita života respondentů byla významně spojena s návratem do práce a s tím souvisejícím stabilním příjmem. Důvody, proč se respondenti nevrátili do práce, zahrnovaly špatný zdravotní stav, neschopnost vykonávat předešlou práci a obavy z odebrání státních příspěvků. Po nehodě byli všichni respondenti příjemci invalidního důchodu a příspěvku na péči. V době nehody mělo 18 % respondentů hypotéku nebo úvěr, z nich 77,8 % se vrátilo do práce z finančních důvodů. Velký vliv měla také rehabilitace po nehodě – ze 43 respondentů, kteří ji absolvovali, se vrátilo do práce 72,1 %, zatímco z těch, kteří ji nepodstoupili, se vrátilo pouze 28,6 %. Důležitou roli hrála také rodina. Po nehodě mělo podporu od obou rodičů 88 % respondentů. Po nehodě bylo bez přátel o 12 % více respondentů. Pozitivním zjištěním je, že po nehodě mělo o 8 % respondentů více partnerský/manželský vztah než před nehodou. Jako důvody rozpadu vztahu uváděli respondenti výčitky od partnera, buď kvůli fyzickým odlišnostem, sexuálním disfunkcím, nemožnosti starat se o děti nebo domácnost, nebo

nedostatečnou pozornost k zdravému partnerovi. Rovněž jsme se zajímali o sexuální disfunkci, která je běžným zdravotním problémem u lidí postižených paraplegií nebo kvadruplegií v důsledku dopravní nehody. Naše výzkumná data ukázala, že 52 % respondentů bylo po nehodě spokojených se svým sexuálním životem, zatímco 46 % bylo nespokojených. Dále jsme zjistili, že spokojenost se sexem je silně spojena s tím, zda respondenti mají stálého partnera. Z respondentů, kteří byli se svým sexuálním životem spokojeni, mělo 96,2 % stálého partnera, zatímco u nespokojených to bylo pouze 25 %. Výzkum se také věnoval přítomnosti/absenci volnočasových aktivit, zejména sportu, přičemž se ukázalo, že po nehodě provozovalo sport o 10 % méně respondentů než před nehodou. Důvody, pro které se začali věnovat sportu nebo v něm pokračovali, byly spojeny s celkovou spokojeností, lepším zdravotním stavem a poznáním nových přátel. Výskyt sebevražd nebo sebevražedných myšlenek mezi respondenty činil 36 %.

Ve třetí části našeho výzkumu jsme se zaměřili na tři klíčové oblasti, přičemž jednou z nich byla spokojenost respondentů se zdravotní a rehabilitační péčí v České republice. Na základě získaných dat, jsme zjistili, že 90,7 % respondentů projevilo spokojenost s péčí v rehabilitačních ústavech, zatímco v nemocničních zařízeních to bylo 63,08 %. Dále jsme se zabývali identifikací typových důvodů, které vedli k spokojenosti či nespokojenosti respondentů. Zjistili jsme, že názory na „informování o zdravotním stavu“, „komunikaci s personálem“, „způsob předávání informací“ a „(ne)ochotu personálu“ se většinou týkaly nemocničních zařízení a měly převážně negativní charakter. Je však třeba podotknout, že respondenti často dostávali v nemocnicích negativní až zdrcující informace o svém zdravotním stavu, což mohlo ovlivnit jejich subjektivní hodnocení. Méně častým názorem, který se týkal rehabilitačních ústavů, byl „nedostatek rehabilitace“. Poslední identifikovaný pohled byl „zařízení mluví o jiném zařízení“, kde jsme zaznamenali, jak pozitivní, tak negativní hodnocení.

V rámci čtvrté a zároveň poslední oblasti našeho výzkumu jsme srovnávali výši invalidního důchodu a příspěvku na péči s průměrnou hrubou měsíční mzdou na jednoho pracovníka v národním hospodářství v různých zemích. Zjistili jsme, že i když Rakousko má nejvyšší průměrný invalidní důchod a příspěvek na péči ve srovnání s průměrnou mzdou ze všech sledovaných zemí, pouze v České republice došlo během sledovaného období k růstu obou těchto dávek ve srovnání s průměrnou mzdou.

Naše disertační práce nabízí hlubší pohled na sociální a zdravotní dopady dopravních nehod z pohledu lidí, kteří se kvůli nim stali paraplegiky nebo kvadruplegiky. Výzkum

odhalil řadu souvislostí týkajících se kvality života těchto osob, tyto souvislosti se mohou stát tématem pro další studie.

Vzhledem k velikosti našeho výzkumného souboru lze k dalšímu výzkumu doporučit jeho rozšíření, aby byla zajištěna jeho reprezentativnost. Také bychom doporučovali zaměřit se na sociální pracovníky jednotlivých zdravotnických a rehabilitačních zařízení, kteří s touto citlivou skupinou spolupracují. Výsledky tohoto výzkumu mohou využít rehabilitační ústavy, zejména pak sociální pracovníci a pracovníci, kteří mohou tak lépe definovat potřeby osob po dopravní nehodě a dále mohou být nápomocni v otázce komunikace mezi personálem a pacientem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AGBU, A., OHAGWU, C., OGOLODOM, M., 2022. Diagnostic yield of magnetic resonance (MRI) imaging and treatment outcomes in patients with spinal cord trauma in, Nigeria: A single centre study. *International Journal of Applied Research* [online]. 8(12), 01-06 [cit. 2022-12-26]. DOI: <https://doi.org/10.22271/allresearch.2022.v8.i12a.10353>. ISSN 2394-5869.
2. AKRAM, J. et al., 2022. Bed Sores and Associated Risk Factors among Hospital Admitted Patients: A Comparative Cross-sectional Study. *American Journal of Health, Medicine and Nursing Practice* [online]. 7(4), 17–25 [cit. 2023-01-25]. ISSN 2520-4017. Dostupné z: <https://www.ajpojournals.org/journals/index.php/AJHMN/article/view/967/1089>
3. ALI, S., MERLO, J., ROSVALL, M., LITHMAN, T., LINDSTRÖM, M., 2006. Social capital, the miniaturisation of community, traditionalism and first time acute myocardial infarction: a prospective cohort study in southern Sweden. *Soc Sci Med* [online]. 63(8), 2204-17 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.04.007.
4. ALIZADEH, A., KARIMI-ABDOLREZAEI, S., 2019. Traumatic spinal cord injury: an overview of pathophysiology, models and acute injury mechanisms. *Front Neurol* [online]. [cit. 2022-12-26]. DOI: 10.3389/fneur.2019.00282.
5. ANDRÁŠKO, I., 2005. *Dve dimenzie kvality života v kontexte percepčii obyvateľov miest a vidieckych obcí* [online]. In: VAISHAR, A., IRA, V. Ostrava: Ústav geoniky AV ČR, s. 6-13 [cit. 2023-01-10]. ISBN 80-86407-05-5.
6. ANNEKEN, V., HANSEN-DOOSE, A., HIRSCHFELD, S., SCHEUER, T., THIETJE, R., 2010. Influence of physical exercise on quality of life in individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord* [online]. 48(5), 393-9 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1038/sc.2009.137.
7. ATHANASELIS, S. et al., 1999. The use of alcohol and other psychoactive substances by victims of traffic accidents in Greece. *Forensic Science International* [online]. 102(2-3), 103-109 [cit. 2023-01-25]. DOI: 10.1016/S0379-0738(99)00053-5.

8. AYUSO, M., BERMÚDEZ, L., SANTOLINO, M., 2016. Copula-based regression modeling of bivariate severity of temporary disability and permanent motor injuries. *Accident Analysis & Prevention* [online]. 89, 142-150 [cit. 2016-06-19]. DOI: 10.1016/j.aap.2016.01.008. ISSN 00014575. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001457516300082>
9. BALÍKOVÁ, M., 2008. Způsobilost k řízení a návykové látky. *Adiktologie*. 8(3), 199-201.
10. BARRETT, O., HO, A., FINLAY, K., 2022. Sexual function and sexual satisfaction following spinal cord injury: an interpretative phenomenological analysis of partner experiences. *Disability and Rehabilitation* [online]. [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1080/09638288.2022.2159073.
11. BECK, P., 2012. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením: k 1.5.2012 : komentář, právní předpisy*. 1. vyd. Olomouc: ANAG. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-744-7.
12. BECH, P., 1993. *Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life: A Compendium on Documentation in Accordance with the DSM-III-R and WHO Systems*. Berlin: Springer. ISBN 978-3-642-77759-2.
13. BĚLÍK, V., SVOBODA HOFERKOVÁ, S., 2016. *Tvorba odborné práce: vysokoškolská učebnice pro studenty sociálně pedagogických oborů*. First edition in Tribun EU. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-1021-1.
14. BERECKI-GISOLF, J., COLLIE, A., MCCLURE, R., 2013. Work disability after road traffic injury in a mixed population with and without hospitalisation. *Accident Analysis and Prevention* [online]. 51, 129-134 [cit. 2016-07-03]. DOI: 10.1016/j.aap.2012.11.010. ISSN 00014575.
15. BEREDDED, D., SALIH, M., ABEBE, A., 2018. Prevalence and risk factors of pressure ulcer in hospitalized adult patients; a single center study from Ethiopia. *BMC Res Notes* [online]. 11(1), 847 [cit. 2023-01-25]. DOI: 10.1186/s13104-018-3948-7.

16. BERG, H., IFVER, J., HASSELBERG, M., 2016. Public health consequences of road traffic injuries – Estimation of seriously injured persons based on risk for permanent medical impairment. *Transportation Research Part F: Psychology and Behaviour* [online]. 38, 1-6 [cit. 2016-06-01]. DOI: 10.1016/j.trf.2015.12.007. ISSN 13698478.
17. BERKMAN, L., GLASS, T., BRISSETTE, I., SEEMAN, T., 2000. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* [online]. 51(6), 843-857 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00065-4.
18. BERKMAN, L., SYME, S., 1979. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* [online]. 109(2), 186–204 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a112674.
19. BESIP, 2021. *Strategie Besip 2021-2030*. [online]. Observatoř bezpečnosti silničního provozu. Česká republika [cit. 2022-12-26]. Dostupné z: <https://www.czrso.cz/nsbsp/post/aktualni-strategie>
20. BEZUIDENHOUT, L., RHODA, A., CONRADSSON, D., THERON, F., JOSEPH, C., 2022. Factors influencing employment among people with spinal cord injury in South Africa. *Disability and Rehabilitation* [online]. [cit. 2023-01-20]. DOI: 10.1080/09638288.2022.2151651.
21. BLOOM, J., DORSETT, P., MCLENNAN, V., 2019. Investigating employment following spinal cord injury: outcomes, methods, and population demographics. *Disabil Rehabil* [online]. 41(20), 2359–2368 [cit. 2023-01-20]. DOI: 10.1080/09638288.2018.1467968.
22. BODE, I., 2007. New Moral Economies of Welfare: The Case of Domiciliary Elder Care in Germany, France and Britain. *European Societies* [online]. 9(2), 201-227 [cit. 2023-01-18].
23. BOUČEK, J., 2001. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0240-8.
24. BOWLING, A., WINDSOR, J., 2001. Towards the Good Life: A Population Survey of Dimensions of Quality of Life. *Journal of Happiness Studies* 2 [online]. 55–82 [cit. 2023-01-10]. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:101156471365>.

25. BROWN, G., BHROLCHAIN, M., HARRIS, T., 1975. Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology* [online]. 9(2), 225–254 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1177/003803857500900203.
26. BRUBACHER, J. et al., 2016. Prevalence of alcohol and drug use in injured British Columbia drivers. *BMJ Open* [online]. 6(3) [cit. 2022-03-11]. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009278. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-009278>
27. BRUTHANSOVÁ, D., JEŘÁBKOVÁ, V., 2010. *Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích v letech 2003- 2008* [online]. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i. [cit. 2023-02-19].
28. BUNDESANSTALT STATISTIK ÖSTERREICH, 2020. *Jährliche Personeneinkommen* [online]. [cit. 2021-01-11].
29. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES, 2021. *Erwerbsminderungsrente* [online]. [cit. 2021-01-04].
30. BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ, 2021. *Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeitspension* [online]. [cit. 2021-01-06].
31. BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND, 2020. *Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung* [online]. [cit. 2021-01-05].
32. BUŠTA, P., 2016. *Zákon o silničním provozu (ve znění 42 novel) s komentářem*. Praha: JUDr. Pavel Bušta. ISBN 9788090602410.
33. CALHOUN, A., MCGWIN, G., KING, W., ROUSCULP, M., 1998. Pediatric pedestrian injuries: a community assessment using a hospital surveillance system. *Academic emergency medicine* [online]. (57, 685-90 [cit. 2022-01-26]. DOI: 10.1111/j.1553-2712.1998.tb02486.x.
34. CANORI, A. et al., 2002. Effects of Social Engagement on Motivation for Physical Activity in Individuals With Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [online]. 103(12), 72-73 [cit. 2023-01-20]. DOI: doi.org/10.1016/j.apmr.2022.08.616.

35. CASTLE, R., 1994. An investigation into the employment and occupation of patients with a spinal cord injury. *Paraplegia* [online]. 32(3), 182-7 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1038/sc.1994.33.
36. CENTRUM DOPRAVNÍHO VÝZKUMU, V. V. I., 2020. *Celkové ztráty z dopravní nehodovosti na pozemních komunikacích v roce 2019* [online]. [cit. 2023-01-15]. Dostupné z: <https://www.cdv.cz/tisk/celkove-ztraty-z-dopravni-nehodovosti-na-pozemnich-komunikacich-v-roce-2019-opet-prekrocily-80-mld-kc/>
37. CLARKE, J., NEWMAN, J., 1997. *The Managerial State: Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*. London: Sage.
38. COHEN, S., WILLS, T., 1985. *Stress, social support, and the buffering hypothesis* [online]. 98(2), 310–357 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1037/0033-2909.98.2.310.
39. CROOK, J., MOLDOFSKY, H., SHANNON, H., 1998. Determinants of disability after a work related musculetal injury. *J Rheumatol* [online]. 25(8), 1570-7 [cit. 2023-01-17].
40. CUMMINS, R., 2005. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of intellectual disability research*. 49(10), 699-706. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x.
41. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., BOSÁK, M., 2015. *Posudková činnost v ordinaci praktického lékaře: manuál pro praxi v oblasti sociálního zabezpečení a zaměstnanosti*. Praha: Grada Publishing. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024748443.
42. ČESKÁ ASOCIACE PARAPLEGIKŮ, 2012. *Desatero moudrého vozičkáře: Průvodce pro klienty s poškozením míchy* [online]. CZEPA [cit. 2023-01-06].
43. ČESKÁ ASOCIACE PARAPLEGIKŮ, 2016. *Vše okolo tetraplegie* [online]. CZEPA [cit. 2023-01-06]. Dostupné z: https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Vse_okolo_tetraplegie_CZEPA.pdf
44. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ, 2020. *Ekonomické a statistické ukazatele - přehled vybraných statistických ukazatelů z agend České správy sociálního zabezpečení - důchodové pojištění za rok 2017-2019*, [online]. In: . Česká správa sociálního zabezpečení [cit. 2020-11-27].

45. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ, 2023. *Základní informace o invalidním důchodu* [online]. [cit. 2023-01-17]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/invalidni-duchod>
46. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020. *Průměrná hrubá měsíční mzda podle odvětví* [online]. [cit. 2020-11-27].
47. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2022. *Výdaje na invalidní důchody* [online]. [cit. 2023-01-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vydaje-na-invalidni-duchody-loni-presahly-50-miliard-korun>
48. DACHVERBAND DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, 2021. *Invalidenrente in den Jahren 2017, 2018 und 2019* [online]. [cit. 2021-01-11].
49. DEJONG, G., BRANCH, L., CORCORAN, P., 1984. Independent living outcomes in spinal cord injury: multivariate analyses. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 65(2), 66-73 [cit. 2023-01-23]. PMID: 6696605.
50. DEJONG, G. et al., 2013. Rehospitalization in the first year of traumatic spinal cord injury after discharge from medical rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 94(4), 87-97 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1016/j.apmr.2012.10.037.
51. DEVIVO, M., BLACK, K., RICHARDS, J., STOVER, S., 1991. Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia* [online]. 29(9), 620-7 [cit. 2023-01-10]. DOI: 10.1038/sc.1991.91.
52. DEYOE JR, F., 1972. Spinal cord injury: long-term follow-up of veterans. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 53(11), 523-9 [cit. 2023-01-23]. PMID: 5085541.
53. DICKSON, A., O'BRIEN, G., WARD, R., ALLAN, D., O'CARROLL, R., 2010. The impact of assuming the primary caregiver role following traumatic spinal cord injury: an interpretative phenomenological analysis of the spouse's experience. *Psychol Health* [online]. 25(9), 1101–1120 [cit. 2023-01-19]. DOI: 08870440903038949.
54. DIXIT, K., 2018. *Assessment of risk factors and clinical profile of patients with pressure ulcers* [online]. 18(1), 0-52 [cit. 2023-01-25]. DOI: 10.33545/26649411.2018.v1.i1a.4.
55. DUDOVÁ, R., 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Vydání první. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se

Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i. Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-182-4.

56. DUDOVÁ, R., 2018. Care Allowance as 'Special Money': The Meanings and Uses of the Care Allowance in Close Relationships. *Gender and Research* [online]. 45(19), 58-81 [cit. 2023-01-18]. DOI: 10.13060/25706578.2018.19.1.405.
57. DURKIN, M., LARAQUE, D., LUBMAN, I., BARLOW, B., b.r. Epidemiology and prevention of traffic injuries to urban children and adolescents. *Pediatrics* [online]. 103674 [cit. 2022-01-26]. DOI: 10.1542/peds.103.6.e74.
58. EARLE, S., O'DELL, L., DAVIES, A., RIXON, A., 2020. Views and experiences of sex, sexuality and relationships following spinal cord injury: a systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *Sex Disabil* [online]. 38(4), 567–595 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1007/s11195-020-09653-0.
59. EASTRIDGE, B., BURGESS, A., 1997. Pedestrian pelvic fractures: 5-year experience of a major urban trauma center. *The journal of trauma* [online]. 42(4), 695–700 [cit. 2022-01-26]. DOI: 10.1097/00005373-199704000-00019.
60. ENGBLOM-DEGLMANN, M., HAMILTON, J., 2020. The Impact of Spinal Cord Injury on the Couple Relationship: A Grounded Theory Exploration of the Adjustment Process. *Journal of Couple & Relationship Therapy* [online]. 19(3), 250-275 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1080/15332691.2020.1746459.
61. FALTÝNKOVÁ, Z., KRŽIŽ, J., KÁBRTOVÁ, A., 2004. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků, 83 s. ISBN 80-239-5555-1.
62. FANN, J. et al., 2011. Depression after spinal cord injury: comorbidities, mental health service use, and adequacy of treatment. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 92(3), 352-60 [cit. 2023-01-05]. DOI: 10.1016/j.apmr.2010.05.016.
63. FERRANDO, J., SEGUÍ-GÓMEZ, M., PLASÈNCIA, A., RICART, I., CANALETA, X., 2000. Motor-Vehicle Injury Patterns in Emergency-Department Patients in a South-European Urban Setting. *Annual proceedings. Association for the advancement of automotive medicine* [online]. 44, 445–58 [cit. 2022-01-26].
64. FILIPCIC, T., SEMBER, V., PAJEK, M., JERMAN, J., 2021. Quality of Life and Physical Activity of Persons with Spinal Cord Injury. *Int J Environ Res Public Health* [online]. 18(17), 9148 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.3390/ijerph18179148.

65. FISHER, T. et al., 2002. Sexual health after spinal cord injury: a longitudinal study. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 83(8), 1043–1051 [cit. 2023-01-20]. DOI: 10.1053/apmr.2002.33654.
66. FRANJIĆ, S., 2022. Cervical Spine Injuries Most Commonly Occur in Traffic Accidents. *Journal of Spine Research & Reports* [online]. 1(3), 1-4 [cit. 2022-12-26]. ISSN 2755-9890.
67. FRITZ, H., DILLAWAY, H., LYSACK, C., 2015. Don't think paralysis takes away your womanhood: sexual intimacy after spinal cord injury. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 69(2) [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.5014/ajot.2015.015040.
68. FRYŠTÁK, M., 2009. *Trestní právo hmotné: [stav k 1.1.2010]*. Vyd. 2., zcela přeprac. a dopl. Ostrava: Key Publishing. Právo (Key Publishing). ISBN 9788074180392.
69. GIESE, R., KAPHENGST, C., THIETJE, R., 2012. Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung bei querschnittgelähmten Rehabilitanden. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund, 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*. DRV-Schriften Band 98.
70. GINIS, M., JETHA, A., MACK, D., HETZ, S., 2010. Physical activity and subjective well-being among people with spinal cord injury: a metaanalysis. *Spinal Cord* [online]. 48(1), 65-72 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1038/sc.2009.87.
71. GLASER, B., STRAUSS, A., 1967. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. *Mill Valley, CA: Sociology Press*.
72. GODOR, M., HORŇÁK, M., 2010. MOŽNOSTI VYUŽITIA INDIKÁTOROV VO VÝSKUME KVALITY ŽIVOTA NA SLOVENSKU. *Geografické informácie* [online]. (14), 42-54 [cit. 2023-01-14]. ISSN 1337-9453.
73. GOPINATH, B., JAGNOOR, J., ELBERS, N., CAMERON, I., 2017. Overview of findings from a 2-year study of claimants who had sustained a mild or moderate injury in a road traffic crash: prospective study. *BMC Res Notes* [online]. 10(1) [cit. 2023-01-10]. DOI: 10.1186/s13104-017-2401-7.
74. GRUENEWALD, T., KARLAMANGLA, A., GREENDALE, G., SINGER, B., EEMAN, T., 2007. *Feelings of usefulness to others, disability, and mortality in*

- older adults: the MacArthur Study of successful aging* [online]. 62(1), 28–37 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1093/geronb/62.1.P28.
75. GURIA, J., 1990. Length of hospitalization—An indicator of social costs of disabilities from traffic injuries. *Accident Analysis & Prevention* [online]. 22(4), 379-389 [cit. 2016-06-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/000145759090053N?via%3Dihub>
76. GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
77. HAMMELL, K., 2013. *Spinal Cord Injury Rehabilitation*. Dordrecht (Netherlands): Springer. ISBN 9780412476808.
78. *Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé Luže-Košumberku: Léčebna a její služby* [online], 2022. [cit. 2022-12-25]. Dostupné z: <https://www.hamzova-lecebna.cz/cz/p/lecebna-a-jeji-sluzby/>

79. HARTKOPP, A., BRØNNUM-HANSEN, H., SEIDENSCHNUR, A., BIERING-SØRENSEN, F., 1998. Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 79(11), 1356-61 [cit. 2023-01-10]. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(98\)90227-1](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(98)90227-1).
80. HASSELBERG, M., KIRSEBOM, M., BÄCKSTRÖM, J., BERG, H., RISSANEN, R., 2019. I did NOT feel like this at all before the accident: do men and women report different health and life consequences of a road traffic injury?. *Inj Prev*. 25(4), 307-312. DOI: 10.1136/injuryprev-2017-042673.
81. HAUSCHILD, R., 1998. *Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem*. Soziale Sicherheit in Europe. Bad Boll.
82. HECKATHORN, D., 1997. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems*. Oxford University Press, 44(2), 174-199.
83. HEIKKILÄ, H., HEIKKILÄ, E., EISEMANN, M., 1998. Predictive factors for the outcome of a multidisciplinary pain rehabilitation programme on sick-leave and life satisfaction in patients with whiplash trauma and other myofascial pain: a follow-up study. *Clin Rehabil* [online]. 12(6), 487–496 [cit. 2023-01-17]. DOI: 10.1191/026921598670569564.
84. HEJDA, J., 2007. *Vybraná témata kriminalistiky a trestního práva*. 1. vyd. Praha: Oeconomica. ISBN 978-80-245-1163-4.
85. HELGESON, V., 2003. Social support and quality of life. *Qual Life Res* [online]. 12(1), 25-31 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1023/a:1023509117524.
86. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
87. HESS, D., RIPLEY, D., MCKINLEY, W., TEWKSBURY, M., 2000. Predictors for return to work after spinal cord injury: a 3-year multicenter analysis. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 81(3), 359–363 [cit. 2023-01-20]. DOI: 10.1016/s0003-9993(00)90084-4.
88. HIRT, M., 2012. *Dopravní nehody v soudním lékařství a soudním inženýrství*. Praha: Grada. ISBN 9788024743080.

89. HNILICOVÁ, H., 2005. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE (ED.), J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON, s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.
90. HOFFMAN, J., BOMBARDIER, C., GRAVES, D., KALPAKJIAN, C., KRAUSE, J., 2011. A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 92(3), 411-8 [cit. 2023-01-05]. DOI: 10.1016/j.apmr.2010.10.036.
91. HOLMES, T., RAHE, R., 1967. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. 11(2), 213-218 [cit. 2023-01-08]. DOI: doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4.
92. HOU, W., LIANG, H., SHEU, C., HSIEH, C., CHUANG, H., 2013. Return to work and quality of life in workers with traumatic limb injuries: a 2-year repeated-measurements study. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 94(4), 703-10 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1016/j.apmr.2012.10.033.
93. HRICOVÁ, A., DVOŘÁČKOVÁ, O., STRÁNSKÝ, P., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. 1. vydání. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-639-5.
94. HUBÍKOVÁ, O., 2012. Přímé platby za péči v kontextu nevyjasněného statusu neformální péče. *Sociální práce* [online]. 12(4), 113–125 [cit. 2023-01-18].
95. CHAN, R., LEE, P., LIEH-MAK, F., 2000. Coping with spinal cord injury: personal and marital adjustment in the Hong Kong Chinese setting. *Spinal Cord* [online]. 38(11), 687–696 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1038/sj.sc.3101085.
96. CHARLIFUE, S., BOTTICELLO, A., KOLAKOWSKY-HAYNER, S., RICHARDS, J., TULSKY, D., 2016. Family caregivers of individuals with spinal cord injury: exploring the stresses and benefits. *Spinal Cord* [online]. 54(9), 732-6 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1038/sc.2016.25.
97. CHARLIFUE, S., GERHART, K., 1991. Behavioral and demographic predictors of suicide after traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 72(7), 488-92 [cit. 2023-01-10]. DOI: 10.5555/URI:PII:000399939190193M.

98. JACOBS, T., 2003. Paying for informal care: a contradictio in terminis?. *European Societies* [online]. 5(4), 397-417 [cit. 2023-01-18]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1461669032000127660>
99. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 9788073675929.
100. JEŘÁBEK, H., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-117-6.
101. JEŘÁBKOVÁ, V., PRŮŠA, L., 2013. *Příspěvek na péči* [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i. [cit. 2023-01-18].
102. JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 8070669411.
103. JEYATHEVAN, G., CAMERON, J., CRAVEN, B., MUNCE, S., JAGLAL, S., 2019. Re-building relationships after a spinal cord injury: experiences of family caregivers and care recipients. *BMC Neurology* [online]. 19(117) [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1186/s12883-019-1347-x.
104. KAHOUN, V., 2013. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 9788073877330.
105. KAJANOVÁ, A., MRHÁLEK, T., 2016. *Proč nám informanti „lžou“? (Why do the informants „lie“ to us?): In: Zborník abstraktov 2016: MASARYK R., LÁŠTICOVÁ, B., „Pätnásť rokov kvality? Kritický pohľad na stav kvalitatívneho výskumu“ („Fifteen years of quality? Critical view of the status of qualitative research „).* Bratislava: Vydavateľstvá Univerzity Komenského v Bratislave.
106. KENARDY, J., HERON-DELANEY, M., WARREN, J., BROWN, E., 2015. The effect of mental health on long-term health-related quality of life following a road traffic crash: results from the UQ SuPPORT study. *Injury* [online]. 46(5), 883-90 [cit. 2023-01-10]. DOI: 10.1016/j.injury.2014.11.006.
107. KENNEDY, A., 1996. The pattern of injury in fatal pedal cycle accidents and the possible benefits of cycle helmets. *British journal of nsports medicine* [online]. 30(2), 130–133 [cit. 2022-01-26]. DOI: 10.1136/bjism.30.2.130.

108. KHATI, I. et al., 2013. Quality of life one year after a road accident: results from the adult ESPARR cohort. *J Trauma Acute Care Surg* [online]. 74(1), 301-11 [cit. 2023-01-10]. DOI: 10.1097/TA.0b013e318270d967.
109. KIM, J., PARK, S., KIM, M., 2022. Leisure activities, life satisfaction, and happiness among people with spinal cord injury during the COVID-19 pandemic. *Leisure Studies* [online]. [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1080/02614367.2022.2115109.
110. KOLDINSKÁ, K., 2022. *Právo sociálního zabezpečení*. 1. vydání. V Praze: C.H. Beck. Academia iuris (C.H. Beck). ISBN 978-80-7400-902-0.
111. KONG, L. et al., 1996. Pedestrian-motor vehicle trauma: an analysis of injury profiles by age. *Journal of the American College of Surgeons* [online]. 182(1), 17-23 [cit. 2022-01-26].
112. KOTLER, P., 2007. *Moderní marketing: 4. evropské vydání*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1545-2.
113. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., 2003. *Sebevražedné chování: [současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících]*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-732-9.
114. KOZEL, R., MYNÁŘOVÁ, L., SVOBODOVÁ, H., 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3527-6.
115. KRAUSE, J., TERZA, J., DISMUKE, C., 2010. Delayed entry into employment after spinal cord injury: factors related to time to first job. *Spinal Cord* [online]. 48(6), 487-491 [cit. 2023-01-20]. DOI: 10.1038/sc.2009.157.
116. KRAUSE, J., 2003. Years to employment after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 84(9), 1282-9 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1016/s0003-9993(03)00265-x.
117. KRAUSE, J., KEMP, B., COKER, J., 2000. Depression after spinal cord injury: relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indicators. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 81(8), 1099-109 [cit. 2023-01-09]. DOI: 10.1053/apmr.2000.7167.

118. KREUTER, M., SULLIVAN, M., SIÖSTEEN, A., 1994. Sexual adjustment after spinal cord injury (SCI) focusing on partner experiences. *Spinal Cord* [online]. 32(4), 225–235 [cit. 2023-01-20]. DOI: 10.1038/sc.1994.42.
119. KRONICK, J., KŘÍŽOVÁ, I., RABUŠIC, L., 1997. Alternative Methodologies for the Analysis of Qualitative Data. *Czech Sociological Review*. Institute of Sociology of the Czech Academy of Sciences, 33(1), 57-67.
120. KŘIVOHLAVÝ, J., 1985. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených: jak zlepšovat psychický stav nemocných*. 1. vyd. Praha: Avicenum. Příručka pro zdravotnické pracovníky.
121. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 8024701790.
122. KUDLÁČEK, M., 2007. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1655-7.
123. KULAKOVSKÁ, M., 2011. Pohybová terapie v Rehabilitačním ústavu Kladruby. *SANQUIS*. (90), 68.
124. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
125. LATIMER, A., GINIS, K., ARBOUR, K., 2006. The efficacy of an implementation intention intervention for promoting physical activity among individuals with spinal cord injury: A randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology* [online]. 51(4), 273–280 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1037/0090-5550.51.4.273.
126. LBJ GMBH, 2020. *Pflegegeld: Antrag, Höhe und Auszahlung* [online]. [cit. 2021-01-05].
127. LEDBETTER, A., CARR, K., LYNN, G., 2020. When a romantic partner has a spinal cord injury: caregiving tasks and resilience as moderators of support quality on psychosocial distress and relational closeness. *J. Soc. Pers. Relatsh* [online]. 37(8-9), 2551-2577 [cit. 2023-01-19].

128. LE, J., DORSTYN, D., 2016. Anxiety prevalence following spinal cord injury: a meta-analysis. *Spinal Cord* [online]. 54(8), 570-8 [cit. 2023-01-05]. DOI: 10.1038/sc.2016.15.
129. LUESCHER, K., PILLEMER, K., 1998. Intergenerational Ambivalence: A New Approach to the Study of Parent-Child Relations in Later Life. *Journal of Marriage and Family* [online]. 60(2), 413–425 [cit. 2023-01-18]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/353858>
130. LUNDQVIST, C., SIÖSTEEN, A., BLOMSTRAND, C., LIND, B., SULLIVAN, M., 1991. Spinal cord injuries. Clinical, functional, and emotional status. *Spine (Phila Pa 1976)* [online]. 16(1), 78-83 [cit. 2023-01-20].
131. LYON, D., 2010. Intersections and Boundaries of Work and Non-Work. *European Societies* [online]. 12(2), 163-185 [cit. 2023-01-18]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14616690903100456>
132. MARNETOFT, S., SELANDER, J., BERGROTH, A., EKHOLM, J., 2001. Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area. *J Rehabil Med* [online]. 33(2), 71-8 [cit. 2023-01-17]. DOI: 10.1080/165019701750098902.
133. MÁSILKOVÁ, M., 2017. Review article: Health and social consequences of road traffic accidents. *KONTAKT* [online]. 19(1), 43 [cit. 2017-08-11]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2017.01.007. ISSN 12124117.
134. MÁSILKOVÁ, M., BOSÁK, M., TAMÁŠ OTÁSKOVÁ, J., 2018. Invalidita jako důsledek úrazu po dopravní nehodě. *Reviz. posud. Lék.* 21(1), 16-21.
135. MÁSILKOVÁ, M., KOLČAVA, R., 2019. Alkohol a drogy při řízení motorového vozidla a stav vylučující způsobilost. *Drugs & forensics bulletin Národní protidrogové centrály.* (1), 19-23.
136. MÁSILKOVÁ, M., KOLČAVA, R., BOSÁK, M., OTÁSKOVÁ TAMÁŠ, J., 2020. Úmrtí při dopravní nehodě spojené s užitím THC. *Soudní lékařství.* 56(2), 22-26 [cit. 2023-02-14]. ISSN 1210-7875.
137. MÁSILKOVÁ, M., VOREL, F., 2023. Alkohol a návykové látky u zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod. *Soudní lékařství.* 68(2), 19–23. ISSN 1210-7875.

138. MÁŠILKOVÁ, M., 2018. Problematika zjišťování a dokazování alkoholu u řidičů motorových vozidel. *Státní zastupitelství*. XV(2), 42-45. ISSN 1214-3758.
139. MAYO CLINIC, 2021. *Spinal cord injury* [online]. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/spinal-cord-injury/symptoms-causes/syc-20377890>
140. MAYOU, R., EHLERS, A., BRYANT, B., 2002. Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy* [online]. 40(6), 665-675 [cit. 2016-06-12]. DOI: 10.1016/S0005-7967(01)00069-9. ISSN 00057967.
141. MAYOU, R., BRYANT, B., 2003. Consequences of road traffic accidents for different types of road user. *Injury* [online]. 34(3), 197-202 [cit. 2016-06-11]. DOI: 10.1016/S0020-1383(02)00285-1. ISSN 00201383.
142. MCCOY, G., JOHNSTONE, R., DUTHIE, R., 1989. Injury to the Elderly in Road Traffic Accidents. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care* [online]. 29(4), 494-497 [cit. 2020-05-17]. DOI: 10.1097/00005373-198904000-00013. ISSN 0022-5282. Dostupné z: <http://journals.lww.com/00005373-198904000-00013>
143. MEADE, M., FORCHHEIMER, M., CHARLIFUE, J., 2011. The influence of secondary conditions on job acquisition and retention in adults with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 3, (92), 425-32 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1016/j.apmr.2010.10.041.
144. MEADE, M., LEWIS, A., JACKSON, M., HESS, D., 2004. Race, employment, and spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 85(11), 1782-92 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1016/j.apmr.2004.05.001.
145. MIDDLETON, J., TRAN, Y., CRAIG, A., 2007. Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 88(12), 1643-8 [cit. 2023-01-08]. DOI: 10.1016/j.apmr.2007.09.001.
146. MIGLIORINI, C., TONGE, B., TALEPOROS, G., 2008. Spinal cord injury and mental health. *Aust N Z J Psychiatry* [online]. 42(4), 309-14 [cit. 2023-01-05]. DOI: 10.1080/00048670801886080.

147. MILLIGAN, C., 2009. *There's No Place Like Home: Place and Care in an Ageing Society*. London: Routledge. ISBN 9781315551128.
148. MILLIGAN, M., NEUFELDT, A., 1998. Postinjury marriage to men with spinal cord injuries: women's perspectives on making a commitment. *Sex Disability* [online]. 16(2), 117–132 [cit. 2023-01-20]. DOI: 10.1023/A:1023080009783.
149. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2006. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách* [online]. [cit. 2023-01-19]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zlom170x170web.pdf/b4c1e796-9edf-d283-c46f-9516858e5dc6>
150. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2020. *Informace o vyplacených dávkách* [online]. [cit. 2023-01-18]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1423862/Informace+o+vyplacen%C3%BDch+d%C3%A1vk%C3%A1ch+v+prosinci+2020.pdf/0c00834b-3fea-94e1-8d86-9a2f61f50856>
151. MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÍCH VĚCÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2020. *Peňažný príspevok na opatrovanie* [online]. [cit. 2020-12-27].
152. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2019. *Kvalita očima pacientů* [online]. [cit. 2023-02-18].
153. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
154. MISRA, S., TSENG, M., 1986. Influence of the Unemployment Rate on Vocational Rehabilitation Closures. *Rehabilitation Counseling Bulletin* [online]. 29(3), 158–165 [cit. 2023-01-17].
155. MIŠOVIČ, J., 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Vydání první. Praha: Slon. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.
156. MITCHELL, R., BAMBACH, M., TOSON, B., 2015. Injury risk for matched front and rear seat car passengers by injury severity and crash type: An exploratory

- study. *Accident Analysis and Prevention* [online]. 82, 171-179 [cit. 2020-04-12]. DOI: 10.1016/j.aap.2015.05.023. ISSN 00014575.
157. MORENO, M., ZAMUNÉR, A., PARIS, J., TEODORI, R., BARROS, R., 2012. Effects of wheelchair sports on respiratory muscle strength and thoracic mobility of individuals with spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil* [online]. 91(6), 470-7 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1097/PHM.0b013e3182adcb0.
158. MRAVČÍK, V., ZÁBRANSKÝ, T., VOREL, F., 2010. Výskyt etanolu a dalších drog u smrtelných dopravních nehod v České republice v roce 2008. *Časopis lékařů českých*. 149(7), 332-336.
159. MÜHLPACHR, P., 2008. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4550-7.
160. MÜLLER, R., PETER, C., CIEZA, A., GEYH, S., 2012. The role of social support and social skills in people with spinal cord injury—A systematic review of the literature. *Spinal Cord* [online]. 50(2), 94–106 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1038/sc.2011.116.
161. NADERIFAR, M., GOLI, H., GHALJAIE, F., 2017. Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. *Strides in development of medical education*. 14(3).
162. NÁRODNÁ RADA SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2020a. *Zákon č. 461/2003 Z. z. Zákon o sociálnom poistení* [online]. [cit. 2020-12-25]. Dostupné z: <https://zakony.judikaty.info/predpis/zakon-461/2003>
163. NÁRODNÁ RADA SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2020b. *Zákon č. 447/2008 Z.z., o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov* [online]. [cit. 2020-12-27].
164. NASH, M., VAN DE VEN, I., VAN ELK, N., JOHNSON, B., 2007. Effects of circuit resistance training on fitness attributes and upper-extremity pain in middle-aged men with paraplegia. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 88(1), 70-5 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1016/j.apmr.2006.10.003.
165. NASUTI, G., TEMPLE, V., 2010. The risks and benefits of snow sports for people with disabilities: a review of the literature. *Int J Rehabil Res* [online]. 33(3), 193-8 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1097/MRR.0b013e32833638a5.

166. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2019. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide* [online]. [cit. 2023-01-25]. ISBN: 0-9579343-6-X. Dostupné z: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>
167. NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER, 2008. Spinal cord injury Facts and figures at a glance. *J Spinal Cord Med* [online]. 31(3), 357-358 [cit. 2023-01-23]. PMID: 18795487.
168. NAVRÁTIL, P., NAVRÁTILOVÁ, J., 2008. Postmodernita jako prostor pro existenciálně citlivou sociální práci. *Časopis sociální práce | Sociálna práca* [online]. (4), 124-135 [cit. 2023-02-17].
169. NEUSAROVÁ, J., 2009. Dopravní nehodovost a její následky na životy zasažených lidí. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. (2). ISSN 1804-7858.
170. NEW, P., SEDDON, M., REDPATH, C., CURRIE, K., WARREN, N., 2016. Recommendations for spinal rehabilitation professionals regarding sexual education needs and preferences of people with spinal cord dysfunction: a mixed-methods study. *Spinal Cord* [online]. 54(12), 1203–1209 [cit. 2023-01-20]. DOI: 10.1038/sc.2016.62.
171. NGUYEN, H., VU, V., NGUYEN, D., VO, H., NGUYEN, Q., 2022. *Posterior surgical approach for the treatment of lower cervical spine injury with spinal cord paralysis: high postoperative mortality in resource-scare setting* [online]. 26, 2960-2969 [cit. 2023-01-25]. Dostupné z: <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/2960-2969.pdf>
172. NHAC-VU, H. et al., 2014. Prognosis of outcome in adult survivors of road accidents in France: one-year follow-Up in the ESPARR cohort. *Traffic Inj Prev* [online]. 15(2), 138-47 [cit. 2023-01-10]. DOI: 10.1080/15389588.2013.804180.
173. NORBECK, J., 1985. Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. *Nurs Res* [online]. 34(4), 225–230 [cit. 2023-01-19].

174. NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. ISBN 9788073678739.
175. NOVOSAD, L., 2011. Problematika zdravotního znevýhodnění či postižení v oblasti sexuálního života a zaměření preventivně-výchovných aktivit. In: *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím: zdravotně výchovná publikace*. Praha: Sdružení zdravotně postižených v České republice. ISBN 9788085099980.
176. OLIVEIRA, F., DUTRA, F., RESENDE, R., MANCINI, M., SAMPAIO, R., 2021. Spinal cord injury and work challenges: an analysis of paid work status and pathways of return to work in Brazil. *Spinal Cord* [online]. 59(10), 1111–1119 [cit. 2023-01-20]. DOI: 10.1038/s41393-021-00637-1.
177. OLSZEWSKI, P., SZAGAŁA, P., WOLAŃSKI, M., ZIELIŃSKA, A., 2015. Pedestrian fatality risk in accidents at unsignalized zebra crosswalks in Poland. *Accident Analysis & Prevention* [online]. 84, 83-91 [cit. 2016-06-18]. DOI: 10.1016/j.aap.2015.08.008. ISSN 00014575. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001457515300415>
178. OLŠOVSKÁ, A., ŠVEC, M., HORECKÝ, J., ed., 2019. *Sine amicitia vitam est nullam: pro memoria prof. Zdeňky Gregorovej*. Vydání první. Praha: Leges. Teoretik. ISBN isbn978-80-7502-394-0.
179. ORB, A., EISENHAUER, L., WYNADEN, D., 2001. Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*. 33(1), 93–96. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x>.
180. ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG, 2020. *Berufsunfähigkeitspension* [online]. [cit. 2021-01-06].
181. ÖSTERREICHIS DIGITALES AMT, 2021. *Höhe des Pflegegeldes* [online]. [cit. 2021-01-11].
182. PADGETT, D., 2017. *Qualitative Methods in Social Work Research. Third edition*. CA: SAGE Publications, 352 s. ISBN 9781452256702.
183. PHELPS, J., ALBO, M., DUNN, K., JOSEPH, A., 2001. Spinal cord injury and sexuality in married or partnered men: activities, function, needs, and

- predictors of sexual adjustment. *Arch Sex Behav* [online]. 30(6), 591-602 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1023/a:1011910900508.
184. POKORNÝ, V., 2002. *Traumatologie*. Praha: Triton. ISBN 807254277X.
185. POLICEJNÍ PREZIDIUM ČESKÉ REPUBLIKY, 2022. *Informace o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice v roce 2021*. Dostupné také z: <https://www.policie.cz/clanek/statistika-nehodovosti-900835.aspx>
186. POLICEJNÍ PREZIDIUM ČR, 2020. *Informace o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice v roce 2019*. Dostupné také z: <https://www.policie.cz/clanek/statistika-nehodovosti-900835.aspx>
187. PORADA, V., 2000. *Silniční dopravní nehoda v teorii a praxi*. Praha: Linde. Vysokoškolská právní učebnice. ISBN 8072012126.
188. PORADA, V., 2001. *Kriminalistika*. [1. vyd.]. Brno: Cerm Akademické nakladatelství. ISBN 80-7204-194-0.
189. POST, M. et al., 2020. Employment among people with spinal cord injury in 22 countries across the world: results from the international spinal cord injury community survey. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 101(12), 2157-2166 [cit. 2023-01-20]. DOI: 10.1016/j.apmr.2020.05.027.
190. PRANG, K., BERECKI-GISOLF, J., NEWNAM, S., 2015. Recovery from musculoskeletal injury: the role of social support following a transport accident. *Health* [online]. 13(1), 1-17 [cit. 2016-06-12]. DOI: 10.1186/s12955-015-0291-8. ISSN 14777525.
191. *Průměrné kurzy od České národní banky* [online], 2019. [cit. 2020-11-27]. Dostupné z: <https://www.kurzy.cz/kurzy-men/historie/>
192. PRŮŠA, L., 2013. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči* [online]. Praha: VÚPSV, v.v. i. [cit. 2023-01-18].
193. PRŮŠA, L., 2015. Důsledky stárnutí populace na potřebu služeb sociální péče do roku 2030. *Demografie* [online]. 3, 231–244 [cit. 2023-01-18]. ISSN 0011-8265.

194. PRŮŠA, L., 2018. Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030. *Demografie* [online]. 60(1), 49-60 [cit. 2023-01-18]. ISSN 1805-2991.
195. PURANIK, S., LONG, J., COFFMAN, C., 1998. Profile of pediatric bicycle injuries. *Southern medical journal* [online]. 91(11), 1033–1037 [cit. 2022-01-26]. DOI: 10.1097/00007611-199811000-00008.
196. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024722238.
197. *Rehabilitační ústav Kladruby: Poskytovaná péče* [online], 2022. [cit. 2022-12-25]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.cz/poskytovana-pece/lecebne-pobyty/pobyty-hrazene-zdravotnimi-pojistovnamilecebne-rehabilitacni-pobyty/>
198. REINHARDT, J., POST, M., FEKETE, C., TREZZINI, B., BRINKHOF, M., 2016. *Labor Market Integration of People with Disabilities: Results from the Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study* [online]. 11(11) [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1371/journal.pone.0166955.
199. REITZ, A., TOBE, V., KNAPP, P., SCHURCH, B., 2004. Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *International Journal of Impotence Research* [online]. 16(2), 167–174 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1038/sj.ijir.3901193.
200. REPUBLIK ÖSTERREICH, 1993. *Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird. Nr. 110/1993* [online]. [cit. 2021-01-11].
201. RICE, T., ZHU, M., 2013. Driver obesity and the risk of fatal injury during traffic collisions. *Emergency Medicine Journal* [online]. 31(1), 9-12 [cit. 2020-05-18]. DOI: 10.1136/emered-2012-201859. ISSN 1472-0205. Dostupné z: <http://emj.bmj.com/lookup/doi/10.1136/emered-2012-201859>.
202. RISSANEN, R., BERGAB, H., HASSELBERGA, M., 2017. Quality of life following road traffic injury: A systematic literature review. *Accident Analysis & Prevention* [online]. 108, 308-320 [cit. 2023-01-06].
203. ROGERS, H., BAGINSKA, E., 2001. *Damages for Non-Pecuniary Loss in a Comparative Perspective*. Wien: Springer. ISBN 3211836020.

204. ROGERSON, R., 1995. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Social science & medicine* [online]. 41(10), 1373-82 [cit. 2023-01-14]. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00122-n.
205. ŘIHÁČEK, T., ČERMÁK, I., HYTYCH, R., 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
206. SAUNDERS, L., KRAUSE, J., ACUNA, J., 2012. Association of race, socioeconomic status, and health care access with pressure ulcers after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 93(6), 972-7 [cit. 2023-01-25]. DOI: 10.1016/j.apmr.2012.02.004.
207. SELANDER, J., MARNETOFT, S., 2007. Predictors for successful vocational rehabilitation for clients with back pain problems. *Disabil Rehabil* [online]. 29(3), 215-20 [cit. 2023-01-17]. DOI: 10.1080/09638280600756208.
208. SHAVELLE, R. et al., 2006. Long-Term Survival of Persons Ventilator Dependent After Spinal Cord Injury. *J Spinal Cord Med* [online]. 29(5), 511–519 [cit. 2023-01-08]. DOI: 10.1080/10790268.2006.11753901.
209. SINGH, S., 2021. An Observational Assessment of the Clinic-Demographic Profile of the Patients with Traumatic Spinal Injuries. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research* [online]. 13(4), 442-446 [cit. 2022-12-26]. ISSN 0975-1556.
210. SIÖSTEEN, A., LUNDQVIST, C., BLOMSTRAND, C., SULLIVAN, L., SULLIVAN, M., 1990. The quality of life of three functional spinal cord injury subgroups in a Swedish community. *Paraplegia* [online]. 28(8), 476-88 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1038/sc.1990.64.
211. SIPSKI, M., RICHARDS, J., 2006. Spinal cord injury rehabilitation: state of the science. *Am J Phys Med Rehabil* [online]. 85(4), 310-42 [cit. 2023-01-08]. DOI: 10.1097/01.phm.0000202105.87011.bf.
212. SOBCZAK, A., GRUDZIĄŻ-SĘKOWSKA, J., 2011. Zwiększanie efektywności opieki zdrowotnej przez płacenie za wyniki - specyfika, przykłady i warunki skutecznego zastosowania. *Efektywność ochrony zdrowia* [online]. 33(3), 153-168 [cit. 2023-01-17].

213. SOCIÁLNA POISŤOVNA, 2020a. *Invalidný dôchodok* [online]. [cit. 2020-12-25]. Dostupné z: <https://www.socpoist.sk/invalidny-dochodok/1288s>
214. SOCIÁLNA POISŤOVNA, 2020b. *Priemerná výška vyplácaných dôchodkov (v mesiacoch)* [online]. [cit. 2020-12-27]. Dostupné z: <https://www.socpoist.sk/646/1614s>
215. *Sociologická encyklopedie* [online], 2017. Institut biostatistiky a analýz LF MU [cit. 2022-11-23]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Operacionalizace>
216. SOKOL, M., VOREL, F., DOBIÁŠ, M., VOJTÍŠEK, T., 2016. *Odškodnění bolesti a trvalých následků u pracovních a nepracovních úrazů*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o. Pro praxi. ISBN 978-80-7380-610-1.
217. STATISTA GMBH, 2020. *Durchschnittlicher Bruttomonatsverdienst von vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmern* in Deutschland von 1991 bis 2019* [online]. [cit. 2021-01-05].
218. STATISTIKPORTAL DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG, 2020. *Statistikportal der Rentenversicherung: Rente 2017 - 2019* [online]. [cit. 2021-01-05].
219. STEPTOE, A., LUNDWALL, K., CROPLEY, M., 2000. Gender, family structure and cardiovascular activity during the working day and evening. *Social Science & Medicine* [online]. 50(4), 531-539 [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00324-X.
220. STIGSON, H., BOSTRÖM, M., KULLGREN, A., 2020. Health status and quality of life among road users with permanent medical impairment several years after the crash. *Traffic Injury Prevention*. 21(1), 43-48.
221. STOVER, M. et al., 2012. Rehabilitation time before disability pension. *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH* [online]. 12 [cit. 2017-09-07]. ISSN 14726963.
222. STRAUSS, A., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.

223. STURM, C. et al., 2020. Promoting factors and barriers to participation in working life for people with spinal cord injury. *J Occup Med Toxicol* [online]. 15(37) [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1186/s12995-020-00288-7.
224. ŠRÁMKOVÁ, T., 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 216 s. ISBN 978-80-247-4453-7.
225. ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2020. *Priemerná mesačná mzda zamestnanca národného hospodárstva* [online]. [cit. 2021-01-03].
226. TASIEMSKI, T., BREWER, B., 2011. Athletic identity, sport participation, and psychological adjustment in people with spinal cord injury. *Adapt Phys Activ Q* [online]. 28(3), 233-50 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1123/apaq.28.3.233.
227. TAVAKOLI, H., 2013. *A Dictionary of Research Methodology and Statistics in Applied Linguistics*. Tehran: Rahnama Press, 766 s. ISBN 9643675084.
228. TAWASHY, A., ENG, J., LIN, K., TANG, P., HUNG, C., 2009. Physical activity is related to lower levels of pain, fatigue, and depression in individuals with spinal cord injury: A correlational study. *Spinal Cord* [online]. 47(4), 301–306 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1038/sc.2008.120.
229. TEDESCHI, R., CALHOUN, L., 2004. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry* [online]. 15(1), 1-18 [cit. 2023-01-08]. DOI: doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01.
230. TICHÝ, L., 2020. Ke čtyřem základním otázkám nemajetkové újmy. *Právnick. Ústav státu a práva AV ČR*, v. v. i., 159(8), 618-640. ISSN 0231-6625.
231. TOMASSEN, P., POST, M., VAN ASBECK, F., 2000. Return to work after spinal cord injury. *Spinal Cord* [online]. 38(1), 51-5 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.1038/sj.sc.3100948.
232. TOMEŠ, I., 2015. *Sociální právo České republiky*. 2., přepracované vydání. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-941-0.
233. TOUGH, H., SIEGRIST, J., FEKETE, C., 2017. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: A systematic review. *BMC Public Health* [online]. 17(1) [cit. 2023-01-19]. DOI: 10.1186/s12889-017-4308

234. UNGERSON, C., 1995. Gender, Cash and Informal Care: European Perspectives and Dilemmas. *Journal of Social Policy* [online]. 24(1), 31–52 [cit. 2023-01-18]. DOI: 10.1017/S004727940002451X.
235. UNGERSON, C., 1997. Give Them the Money: Is Cash a Route to Empowerment?. *Social Policy & Administration* [online]. 31(1), 45–53 [cit. 2023-01-18]. DOI: 10.1111/1467-9515.00036.
236. ÚŘAD PRÁCE ČR, 2020. *Příspěvek na péči* [online]. [cit. 2020-11-27]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/web/cz/prispevek-na-peci>
237. ÚŘAD PRÁCE ČR, 2023. *Příspěvek na mobilitu* [online]. [cit. 2023-01-19]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-mobilitu>
238. VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 8071788023.
239. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S., 2000. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 8071849294.
240. VENGLÁŘOVÁ, M., EISNER, P., 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0373-5.
241. VOLLSTEDT, M., 2015. To see the wood for the trees: The development of theory from empirical data using grounded theory. In: *BIKNER-AHSBAHS, A., KNIPPING C. et al. Doing qualitative research: Methodologies and methods in mathematics education. Advances in mathematics education series* [online]. Heidelberg: Springer, s. 176-211 [cit. 2022-11-24]. DOI: https://doi.org/10.1007/978-94-017-9181-6_2.
242. VOREL, F., 1999. *Soudní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 8071697281.
243. VOREL, F., 2004. Podíl řidičů osobních automobilů s etanolem v krvi v běžném provozu. *Soudní lékařství*. 49(3), 38-42.
244. VYSKOČILOVÁ, A., TECL, J., VALACH, O., AMBROS, J., 2017. *Aktualizovaná metodika výpočtu ztrát z dopravní nehodovosti*. Centrum dopravního výzkumu, v.v.i. ISBN 978-80-88074-50-2.
245. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Vyd. 1. Praha: Grada. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.

246. WANJARI, M. et al., 2021. Rehabilitation of a Patient with Wedge Compression with Paraplegia: A Case Report. *Journal of Pharmaceutical Research International* [online]. 33(59), 853-857 [cit. 2022-12-26]. DOI: 10.9734/jpri/2021/v33i59A34339.
247. WEBER, L. et al., 2021. Exploring the contextual transition from spinal cord injury rehabilitation to the home environment: a qualitative study. *Spinal Cord volume* [online]. 59, 336–346 [cit. 2023-01-19].
248. WEIDMAN, C., FREEHAFER, A., 1981. Vocational outcome in patients with spinal cord injury. *J Rehabil* [online]. 47. 2, 63-5 [cit. 2023-01-23]. PMID: 7241419.
249. WENDSCHE, P., 2009. *Poranění míchy ucelená ošetrovatelstvo - rehabilitační péče*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-504-4.
250. WENDSCHE, P., KŘÍŽ, J., 2005. *Doporučené postupy péče v akutní fázi po poškození míchy* [online]. In: . Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR [cit. 2023-01-06]. Dostupné z: <https://www.spinalcord.cz/publikace/>
251. WIJA, P., 2013. Jaká je kapacita a struktura dlouhodobé péče v České republice?. *Geriatric a Gerontologie* [online]. 2(3), 122-127 [cit. 2023-01-18].
252. WILLIAMS, R., MURRAY, A., 2015. Prevalence of depression after spinal cord injury: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 96(1), 133-40 [cit. 2023-01-05]. DOI: 10.1016/j.apmr.2014.08.016.
253. WOOLRICH, R., KENNEDY, P., TASIEMSKI, T., 2006. A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychol Health Med* [online]. 11(1), 80-90 [cit. 2023-01-09]. DOI: 10.1080/13548500500294211.
254. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1948. *Definition of health* [online]. [cit. 2021-01-19].
255. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019. *WHOQOL: Measuring Quality of Life* [online]. [cit. 2023-01-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>

256. YASUDA, S., WEHMAN, P., TARGETT, P., CIFU, D., WEST, M., 2002. Return to work after spinal cord injury: A review of recent research. *NeuroRehabilitation* [online]. 17(3), 177-186 [cit. 2023-01-23]. DOI: 10.3233/NRE-2002-17302.
257. ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Základy posuzování invalidity*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024735351.
258. Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 41. ISSN 1211-1244.
259. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2010, částka 16, s. 530-576, 1986-2011. ISSN 1211-1244.
260. Zákon č. 141/1961 Sb., Zákon o trestním řízení soudním (trestní řád). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1961, částka 66.
261. Zákon č. 372/2011 Sb. zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4370-4801.
262. Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ročník 2000, částka 98, s. 4570-4616.
263. Zákon č. 254/2019 Sb., o znalcích, znaleckých kancelářích a znaleckých ústavech. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2019, částka 110, s. 2458-2477.
264. Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ročník 2006, částka 64, s. 2330-92. ISSN 1211-1244.
265. Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 136, s. 5018-5025.
266. Zákon č. 329/2011 Sb., Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-94.

SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
DN	dopravní nehoda
EU	Evropská unie
ID	invalidní důchod
PČR	Policie České republiky
PP	příspěvek na péči
RR	Rakouská republika
SRN	Spolková republika Německo

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Harmonogram disertační práce.....	47
Tabulka 2 Věk respondentů	50
Tabulka 3 Pohlaví respondentů.....	50
Tabulka 4 Vzdělání respondentů	51
Tabulka 5 Doba od vzniku dopravní nehody	51
Tabulka 6 Rozdělení souboru na paraplegiky a kvadruplegiky.....	52
Tabulka 7 Respondenti dle kategorie účastníka dopravní nehody	52
Tabulka 8 Viník DN pod vlivem alkoholu nebo drog	52
Tabulka 9 Výskyt dekubitů.....	54
Tabulka 10 Počty zaměstnaných a nezaměstnaných respondentů a jejich spokojenost s kvalitou života	59
Tabulka 11 Míra spokojenosti respondentů se stálým partnerem nebo bez něj	67
Tabulka 12 Vyjádření spokojenosti v rehabilitačních ústavech	79
Tabulka 13 Vyjádření spokojenosti v nemocnicích.....	80
Tabulka 14 Průměrná výše invalidních důchodů v ČR v letech 2017–2019.....	81
Tabulka 15 Měsíční výše příspěvku na péči	82
Tabulka 16 Průměrná výše invalidních důchodů ve SR v letech 2017–2019	83
Tabulka 17 Měsíční výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let v SR v letech 2017–2019	83
Tabulka 18 Průměrná výše invalidních důchodů v SRN v letech 2017–2019	84

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Rozčlenění nákladů pro výpočet ztrát z dopravní nehodovosti v ČR.....	26
Obrázek 2 Vývoj ekonomických ztrát z DN v ČR 1993–2019	26
Obrázek 3 Výdaje na příspěvek na péči v ČR v letech 2019–2020.....	32
Obrázek 4 Druh vykonávané práce před DN.....	55
Obrázek 5 Zaměstnání před DN a po DN dle pohlaví.....	56
Obrázek 6 Zaměstnání po DN podle druhu práce.....	56
Obrázek 7 Zaměstnání respondenti po DN dle věkové kategorie	57
Obrázek 8 Zaměstnání po DN u paraplegiků a kvadruplegiků.....	57
Obrázek 9 Vliv rehabilitace na nástup do zaměstnání	61
Obrázek 10 Přítomnost přátel před DN a po DN.....	62
Obrázek 11 Přítomnost partnerství/manželství před a po DN	64
Obrázek 12 Přítomnost volnočasových aktivit před DN a po DN.....	67
Obrázek 13 Provozování sportu před DN a po DN	68
Obrázek 14 Poměr výroků vyjadřující (ne)spokojenost	80
Obrázek 15 Poměr invalidních důchodů k průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v ČR.....	86
Obrázek 16 Procentuální vyjádření poměru příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v ČR.....	87
Obrázek 17 Procentuální vyjádření poměru invalidních důchodů vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 ve SR	88
Obrázek 18 Procentuální vyjádření poměru finančního příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v SR.....	89
Obrázek 19 Procentuální vyjádření poměru invalidních důchodů vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v SRN	89
Obrázek 20 Procentuální vyjádření poměru příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v SRN	90
Obrázek 21 Procentuální vyjádření poměru invalidních důchodů vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v RR	91
Obrázek 22 Procentuální vyjádření poměru příspěvku na péči vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v letech 2017–2019 v RR.....	91
Obrázek 23 Porovnání nejvyššího stupně ID vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v dané zemi v letech 2017–2019	92

Obrázek 24 Porovnání nejvyššího stupně PP vůči průměrné hrubé měsíční mzdě v dané zemi v letech 2017–2019	92
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Vzor otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2 Souhlas Etické komise ZSF JU

Příloha 3 Seznam kódů a kategorií

Příloha 1

Vzor otázek pro polostrukturovaný rozhovor

1) Vyprávějte mi o tom, jaký byl Váš život před DN, mám na mysli bydlení, zaměstnání, koníčky apod.

2) A jak žijete nyní po DN, co se změnilo.

Vyprávějte mi o Vaší DN, jak se to stalo, typ nárazu apod.

Co se dělo bezprostředně po DN, jak jste to vnímal/a Vy a Vaše okolí?

Jaká byla Vaše reakce a reakce Vašeho okolí na Vaše postižení, které vzniklo následkem DN?

Kolika zdravotními a rehabilitačními zařízeními jste prošel při procesu uzdravování?

Jak vnímáte svůj zdravotní stav?

Běžný den.


Vaše zaměstnání.

Jste odkázán s nějakou pomocí na stát (ČR), například finančně?

Sociální služby.

Příloha 2

Souhlas Etické komise ZSF JU

	Zdravotně sociální fakulta Faculty of Health and Social Sciences	Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích University of South Bohemia in České Budějovice	Etická komise Ethics Committee
---	---	--	--

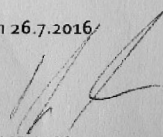
VYJÁDŘENÍ ETICKÉ KOMISE ZSF JU

Jméno navrhovatele: Mgr. Bc. Monika Másilková

Název projektu: Sociálně zdravotní důsledky dopravních nehod

Dne 26.7.2016 etická komise ZSF JU posoudila návrh projektu a vysvětlení navrhovatelky ze dne 11.7. 2016, jak budou respondenti získáváni pro spolupráci, jak budou informováni a jak bude zajištěna důvěrnost jejich sdělení. Po zvážení všech dostupných informací souhlasí s realizací navržené studie.

V Českých Budějovicích 26.7.2016


doc. MUDr. Jiří ŠIMEK, CSc.
předseda Etické komise ZSF JU

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA
ETICKÁ KOMISE
(2)**

Jihočeská fakulta v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta
Etická komise

Vyřizuje:
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Tel. +420 389 037 650
WWW.ZSF.JCU.CZ

Příloha 3

Seznam kódů a kategorií

Kategorie	Seznam kódů
Okolnosti DN	chodec; řidič OA; řidič MOTO; spolujezdec OA; spolujezdec MOTO; cyklista; jezdec na zvířeti; řidič traktoru; pozitivní alkohol; pozitivní drogy; pozitivní alkohol i drogy
Zdravotní obtíže spojené s paraplegií a kvadruplegií	občas dekubity; dekubity velmi často; dekubity a problémy s vyprazdňováním; sexuální problémy
Reakce respondenta na DN	strach; úzkost; výčitky; nejistota z budoucnosti; sebevražedné myšlenky; pokud o sebevraždu; musím to zvládnout; rychlé smíření
Reakce rodičů na DN	nestýkáme se; pomohli mi; byli mi oporou; matka se zhroutila; návrat k rodičům; jen zavolají co nového; skončili na psychiatrii; vše vyřizovali; šťastný, protože žiju
Reakce partnera/ky (dětí) na DN	rozchod; děti se mě bály; děti nechtěly chovat; naprostá podpora; odcizení; nevěra; výčitky od partnera, posílení vztahu; neměl partnera
Reakce přátel na DN	po DN volali všichni; zbyl jeden nejlepší; zbyli dva; neměl jsem přátele; našel jsem si nové; teď mám novépostižené; nezajímala mě (reakce)
Příspěvky od státu	pobírám ID; k tomu pracuji; ID je nízký; ano, jsem spokojený; nevím co je PP; nechci PP; pobírám PP; PP je nízký; nepobírám PP; výše PP je k smíchu, s výší PP jsem spokojený
Zaměstnání před DN	OSVČ; několik zaměstnání; manuální práce; instruktor lyžování; řidič NA; kancelářská práce; bez zaměstnání; závislost na rodičích; žena v domácnosti;

	policista; školství; zdravotnictví; zemědělství, těžký průmysl; novinář; osoba pečující; voják
Zaměstnání po DN	obchodní zástupce; invalidní důchodce/kyně; bez zaměstnání; školství; OSVČ; několik zaměstnání; nechci pracovat; nemůžu pracovat; telefonistka; profesionální sportovec, zdravotnictví; politik, hudebník
Zájmy (koníčky) před DN	rodina; kamarádi; žádné; sport aktivní; sport pasivní; zaměstnání
Zájmy (koníčky) po DN	sport aktivní; sport pasivní; rodina; nemůžu mít; žádné
Spokojenost s péčí	informace o zdravotním stavu; komunikace s personálem; způsob sdělování informací; (ne)ochota personálu; málo rehabilitace; zařízení mluví o jiném zařízení