

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

David Buriánek

**Vnímání subjektivního zdraví u osob s tělesným a kombinovaným
postižením.**

Bakalářská práce

Olomouc 2018

Prohlášení

Tímto prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Subjektivní vnímání zdraví jedinců s tělesným a kombinovaným postižením“ vypracoval za dohledu mého vedoucího bakalářské práce samostatně. Přičemž jsem všechny mnou použité zdroje a prameny řádně citoval a uvedl na koci dokumentu.

V Olomouci dne:

.....

David Buriánek

Poděkování

Rád bych poděkoval doc. Mgr. Jiřímu Kantorovi Ph.D. za jeho odborný a věcný přístup, užitečné připomínky a cenné podněty po dobu psaní bakalářské práce. Mé poděkování patří i všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu a důvěrou poskytli svoje osobní data a vlastní postoje k výzkumným otázkám.

OBSAH

Úvod.....	1
-----------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1. Tělesné postižení.....	3
1.1. Vrozená tělesná postižení.....	5
1.2. Získaná tělesná postižení.....	9
1.3. Tělesné postižení v kombinaci s jiným typem postižení.....	11
1.4. Specifické potřeby a postoje k osobám s tělesným postižením	15
2. Subjektivní zdraví	18
2.1. Subjektivní a objektivní zdraví	18
2.2. Faktory subjektivního zdraví.....	20
2.3. Vliv a vzájemné působení psychiky na zdraví	22

EMPIRICKÁ ČÁST

3. Výzkum.....	23
3.1. Dotazník WHODAS 2.0.....	23
3.2. Sledované skupiny a sběr dat	24
3.3. Hypotéza a metody vyhodnocení výzkumu	25
3.4. Výsledky výzkumu.....	27
3.5. Diskuze.....	34
Závěr	37
Zdroje.....	39
Internetové zdroje	43
Seznam tabulek, schémat a grafů.....	44

ÚVOD

Od samotného prvopočátku jsem měl jasno o tom, že bych se v rámci bakalářské práce rád věnoval jedincům s tělesným postižením. A to z prostého důvodu, jelikož sám mám vrozené postižení DMO (dětská mozková obrna) z důvodu předčasného narození, kde jsem si v průběhu dospívání prošel fázemi paréz, od triparézy přes diparézu až po nynější doznívající monoparézu.

Otázkou je však, proč zrovna téma subjektivního vnímání zdraví? Odpověď je jednoduchá. Jelikož jsem sám od malička vyrůstal v prostředí jedinců s tělesným postižením a měl jsem svou představu, kam by mohl výzkum WHO (celosvětové zdravotnické organizace), který slouží jako podklad mé bakalářské práce, směřovat.

Z vlastních poznatků bych si dovolil tvrdit, ještě před samotným zahájením bakalářské práce, že jedinci s vrozeným tělesným postižením jsou ve valné většině ohledně svého zdraví spokojenější, než tomu je u jedinců s tělesným postižením získaným. Co mě však více zajímalo, byla otázka, zda jsou se svým zdravotním stavem více spokojeny osoby s tělesným postižením ať už s vrozeným, či získaným, nebo je tomu naopak a v pomyslném měřítku onoho subjektivního vnímání vlastního zdraví, jsou na tom lépe jedinci intaktní – zdraví? Nešlo však pouze o tuto otázku, zajímalo mě porovnání těchto skupin v oblasti sociodemografických údajů.

Proto jsem se chtěl podílet na nových poznatcích v této neúplně prozkoumané oblasti, a to nejen vlastními subjektivními postřehy jakožto zainteresovaného jedince jedné ze mnou zkoumaných skupin, ale především podloženými fakty, za které budeme považovat vyplněné a správně vyhodnocené dotazníky.

V teoretické části práce proběhne seznámení s různými typy tělesného postižení a jejich kombinace s jinými druhy postižení. Nezaměříme se pouze na biomedicínskou stránku jedinců s různým typem tělesného postižení, ale nastíníme i další aspekty daného tématu.

Druhá část teorie je věnována samotnému výrazu: „Co je to subjektivní zdraví?“ Zde se zaměříme na porovnání objektivního a subjektivního vnímání zdraví, na faktory subjektivního zdraví a na vliv vzájemného působení psychiky na zdraví.

Praktickou částí práce bude vyhodnocení vzniklé statistiky z oficiálního dotazníku, „Faktory subjektivního vnímání zdraví“, vytvořeného WHO (Světovou zdravotnickou organizací). Tento dotazník byl aplikován na padesát jedinců s tělesným postižením a na padesát intaktních jedinců v České republice. Celý dotazník byl vyhodnocen pomocí statistických metod.

Doufám tak, že má bakalářská práce bude prospěšná nejen v rámci České republiky, ale že i mnou vytvořené výsledky mohou být začleněny do mnohem větší studie a využity pro mezinárodní porovnání.

TEORETICKÁ ČÁST

1. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

V celé první kapitole se budeme věnovat vymezení tělesného postižení s uvedením a popsáním jednotlivých příkladů tělesných postižení. V základu se budeme držet klasického rozdělení dle doby vzniku, na tělesné postižení vrozené, získané a kombinací jiných typů postižení sním, zároveň specifikům jednotlivých typů daného postižení.

Z pohledu (WHO) Světové zdravotnické organizace, která definuje postižení jakožto částečné, nebo úplné omezení schopností, které brání jedinci k výkonu činnosti, či více činností, způsobené poruchou nebo dysfunkcí orgánu (Opatřilová, 2007).

Abychom mohli hovořit o tělesném postižení, musíme vědět, že se jedná o orgánovou, či funkční poruchu dlouhodobého, nebo trvalého stavu, který nelze úplně odstranit, nebo alespoň výrazně zmírnit, a to přes všechnu léčebnou péči (Michalík et al., 2011).

Podobných definic můžeme nalézt více u dalších odborníků z oblasti somatopedie, přičemž při jeho popisu se shodují v tom, že se jedná o omezení, které je způsobeno vadou či poškozením pohybového a nosného aparátu (od postihnutí kloubů šlach, přes svaly, až po krevní a nervový systém). Člověk s tělesným postižením je tak obecně vnímán, jako osoba s vadou, či dysfunkcí patrnou již na první pohled (srov. Kraus, Šandera, 1975).

Proto dále hovoříme o tom, že z důvodu omezení pohybové aktivity jsou většinou závislí na pomoci, ať už od blízkých, nebo celé společnosti (Regec, Stejskalová et al, 2012).

Nižší motorický výkon jedince s tělesným postižením, může a ve valné většině případů, také působí na celkový osobnostní vývoj (Vítková, 2006).

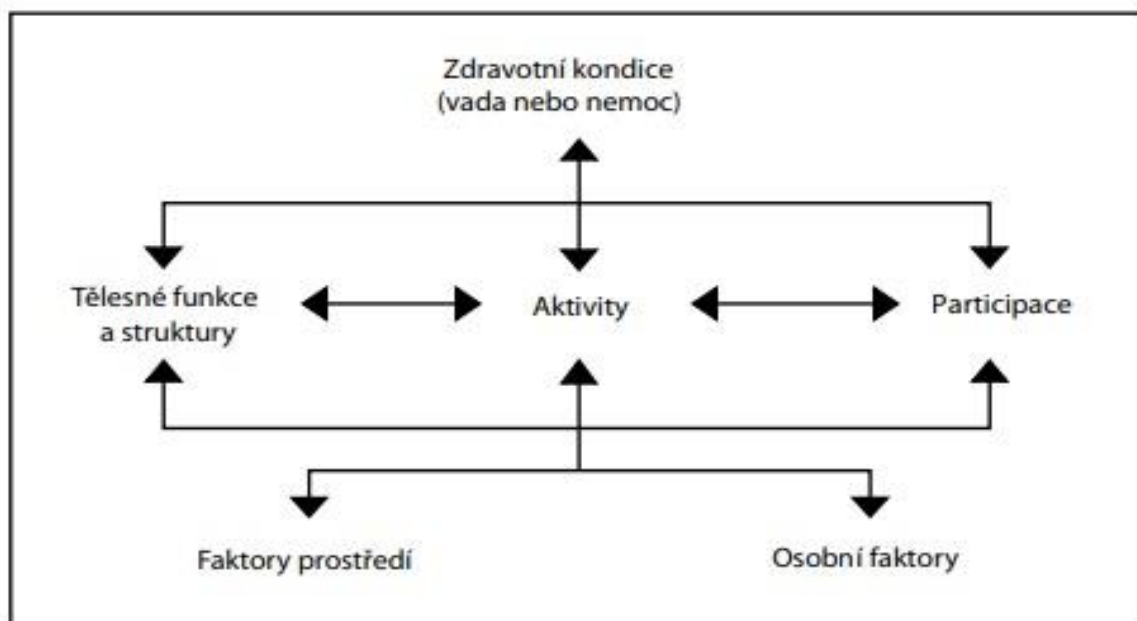
Regec, Stejskalová et al (2012) dále upozorňují na tzv. dvojí překonávání bariér, se kterými se tito jedinci potýkají.

- Za prvé se jedná o bariéry fyzického rázu tj. (schody, úzké dveře, chybějící výtah – nemožnost účasti na dětských hrách a sportech, nemožnost pracovních činností).

- Za druhé jde o bariéru psychickou, a to především komunikační, jak z pohledu jedince s tělesným postižením, který se vyrovnává se svou životní situací s ohledem na intaktní společnost, tak z pohledu intaktní populace, ve které je hlavní překážkou nevědomost/neznalost komunikace s osobou s tělesným postižením (Regec, Stejskalová et al, 2012). Pod těmito vlivy společenských situací mohou vznikat až komplexy méněcennosti. Naopak to může vést k nadměrným požadavkům na lidi z úzkého okolí. Někdy jich dokonce jedinec zneužívá (Monatová, 1996).

Proto se v nynější době snažíme nahlížet na jedince s tělesným postižením z více úhlů. MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví) poskytuje „stavební kameny“ pro uživatele, kteří chtějí vytvářet modely a studie z různých pohledů na proces výkonu a disability. Pro lepší pochopení vzájemných interakcí různých komponentů je v tom směru velmi užitečné Schéma 1. (Pfeiffer, Švestková, 2008)

Schéma 1. Vzájemné interakce procesu a disability



(Zdroj: MKF, 2008)

Schéma 1 ukazuje role na sebe navzájem působících faktorů, tedy faktů prostředí a osobních faktorů, které se v procesu uplatňují. Tyto faktory společně působí na člověka se zdravotními problémy a determinují stupeň a rozsah jeho výkonu. **Faktory prostředí** jsou vnější vzhledem k dané osobě (tj. postoj společnosti, charakter architektury, právní systém). Oproti tomu **osobní faktory** nejsou klasifikovány v běžné verzi MKF. Mohou obsahovat pohlaví, rasu, věk, jiné zdravotní problémy, zdatnost, způsob života, zvyklosti, výchovu a jiné takové faktory, sociální zázemí, povolání, minulé a současné zkušenosti (životní zážitky z minulosti i současnosti), celkové vzory chování a charakter, psychické bohatství a jiné charakteristiky, které dohromady nebo jednotlivě mohou hrát roli ve zdravotním postižení na kterémkoliv stupni. Jejich posouzení je ponecháno na uživateli.

Podle Novosada (2011, s. 94), pakliže bereme zdravotní postižení jako jev můžeme u něj vysledovat čtyři základní modely. Prvním takovým je **medicínský/ zdravotnický model**, který je zaměřen na tělesnou patologii, zkoumá odlišnosti a snaží se od sebe rozlišit co je

normální a kdy už se jedná o abnormalitu. Tento model nahlíží na člověka velice negativně neboť klade důraz na to, v čem je omezen, čeho není schopen a co nemůže vůbec dělat. Druhým zmíněným je pak tzv. **model osobní tragédie**, jedná se o přístup výrazně emotivní a ochranný. Zdravotní postižení je tak vnímáno z hlediska sociálně patologické životní situace a lidského neštěstí. Dostáváme tak k nesprávným předsudkům, že jedinci s tělesným, nebo jakýmkoliv jiným postižením je neschopný a závislý na podpoře a pomoci ostatních, jeho schopnosti a možnosti jsou popírány, pro společnost je neúčinný atp. Jako třetí je znám **model sociální**, jenž se zaměřuje na společenské aspekty postižení. Především se snaží podporovat maximální možnou měrou jedince s postižením v samostatnosti, prosazování rovných práv, příležitostí a zacházení, a to včetně odstraňování nejrůznějších bariér ve sférách (architektonické, informační, edukační apod.). Tento model usiluje o změnu pohledu většinové populace a snaží se tak odsunout pozornost od orgánového či funkčního postižení k postižení jako sociálnímu znevýhodnění, které zapříčiňuje postoj a klima majoritní společnosti. Proto se jedná aktuálně o nejpreferovanější model, který se snaží docílit rovnoprávnosti, stejných životních šancí a příležitostí. Nedostatkem se kterým se ovšem setkáváme je zaměření se pouze na společenské aspekty postižení, nikoliv na individuální potřeby jednotlivce (Krhutová, 2008 in Novosad, 2011). Poslední tzv. **kulturní model** se orientuje na morální hodnoty, společenské klima, postoje a zvyky, ale hlavně na nezaujaté a nediskriminující vztahy k lidem s postižením. Sdílené hodnoty, symboly, gesta a postoje budují důvěru, která napomáhá k dobré komunikaci (Hofsted, 2006).

Pfeiffer a Švestková (2008) uvádí, že MKF je založena na propojení modelu medicínského a modelu sociálního. Je využíván „biopsychosociální“ přístup, aby bylo dosaženo propojení různých aspektů funkční schopnosti. MKF se pokouší dosáhnout syntézy a používá k tomu propojený pohled na různé perspektivy zdraví z pohledu biologického, individuálního a z pohledu sociálních perspektiv.

1.1. Vrozená tělesná postižení

Sociální postavení a psychika člověka s vrozeným popř. brzy získaným tělesným postižením se pochopitelně vyvíjí odlišně od osoby, u které se zdravotní stav změnil až v průběhu života. Je tak zejména dáno díky časovému prostoru a škále podpůrných opatření, díky kterým se jedinec s vrozeným postižením lépe adaptuje, přijímá a vyrovnává/překonává důsledek své životní situace (Novosad, 2011).

V další části úvodní kapitoly se budeme věnovat popisu nejčastějších vrozených tělesných postižení, od dětské mozkové obrny, přes poruchy růstu, až po deformity hlavy, páteře, horních a dolních končetin.

Dětská mozková obrna (DMO)

Lze ji popsat jako projev poruch hybnosti, které jsou zapříčiněny poškozením mozku v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období vývoje jedince (Lesný, 1985). Šlapal (1996) pak doplňuje, že za DMO, nyní už pouze MO, může celková nezralost centrální nervové soustavy. Ta způsobuje širokou škálu tonusových a hybných poruch. A dále upozorňuje na nejednotnost a nepřesnost označení „dětská mozková obrna“, popř. „mozková obrna“, se zdůvodněním, že ne všechny projevy motorických dysfunkcí mají charakter obrny.

Dle Slowíka (2007) se MO dá rozdělit do tří skupin na **spastické** (křečovitě stahování svalstva), **nespastické** a **smíšené**. Kde spastickou skupinu dále dělíme dle počtu zasažených končetin **parézou** (částečná neschopnost pohybu), nebo **plegií** (úplná neschopnost pohybu). Od monoparézy/plegie (postižena/ochrnuta je jedna končetina), přes diparézu/paraplegii (postižení/ochrnutí dolních končetin), hemiparézu/plegii (postižení/ochrnutí končetin na levé nebo pravé polovině těla), triparézu/plegii (postižení/ochrnutí tří končetin), až po kvadruparézu (postiženy/ochrnuty jsou všechny čtyři končetiny).

Mezi nespastické pak řadíme formu **atetoidní** (projevující se samovolnými kroutivými pohyby) a **ataktickou** (projevující se celkově špatnou koordinací těla a narušenou rovnováhou). A konečně J. Slowík (2007) píše, že se můžeme setkat samozřejmě i s kombinací skupin spastické a nespastické, tedy se skupinou tzv. smíšenou.

Poruchy růstu

Nanismus, neboli také zakrslost je způsobena nedostatečnou produkcí růstového hormonu, popřípadě sníženou citlivostí tkáně na něj. Přesným opakem nanismu je **gigantismus**, u kterého dochází k abnormálnímu vzrůstu celého člověka vlivem přílišné produkce růstového hormonu (Regec, Stejskalová et al, 2012, s. 174).

Podobně jako gigantismus se vyznačuje i **akromegalie** zvýšenou produkcí růstového hormonu. Jen s rozdílem toho, že celý proces pobíhá až po ukončení růstu do výšky. Tím tak dochází ke zvětšování okrajových částí těla (Renotierová, 2002, s. 33).

Takto postihnuty mohou být i vnitřní orgány, což mnohdy způsobuje závažné zdravotní komplikace (nádor hypofýzy, tumor slivky, tumor plic) (Regec, Stejskalová et al, 2012).

Vrozená tělesná postižení v oblasti hlavy

Jak uvádí doktorka Renotierová (2002) za poruchy at' už tvaru či velikosti lebky mohou převážně nejruznější vrozená onemocnění centrálního nervového systému. **Mikrocefalus** je způsoben vlivem zpomaleného a nedostatečného vývinu mozku nebo předčasnou synostózou (srústem švu lebky) vzniká abnormální symetricky malá hlava se zploštělým čelem a temenem. Z toho vyplývá, že takový jedinec má zmenšený mozek (Regec, Stejskalová et al, 2012, s. 173). Jako u valné většiny poruch velikosti lebky i u mikrocefalu se setkáváme s psychomotorickou retardací v nejruznějších stupních (Renotierová, 2002, s. 31).

Makrocefalus se vyznačuje symetricky abnormálně velkou hlavou (Regec, Stejskalová et al, 2012, s. 173). Vznik makrocefalu nejčastěji ovlivňuje cirkulace mozkomíšního moku. Také se ale můžeme s tímto typem onemocnění setkat v souvislosti s nahromaděním krve mezi obaly mozku a mozkiem samotným, popřípadě vlivem nádoru mozku (Renotierová, 2002, s. 31).

Hydrocefalus vzniká vlivem zvýšené produkce, nebo špatným vstřebáváním mozkomíšního moku v komorách či v subarachnoidálním prostoru (Regec, Stejskalová et al, 2012, s. 173).

Rozštěpové vady v obličejí se vyznačují nedokonalým, nebo vůbec žádným srústem sousedících tkáňových bloků, at' už v oblasti rtu, čelisti či patra. V důsledku toho se můžeme u rozštěpových vad v obličejí velmi často setkat s narušením komunikačních schopností (Regec, Stejskalová et al, 2012, s. 174).

Vrozené tělesné postižení v oblasti páteře

Torticollis muscularis zjednodušeně se jedná o jednostranné zkrácení kývače v oblasti krku. To má za následek zkrácený obličej na vadné straně, a naopak prodloužený ve zdravé části. Proto pokud nedojde k operaci zkráceného, jizevnatého kývače do dvou let, dochází pak v průběhu života u neléčeného jedince k výrazné asymetrii v obličejí (Kapounek, Kapounek, 1989).

Klippel-Feilova deformita jde o další vrozenou, či dědičnou vadu v oblasti krku, která je ovšem oproti výše zmiňované neodstranitelná. Konkrétně hovoříme o rozmanitých deformitách krčních obratlů, nebo dokonce i celé páteře (Kapounek, Kapounek, 1989).

Rozštěp páteře je po MO nejčastějším typem tělesného postižení. Jedná se o nedokonalé uzavření medulární (nervové) trubice, díky čemuž dochází k vyhrzávání míchy a vzniká tak vakovitý útvar krytý ztenčenou kůží (Regec, Stejskalová et al, 2012, s. 176).

Rozštěp po celé délce páteře je neslučitelný se životem. Proto se častěji setkáváme s lidmi s částečným rozštěpem. Těmto jedincům se vakovitý útvar co nejdříve odstraňuje, aby se

předešlo zbytečně dalším komplikacím (infekce), které by mohly znamenat i smrt. I tak se ovšem jedinec s tímto postižením nevyhne dalším průvodním znakům. Ty se liší dle závažnosti konkrétního případu, od samovolného úniku moči, nebo stolice, až po chabou obrnu dolních končetin (špatné hojení jakýchkoliv ran a oděrek). U jedinců, kteří nezvládnou jakýkoliv nácvik chůze (pomocí podpěrných aparátů, dlah, berlí), tedy ležících na lůžku dochází až k dekubitům (proleženinám) (Renotierová, 2002, s. 32).

V oblasti horních končetin

Jednou ze známých poruch v oblasti horních končetin je vrozené úplné nevyvinutí končetiny, která může být ukončena v podpažní jamce, tzv. **amélie**. V případě chybějící paže a předloktí, kdy končetina vyrůstá z trupu (končetina tvaru ploutve) se jedná o **fokomélii** (Kapounek, Kapounek, 1989). Můžeme se také setkat se zmnožením prstů-**polydaktilie**, či srůsty prstů-**syndaktylie**, oba případy postihují, jak horní končetiny, tak dolní končetiny (Renotierová, 2002).

V oblasti dolních končetin

Vrozené vykloubení kyčlí je poměrně často se vyskytující vadou takřka u 18 % novorozenců, způsobenou nedostatečným vývojem kyčelního kloubu, popř. obou kyčelních kloubů. Setkáváme se se dvěma případy, **luxací** (vykloubení úplné) a **subluxací** (vykloubení částečné). Častěji se vyskytuje u dívek v poměru 5:1, vůči chlapcům. Vždy se snažíme o korekci nenásilného typu, až při nejzávažnějším stupni kongenitální dysplazie kyčelního kloubu se přistupuje k zákrokům chirurgickým (Monatová, 1994).

Vrozená noha hákovitá - jedná se o deformitu, u níž je zmenšen úhel mezi hřbetem nohy a přední plochou bérce. Kromě omezené možnosti došlápnutí do špičky je výrazným aspektem ztečená obtížně nahmatatelná Achilova pata. Zjednodušeně můžeme říci, že jedinec chodí permanentně po patě (Renotierová, 2002).

Vrozená noha kosovislá (vtočená) - k této vadě dochází z důvodu porušení základu dolní končetiny. Často je doprovázena kongenitální dysplazií, nebo také i různými stupni rozštěpů páteře (Renotierová, 2002).

Kapounek a Kapounek (1989) píše, že *Pes equinovarus congenitus* je po vrozeném vykloubení kyčlí jednou z nejčastějších deformit dolních končetin, která ovšem dvakrát častěji postihuje chlapce. Měl by se diagnostikovat už v porodnici, kde by se okamžitě mělo začít s nápravovými cviky. Pokud nepomohou přistupuje se k operaci a následné dlouhodobé rehabilitaci dítěte.

Kromě těchto nejčastějších deformit Regec, Stejskalová et al, (2012) dále uvádějí **nohu koňskou** (chůze po špičkách nohy), nebo také **nohu vbočenou** (vtočenou, jež se jedná o přesný opak pozice nohy, jako tomu je v případě nohy kososvislé.

1.2. Získaná tělesná postižení

Získané tělesné postižení mívají mnoho příčin od nemoci, přes nesouměrné zatěžování částí těla, až po úrazy (Kapounek, Kapounek, 1989). Získané postižení si vynucuje změnu postoje k životu a vždy zasáhne do kvality života. Může to vést až k rozpadu rodiny, ztrátě existenčního zajištění plynoucí z práce, nebo ke změně sociálního prostředí k člověku s postižením. Může to vést i k omezení jeho činnosti, způsobené následkem vyčerpávání zbytkových lokomočních aktivit (schopnost pohybu v prostoru pomocí svalové činnosti). Z tohoto důvodu může docházet k rizikům vzniku dekubitů (proleženin) a infekcí respiračních a vylučovacích cest. Tyto obtíže vedou k vysokým nárokům na péči a stabilitu vztahů mezi člověkem s tělesným postižením a pečujícím (Novosad, 2011).

Nemoc

Je to takový stav, při kterém funkční a anatomické změny ústrojí mají dopad na narušení rovnováha organismu s prostředím, ve kterém se nachází (Renotierová, 2002). Mezi nejčastější tělesná postižení bezpochyby patří **revmatická onemocnění**. Ať už hovoříme o akutním revmatismu, nebo o vleklém kloubním revmatismu, vždy nemoc postihuje zejména velké klouby. Způsobuje postiženému jedinci horečky, velké bolesti při pohybu, vyčerpání a utlumenost (Kábele, 1993).

Dětská infekční obrna je způsobena viry, které napadnou organismus. Při těžších formách je postiženo úplnou obrnou jednotlivé svalstvo končetin, břicha a trupu (Hamborsky, 2015). Jak ovšem píše doktorka Renotierová (2002), tuto obrnu je možné zastavit v kterémkoliv stádiu. Ve vyspělých zemích se lze očkovat, také proto se tato nemoc již na území ČR nevyskytuje.

Myopatie (progresivní svalová dystrofie) může být zapříčiněna geneticky, úrazem, intoxikací, záněty, metabolickými poruchami apod., ať už za vznik může jakákoliv příčina způsobí poškození svalového vlákna (Vítková, 2006).

Máme dvě formy myopatie. Za prvé se jedná o **sestupnou formu**. Ta postupuje od pletence ramenního svalstva, přes paže, trup, až k nohám. Kdežto **forma vzestupná** prvotně postihuje svalstvo pánve a beder a postupují směrem vzhůru (Renotierová, 2002).

Svalová dystrofie začíná drobnými defekty motorických funkcí, pokračuje problémy s chůzí a na závěr bohužel končí nesamostatností a závislostí na péči druhých a to i přes včasnou diagnostiku, rehabilitace, dodržování jídelníčku atd. Proto se hovoří o myopatii, jako o jedné z nejzákeřnějších nemocí vůbec (Vítková, 2006).

Nesprávné držení těla

Jedná se o jedno z nejčastějších získaných tělesných postižení, které je viditelné pouhým okem, jako jsou např: vratké držení celého těla, nebo nesprávné zakřivení páteře (Vítková, 2006). Mezi nejznámější patří **skolióza**, neboli vychýlení páteře v rovině stranového zakřivení s rotací nosných částí obratlů. Při zvýšeném fyziologickém zakřivení v oblasti hrudní páteře hovoříme o **kyfóze**. Mezi laickou veřejností je používán pojem „kulatá záda“ (Kapounek, Kapounek, 1989). Další odchylkou páteře je **lordóza**. Jinými slovy přirozené zakřivení páteře v oblasti bederní, jež slouží k tlumení otřesů. Ovšem při zvětšeném zakřivení tzv. hyperlordóze může způsobovat jedinci nemalé bolesti (Regec, Stejskalová et al, 2012, s. 176).

Kromě získaných deformit v oblasti páteře se můžeme také setkat se zakřivením v oblasti nohou, jako jsou **kolena vbočená** (kolena do tvaru písmene „X“) a **vybočená** (kolena tvaru písmene „O“) (Kapounek, Kapounek, 1989).

Chronickým přetěžováním nohou může člověk začít trpět **plochou nohou**, jedná se o nedostatečně vyvinutou klenbu. Zde je vhodná v rámci nápravy (korekce) ortopedická vložka s takzvaným „srdíčkem“, která se vloží do obuvi a díky ní se nám správně tvaruje klenba nohy. Ortopedická korekce není však jediným způsobem, jak zabránit větším následkům této získané deformace. Lze totiž také provádět jednoduchá cvičení, která by vám váš doktor měl být schopen poradit. Jedním ze cviků je třeba sbírání kamínku pomocí nohy a to tak, že kamínek uchytíme pomocí ohnutí prstů. Tak dojde k potřebnému ohnutí, tvarování klenby. Dalším jednoduchým cvikem je „malá noha“, kdy se pacient snaží stahovat prsty směrem do nohy bez pokrčení prstů na noze (Bílková, 2011).

Úraz

K úrazům dochází z nejrůznějších důvodů, co je však na nich to nejhorší, jsou trvalé následky, které mohou člověku velice ztížit život po všech stránkách (ekonomické, sociální, vzdělávací apod.) (Renotierová, 2002, s. 41).

Úrazové onemocnění mozku a míchy, právě mozek a mícha bývají jedněmi z nejčastěji postižených částí těla. V souvislosti s mozkiem nejčastěji mluvíme o komoci či kontuzi mozku. Komoce neboli otřes zůstává oproti kontuzi, tedy zhmoždění mozku, většinou bez

trvalých následků. Trvalými následky mohou být různé parézy, dvojité vidění, epilepsie a mnoho dalšího. Kromě poškození mozku dochází často ke zlomeninám obratlů, které vedou až k poranění míchy, což má za následek poruchy hybnosti a citlivosti (Renotierová, 2002).

Amputace je proces, při kterém dochází k oddělení části orgánu nebo končetiny od zbytku těla. Většinou k amputacím dochází v případě úrazů (autonehoda), cévních onemocnění (kuřáci-ucpávání cév), nebo nádorů (na kostech končetin). Doporučuje se pouze v krajních případech, kdy jedinci postižená část snižuje pracovní schopnost, nebo jej ohrožuje na životě (Renotierová, 2002). Ztráta končetiny je ve většině případů kompenzována protézou. Jedná se však o dlouhodobý proces, od výběru až po nácvik používání protézy (Novosad, 2011).

1.3. Tělesné postižení v kombinaci s jiným typem postižení

Pro tuto část první kapitoly bychom rádi úvodem uvedli, že jsme se nezabývali všemi možnými kombinacemi tělesného postižení s jiným typem postižení dopodrobna, a to z prostého důvodu. Tato kapitola by svou obsáhlostí přesáhla možnosti bakalářské práce. Proto jsme se soustředili na nejčastější případy – kombinace s tělesným postižením. Také si můžete povšimnout, že jsme se především zaměřili na kombinaci s DMO, a to z důvodu, že většina námi nasbíraných dat byla od respondentů právě s tímto typem tělesného postižení.

Kromě narušené motorické schopnosti, která je typickým znakem DMO, se objevují další projevy, u dětí s nenarušenou inteligencí se jedná o poruchy učení (např. dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie atd.). Můžeme se ale také setkat s kombinací s mentální retardací, v pozdějším věku získanou demencí, inkontinencí, často se setkáváme s propojením s epilepsií, ale také s kombinací se zrakovými obtížemi, jakými jsou poruchy ostrosti a strabismus (Kraus et al, 2005).

Pipeková (2006) uvedla kombinace postižení s DMO v přibližném procentuálním vyjádření:

Tabulka č. 1 Kombinace postižení s DMO

DMO +	V kombinaci:	v %
	Porucha vývoje a snížený intelekt	66
	Porucha řeči	50
	Porucha chování	50
	S epileptickými záchvaty	15 - 70
	Smyslové postižení (vady zraku nebo sluchu)	neuvedeno

Pro srovnání Klenková (2006) své dělení rozdělila do osmi bodů, DMO s:

- poruchami hybnosti,
- poruchami tělesného vývoje,
- mentální retardací
- smyslovými vadami,
- změnami emocí,
- epilepsií,
- poruchy endokrinní, vegetativně nervové
- poruchami řeči

Tělesné postižení v kombinaci s mentálním postižením a epilepsií

Výskyt tělesného a mentálního postižení je poměrně častý. Větší výskyt tělesných neurologických postižení jde ruku v ruce s hlubším mentálním postižením. Čím je mentální postižení hlubší, tím je vyšší pravděpodobnost výskytu tělesného, neurologického postižení. K nejčastějším kombinacím patří mentální postižení s dětskou mozkovou obrnou (DMO v novějších literaturách už jen MO) a epilepsií (Ludíková, 2005). **Epilepsie** je poměrně častým neurologickým onemocněním, projevujícím se spontánně se opakujícími epileptickými záchvaty (Vítková, 2006). Brázdil, Hadač a Marusič (2004) rozdělili epilepsii podle etiologie na následující typy:

- Primární neboli idiopatická – při vyšetření se neprokáže žádná odchylka v mozkové tkáni, proto nelze odhalit pravou příčinu vzniku záchvatu. K rozvoji záchvatu může přispět genetická dispozice (Brázdil, Hadač, Marusič, 2004).
- Sekundární neboli symptomatická – je prokazatelná při vyšetření. V jejím pozadí se skrývá celá řada nejrůznějších onemocnění mozku od DMO, úrazů hlavy, cévních problémů, mozkových nádorů, zánětů apod. (Obenberger, Seidl, 2004).
- Kryptogenní – jedná se o symptomatické formy, u kterých nebyla prokázána organická příčina (Obenberger, Seidl, 2004).

Poměrně často se vyskytuje tělesné postižení v kombinaci s **mentální retardací**. Obecně je větší pravděpodobnost výskytu somatického postižení u těžších forem mentální retardace (Kozáková, Z. 2005). Termín pochází z latinských slov „mens“ v předkladu mysl, duše a „retardare“- opozdit, zpomalit (Slowík, J. 2007). Je podmíněna více faktory. Na vzniku tohoto postižení se podílí porucha genetických dispozic, ale i jiné vlivy, které poškozují mozek

v rané fázi vývoje (Fischer, S.; Škoda, J. 2008). Získaná mentální postižení se označuje také jako **demence**. (Říčan, Krejčířová et al., 2006). Vzniká organickým poškozením mozku. Důsledkem je destruktivní porucha behaviorálních a kognitivních funkcí, která se zásadně podílí na kvalitě pacientova života, neboť je narušena paměť, orientace, schopnost mluvit, u většiny typů demencí je narušena i motorika, vše graduje nekontrolovaným a emočním chováním. (Buijssen, 2006).

Dále se také můžeme setkat s ~~určitou formou~~ DMO, která se pojí s **autismem** (Kolář et al., 2009). Dnes častěji pojmenováváme poruchy autistického spektra, neboli PAS. Psychiatrička Wingová určila termín pro problémové oblasti, které jsou důležité pro diagnostiku. Tyto oblasti nazvala tzv. **triádou**. Mezi ně řadíme potíže v sociálním chování, komunikace a představitivosti (Thorová 2012, s. 58). Díky těmto základním třem specifickým (můžeme diagnostikovat všechny tři oblasti, nebo dvě, popř. pouze jednu dle typu a rozsahu PAS u sledovaného jedince), odlišujeme PAS od jiných vývojových poruch, jako jsou například mentální retardace, specifické poruchy učení, poruchy řeči, aktivity a pozornosti (Thorová 2008, s. 4)

Ten bývá charakterizován jako uzavření jedince do sebe sama, jako by neexistovalo spojení se skutečným. I když jde o asi nejzávažnější poruchu v lidských vztazích (neschopnost prožívat a navazovat vztahy), nemá sociální původ (Švarcová, 2003). U aspergerova syndromu se často setkáváme s nadprůměrnou inteligencí. Typickým znakem pacientů je jejich zaměření se na studium jednoho oboru, ve kterém mívají často až vyčerpávající znalosti. Jejich verbální schopnost komunikovat bývá naprosto bezchybná leč působí konvenčně až pedanticky. Možná proto se lidé s tímto postižením nedokáží začlenit do společnosti (Melicharová 2006). Závěrem Jankovský (2006) píše, že rehabilitace, sociální péče a edukace závisí především na kombinaci postižení daného jedince a na tom, které z postižení jedince více znevýhodňuje.

Tělesné postižení v kombinaci se sluchovým a zrakovým postižením

Když se zaměříme na kombinaci tělesného postižení s postižením smyslovým, ať už se sluchovým či zrakovým, můžeme se dozvědět, jak málo je tato oblast prozkoumaná, natož zdokumentovaná oproti jiným kombinacím postižení s tělesným postižením. Nejčastějším propojením tělesného postižení s postižením smyslovým můžeme hovořit v případě DMO.

Poruchy sluchu se vyskytují u osob s DMO zejména v těch případech, kdy je DMO etiologicky spojena s infekcí během prvního trimestru nitroděložního vývoje (zarděnky apod.). Po narození vznikají poruchy sluchu jako důsledek sníženého kyslíku ve tkáních, nebo

nahromadění žlučového barviva (Bigge, Best, Heller, 2010). Při pobytu v neznámém prostředí, nebo při emocionálním výkyvu může dojít u jedinců s DMO k vyvolání snížené schopnosti vnímat sluchové podněty. (Kábele, 1988)

Co se týče propojení zrakového postižení a DMO se nejčastěji setkáváme s poruchami binokulárního vidění (Růžičková et al., 2012). Mezi ně se řadí amblyopie neboli tupozrakost a dále do této kategorie patří strabismus. Obě tyto poruchy úzce souvisejí s problematikou DMO. (Kantror, 2013)

Strabismus je funkční porucha, při které dochází k nesprávné kooperaci očí, projevující se na venek jejich asymetrickým postavením. Osy vidění se neprotínají ve stejném bodě, při fixaci na určitý předmět v blízkosti nebo v dálce. Rozdělujeme jej na dva základní typy. Zaprvé je to heterotropie (zjevné šilhání) a zadruhé hovoříme o heteroforii (skryté šilhání) (Hromádková, 1995).

Dětská retinopatie - zkráceně ROP postihuje novorozence s nízkou porodní vahou. Důvodem vzniku ROP je, že sítnice nemá dostatek kyslíku a živin, proto vzniká růst zvětšených cév, které invazivně prorůstají do sítnice a sklivce oka a dochází tak k odchlípení sítnice, což má za následek oslepnutí (Kuchynka, 2007). Odstraňuje se operativně tzv. „studeným laserem“.

Tělesné postižení v kombinaci s narušením komunikace

Výčet nejčastějších narušených komunikačních schopností u lidí s DMO dle Škodové (2003):

- dysartrie, anartrie,
- dysprozódie,
- dystonie,
- poruchy dýchání,
- huhňavost (rinofonie),
- koktavost,
- narušené koverbální chování,
- opožděný vývoj řeči,
- přidružené orgánové odchylky,
- mutismus,
- dyslalický syndrom,
- motorická alálie,

- verbální dyspraxie,
- narušení nonverbálních elementů komunikace.

Vzájemné propojení DMO s poruchami komunikačních schopností vznikají hlavně na podkladě motorického postižení jedince. Nejčastěji se tak setkáváme s **dysartrií** (Kantror, 2013). Kraus et al., (2005) napsal: „*Za dysartrií považujeme poruchy motorické realizace řeči různého rozsahu, které vznikají na základě organického postižení CNS.*“

Jedná se tedy o celkové narušení článkování řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Narušení se týká dechových poměrů a intonace. K narušenému dýchání a fonaci se připojuje narušení melodie, tempa, rytmu a nedostatečné modulování řeči. Z toho důvodu dysartrie patří k nejkomplicovanějším narušeným komunikačním schopnostem s velmi špatnou korigovatelností (Lechta, 2002). Stupeň a forma dysartrie je závislá na lokalizaci a rozměru poškození motorického funkčního systému (Klenková, 2006).

Anartrie je způsobena lézí CNS. Je klasifikována jako ještě závažnější postižení orofaciální motoriky, než je tomu u dysartrie. V důsledku neschopnosti artikulace dochází k nemožnosti verbální komunikace. Poměrně častou přidruženou vadou k anartrií je **afonie**, jinými slovy neschopnost tvoření hlasu (Kraus et al., 2005).

U získané hemiparézy, například úrazem, konkrétně levostranné dochází velmi často k **Afázii** (Kraus et al., 2005). Jde o poruchu vyjadřování a chápání jazyka, která vzniká na základě poškození mozku (Koukolík, 2012). Kejkličková (2011) napsala: „*Afázie je ztráta již nabyté schopnosti komunikace mluvou. Projevuje se neschopností tvořit řeč a/nebo ji rozumět.*“ Další vadou řeči, která je provázána a způsobena tělesným postižením, konkrétně rozštěpem patra, je **palatolálie**. (Lechta, 2002)

1.4. Specifické potřeby a postoje k osobám s tělesným postižením

Některé aspekty z života jedinců s tělesným postižením jsme nastínili již na začátku. Ovšem pro naši práci je velice důležité si pro lepší pochopení tento nástin více rozvést. Zajímáme-li se o otázky životní situace osob s tělesným postižením, dostáváme se k nynějšímu pojetí jejich potřeb, nejčastěji označovaných výrazem specifické potřeby. Ty jsou závislé zejména na intaktní společnosti a týkají se jí. Nejčastěji jde právě o přístupnost prostředí, komunikaci, informace, příležitosti i postoje, předsudky, předpojatosti ostatních, tj. škálu okolností a podmínek, které mohou být za daného stavu pro jedince s postižením velice znevýhodňující (Novosad, 2011, s. 111). Klasifikace potřeb, např. speciálně vzdělávacích (podpora v podobě

asistenta pedagoga, kompenzačních pomůcek, forma a způsob diferenciacie vzdělávání atd.), je založená na typu a míře postižení má svá administrativně-legislativní pozitiva, ale může být riziková (srov. Michalík, Novosad, 2011).

Jak pojímá školský zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, zejména uplatnění jejich práv na vzdělání pomocí specifických forem a metod a na vytvoření zvláštních podmínek, které jejich vzdělávání umožní (Michalík, 2011).

Novosad (2011) ke specifickým potřebám dále dodává: „*V současné době se již tolik neorientujeme na diagnózu, postižení, ale především na překážky, které ze zdravotního omezení, poruchy vyplývají ve vztahu zvládnutí škály životních aktivit.*“ Tímto se dostáváme k důležitému uvědomění si, že **handicap není postižení**. Slovo handicap označuje znevýhodnění situace pro jedince s tělesným postižením, způsobené prostředím, společností, či pouhým jednotlivcem. Pro přehlednější vysvětlení, pro člověka na vozíku není handicapem samotná fyzická stránka, která mu neumožňuje vyjít schody, tímto handicapem se stávají schody. (Novosad, 2011)

Jestliže budeme vycházet z MKF, kde pojem „handicap“ je nahrazen výrazem „disabilita“, který byl vzat jako zastřešující pojem pro tři pohledy – tělo, jedinec a společnost (v češtině s navrhovaným překladem „postižení“), nemůžeme s Novosadovým vyjádřením souhlasit, protože se v tomto případě od sebe snaží rozlišit dvě synonyma. Vyplývá z toho, že správným pojmenováním výše uvedeného výroku je, „**porucha není postižení**“, pakliže bereme poruchu (impairment) jako referenta o tělesných strukturách a funkcích, které jsou běžně součástí „procesu nemoci“, a byly proto také použity v MKN (Pfeiffer, Švestková, 2008).

Důsledky tělesného postižení jsou zesilovány nejen architektonickými bariérami, mohou za to v mnohých případech neinformovanost nebo předsudky veřejnosti (Michalík, 2011). Pojmem **paternalistické a podceňující předsudky** představuje přístup charitativní, při němž se posuzují jedinci se somatickým postižením jako ti, kteří potřebují naši péči a neobejdou se bez ní, jako ti, kteří nemohou, nedokážou, i když jim to ve skutečnosti jejich skutečný potenciál dovoluje (Novosad, 2011). Ovšem musíme si uvědomit, jak napsal Michalík (2011, s. 55): „*Zdravotně postižené osoby požadují rovnost, nikoliv charitu.*“ Prezentující se vylučováním práv jedinců s tělesným postižením se vyznačují **předsudky odmítavé a degenerující**. Tělesná jinakost je vnímána jako nežádoucí, až patologická, často je vysvětlována jako trest, za který si může člověk sám. A proto jsou tito jedinci považováni za parazitující, neužitečné, neproduktivní a společnost zatěžující. Běžně jsou tímto znehodnocovány a bagatelizovány jejich životní úspěchy, a to i v případech překonání takové

věci, která není běžně dosažena ani jedinci bez postižení. Kdyby totiž neměl takových výhod, nedokázal by to, čímž se dostáváme k **protektivně-paušalizujícím předsudkům**. Mezi typické příklady patří kartičky TP, ZTP, ZTP/P, vyhrazená parkovací místa (Novosad, 2011, s. 80). Ovšem veřejnost už není seznámena s byrokratickými - (pseudo) medicínskými rituály, v nichž je jedinec s tělesným postižením považován za nesvéprávnou osobu (Michalík, 2011, s. 213). Nehledě na výši často až směšných příspěvků, které zdaleka nepokryjí ani z poloviny služby, úpravu bytu, nezbytně nutné pomůcky (např. pořízení invalidního vozíku), tedy skutečnou výši potřebných nákladů (Novosad, 2011). Opakem, ale stejně tak předsudkem je **předsudek idealizující**, který pojímá život jedince s tělesným postižením jako hrdinství, jež zaslouží obdivu. Může tak dojít k nežádoucímu přeceňování (Michalík, 2011).

Kromě základních čtyř předsudků výše uvedených se setkáváme ještě s **předsudkem tzv. rodičovských schopností**. Veřejnost předpokládá, že jedinec s tělesným postižením nemůže zastat kvalitně všechny rodičovské úkony, tak aby nebyl ohrožen vývoj a budoucnost dítěte. Děti lidí se somatickým postižením jsou tak často označovány za chudáky nebo dokonce za „sociální případy“ (Michalík, 2011, s. 2014).

Všechny předsudky bychom mohli nazvat pomyslnými **nálepkami** které zaškatulkovávají tělesně postižené. Děje se tak mnohdy už na první pohled, vlivem vnějších znaků, které na jedinci pozorujeme. Tomu jevu se říká **haló-efekt**. Díky nepochybnosti o správnosti našeho úsudku se od prvního dojmu odvíjí naše očekávání a postoj. Ten však může být mnohdy velice mylný. Například lidé s **atetózou** nebo **diskinézou** (samovolné nepotlačené pohyby a grimasy v obličeji) jsou hned odsouzeni k nálepce jedince s mentální poruchou, přestože se jedná o projev nervosvalové poruchy (Novosad, 2011).

2. SUBJEKTIVNÍ ZDRAVÍ

V této kapitole se zaměříme na vymezení pojmu zdraví, u kterého nemůžeme říci, že je jednotně vymezeným termínem. Odborníci se ve svých názorech velmi často rozcházejí. V jednotlivých podkapitolách jsme se pak zaměřovali na rozdíl subjektivního a objektivního zdraví, faktory neboli determinanty ovlivňující zdraví jedince a závěrem pak na samotnou provázanost psychiky a zdraví.

Zdraví je jednou z nejvýznamnějších hodnot uznávanou společnostmi ve všech dobách a kulturách. Samotné definování zdraví je podle mnohých odborníků velmi složitý problém z důvodu nemožnosti jednoznačného vymezení (Zacharová, 2017).

Jak uvádí J. Křivohlavý (2009, s. 28), pakliže budeme pátrat až k samotnému zrodu a významu slova zdraví, zjistíme, že znamenalo celek. Mohli bychom na něj v širším pojetí nahlížet jako na nedílný útvar, ve kterém jsou obsaženy dobře fungující dílčí součásti. Také píše, že v roce 1964 Světová zdravotnická organizace definovala pojem zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady.

Ovšem od sedmdesátých let minulého století byla tato definice mnohokrát upřesňována a doplňována, například o doplňující charakteristiku zdraví jako schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život (Zacharová, 2017).

K dalšímu posunu dochází v novém programu WHO z roku 1999, ve kterém bylo zdraví vymezeno jako: „*Snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a poruch a nárůst pocíťované úrovně zdraví*“. Dále se v tomto programu hovořilo o potenciálu zdraví, jakožto o největším možném stupni zdraví, kterého můžeme dosáhnout. Je určen péčí o sebe samotného a druhé a schopnosti samostatně se rozhodnout a uchovat si kontrolu nad svým životem. Společnost by měla vytvářet podmínky k tomu, aby lidé mohli uplatnit potenciál zdraví.

2.1. Subjektivní a objektivní zdraví

Zdraví bychom mohli rozdělit na dvě složky, podle toho, jak je vnímáno. Můžeme se totiž zaměřit na jeho **subjektivní vnímání** (z pohledu jedince), kdy člověk sám posuzuje a hodnotí dle svých pocitů a svého uvážení své vlastní zdraví. Pak je tu ale i složka **objektivního vnímání** – hodnocení jedinceva zdraví okolím (Křivohlavý, 2009).

Podobně ze dvou úhlů pohledu nahlížel na dělení zdraví Bjoner a kol. (1996), který uvádí **biomedicínské zdraví** (z pohledu lékaře) a **subjektivní zdraví** (hodnocení sebou samým).

Závěrem dodává, že oba pohledy jsou hodnotné pouze v případě, kdy dojde k jejich propojení, protože až znalost obou nám pomáhá zlepšovat lidské zdraví a blaho.

Tubeuf a kol. (2008) píše kromě objektivního a subjektivního zdraví také o složce **funkčního zdraví**, které vypovídá o omezení tělesných funkcí a ne/schopnosti vykonávat běžné úkony.

Subjektivní zdraví

Mezi synonyma vlastního pohledu, respektive vlastního vyjádření zdraví patří sebeposouzení zdraví, sebehodnocení zdraví, subjektivní představa zdravotního stavu atd. Vlastní pohled jedince není zaměřen pouze na fyzickou stránku zdraví, ale i na duševní a mentální. Nehovoříme tak pouze o spontánním zhodnocení, nýbrž o komplexním hodnocení zdravotního stavu. To zahrnuje i aspekt sebepojetí, stává se vlastní součástí identity jedince, proto je jistá stabilita subjektivního zdraví v čase. (Šolcová, Kebza, 2006)

Podobný pohled na věc má Eurostat (2009) komplexním ukazatelem subjektivně vnímaného zdraví jsou tři dimenze (fyzická, sociální, emocionální). Ovšem v další části textu se dostáváme k tomu, kdy splynou subjektivní a objektivní složky v jednu, protože se můžeme dle jejich tvrzení dočíst, že subjektivní vnímání zdraví je ovlivněné jednak přítomností symptomů či specifickými potížemi, také však diagnózou možné nemoci stanovenou lékařem.

Dle mého lépe a přesněji uchopil vysvětlení subjektivního zdraví Kreidl (2008), který o něm píše jako o postoji ke zdraví, porozumění zdravotnímu stavu a ochotě spolupracovat s lékařem. Liší se od laického vnímání, které je spjaté s osobními zkušenostmi.

Objektivní zdraví

Zřejmě nejrozšířenější a nejběžnější pohled na objektivní zdraví je biomedicínský. (Tichá, 2012) Velice připomíná samotné hodnocení diagnózy pacienta lékařem. Zabývá se však a pouze fyzickou stránkou jedince. Neprobíhá zde komplexní anamnéza. Lékař se zaměřuje na nejužší možnou oblast a časovou linii tak, abychom dokázali co možná nejrychleji překonat danou nemoc (Šolcová, Kebza, 2006).

Orel et al. (2012) dodává, že ono užší hodnocení zdravotního stavu musí být podložené výsledky diagnostiky tak, aby byly uspokojeny praktické medicínské potřeby, díky kterým lze oddělit normu od abnormality.

Porovnání subjektivního a objektivního vnímání zdraví

Vztah mezi objektivním a subjektivním zdravím není přímočarý (Hnilica, 2006). Jak uvádí Křivohlavý (2002) mohou nastávat dva stavy. Tím prvním je stav, kdy se jedinec cítí naprosto fyzicky, duševně i mentálně v pořádku a subjektivní vnímání, které je ovlivňováno naší psychickou kondicí, se mění až po stanovení a následném sdělení diagnózy, nikoliv však vinou nemoci jako takové, ale uvědoměním si svého stavu a průběhem terapie. Při druhém stavu je to přesně naopak, kdy jedinec subjektivně pociťuje zhoršení svého zdravotního stavu, které ovšem lékařské vyšetření vyvrátí. Pakliže se druhý typ děje opakovaně, můžeme hovořit o extrémním případě tzv. hypochondrii.

Zdá se, že oba druhy vnímání zdraví se různě prolínají a vzájemně ovlivňují, někdy se k sobě více přibližují, jindy se částečně, ba dokonce zcela rozcházejí. Subjektivní zdraví může ovlivnit samotný proces léčby, přizpůsobení se novým faktorům vlivem nemoci a zvládnání života s ní. Subjektivní zdraví má potenciál ovlivnit objektivní zdraví, stejně tak je tomu i naopak (Adamové, 2016).

Z pohledu jedinců s tělesným postižením můžeme jak subjektivní, tak objektivní vnímání zdraví změnit, či pozitivně ovlivnit pomocí kompenzačních pomůcek v podobě např. vložek do bot, chodítek, berlí, protéz a eliminovat ztrátu nebo omezenost pohybu tzn. funkční složku zdraví (Novosad, 2011).

2.2. Faktory subjektivního zdraví

Determinanty zdraví lze definovat jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti. Zahrnují sociální, ekonomické a fyzické prostředí jedince, stejně jako jeho individuální charakteristiky a chování (dědičnost, životní styl apod.). (Šolcová, Kebza, 2006)

Dalším dělením může být kupříkladu rozdělení determinantů na vnitřní (např. dědičnost, pohlaví, věk) a vnější (životní styl, pracovní a životní prostředí) (Machová, Kubátová, 2015).

V práci, konkrétně v první kapitole, byla uvedena spousta typů postižení, které kromě jiného mohla zapříčinit i **dědičnost**, proto bychom ji neradi opomenuli.

U **pohlaví** se setkáváme z pohledu mužů s názory mírně optimističtějšími. Svůj zdravotní stav hodnotí lépe než ženy, které si na své zdraví stěžují ve větší míře. Subjektivní hodnocení žen se stabilizuje časem (Šolcová, 1996). **Věk** je dle Mareše (2005) relativně stálý v souvislosti se subjektivním vnímáním zdraví. Zaměřuje se především na složku funkční

(koordinace pohybu, bolesti, funkčnost zrakových a sluchových orgánů). S přibývajícím věkem a zhoršujícím se zdravotním stavem sebehodnocení zdraví klesá až do konce života.

Z pohledu **sociálního prostředí**, myšleno kvantitu a frekvenci sociálních vztahů, se rozlišuje očekávání jedince založené na jeho přesvědčení a to, co jedinec opravdu získá, což je podloženo jeho vlastními zkušenostmi (Křivohlavý, 2009). Mladiství kladou důraz na získávání co možná největšího počtu informací, za účelem nabytí vlastních zkušeností. U starší populace se setkáváme s častějším vyhledáváním emoční podpory (Šolcová, Kebza, 2003). Křivohlavý (2002) dodává, že lidé sociálně odloučení mají obecně větší úmrtnost.

Mezi **situační faktory**, neboli vliv životních událostí na subjektivní zdraví a celkovou pohodu a emoční rozpoložení patří úmrtí v rodině, narození dítěte s postižením, rozvod, nezvládání mezilidských vztahů, stres v práci aj. stresory působící na člověka zvenčí (Adamové, 2016). Výzkumy dokázaly, že chronický a akutní stres, osamělost apod. mají vliv na imunitní systém jedince (Křivohlavý, 2009).

Dalším z důležitých determinantů subjektivního vnímání zdraví je schopnost udržet si pocit naděje a motivaci za jakékoliv situace, neboli **pozitivní myšlení**. Není to pouze pomíjivý pocit štěstí, měnící se vlivem situačních faktorů. Jedná se tak o způsob, jakým přistupujeme k životu, nehledě na pozitivnost, či negativnost momentálních životních situací (Hadfield, 2013, s. 15). Pozitivně smýšlející jedince bychom mohli nazvat optimisty. Optimisté intenzivněji pečují o své zdraví. Vlastní aktivitou se snaží přibližovat stavu, kdy je jim celkově dobře. Tento stav se označuje slovem well-being. To vede podle faktů a empirických studií k vyšší kvalitě života (Křivohlavý, 2002). Jedním z největších a nejvýznamnějších faktorů, které ovlivňují naše zdraví, je **životní styl** jedince. Ten lze rozřadit do několika faktorů zdravého působení života:

- **ekologický** – do této kategorie patří například péče a vztah k životnímu prostředí,
- **estetický a duchovní** – úcta k životu svému i ostatních, víra, spiritualita,
- **kulturně tvořivý a pracovní** – kromě zájmu o umění a kulturu sem patří i vztah k práci a ekonomika pracovního času,
- **psychofyzický** – zvládání stresu, duševní hygiena, péče o tělo a imunitu,
- **sociálně vztahový** – harmonizace a upevňování mezilidských vztahů (v rodině, v práci apod.)

Jedná se o souhrn relativně ustálených každodenních činností, způsobu realizace a způsobu chování (Tichá, 2012).

2.3. Vliv a vzájemné působení psychiky na zdraví

Tichá (2012) uvádí zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly. Jedná se o holický přístup, kdy je zdraví považováno za určitý druh síly, která pomáhá zdolávat nejrůznější životní těžkosti.

Současně se spojení těchto aspektů nejčastěji setkáme u definic nemoci. Nemoc má stejně jako zdraví multidimenzionální, bio-psycho-sociální základ (Zacharová, 2017).

Prvním oborem, který studoval vzájemné propojení psychologických faktorů ve zdraví a nemoci, byla psychosomatická medicína. Ta vznikla jako vědní obor, díky postupnému a čím dál častějšímu začleňování psychologických činitelů ve zdravotnictví, to vše z důvodu poznání interakce psychologických a fyzických faktorů. Bylo totiž prokázáno, že tělesné změny emoce pouze nedoprovází, ale že je také způsobují (Křivohlavý, 2009, s. 22).

Názornou ukázkou, kdy působí psychický faktor na fyzický je tzv. **placebo efekt**, který představuje „působení“ neutrální substance, která nemá léčivé ani škodlivé účinky. Může se projevit jak pozitivně, pomáhá a léčí, tak negativně, nepomáhá a škodí. Zpravidla však bývá účinnější a rychlejší než tradiční léčba (Orel et al., 2012).

Za zmínku stojí i úvaha spojující faktory těla a duše v jedno. Ve slovanských jazycích znamenalo tělo schránku chránící vzácný klenot. Pomocí komparace můžeme za vzácný klenot považovat duši (Novosad, 2011, s. 28).

Grebenčíková (1997) napsala: *„Tělo má svého vlastního ducha. Samo tělo má svou vlastní psychiku. Duševno neexistuje za ním ani vedle něho. Tělo je duše, duše je tělo.“* Z pohledu jedince s tělesným postižením bych rád uvedl vlastní příklad vzájemného propojení psychiky na zdraví: Z vlastní zkušenosti mohu říci, že nejenom, že působí psychologičtí činitelé na fyzickou stránku člověka, ale je tomu i naopak. Konkrétně v mém případě je častější právě situace, kdy je mým fyzickým stavem ovlivněna psychika, a to ve značné míře. Pokud se ráno probudím s pocitem bolesti nohou a zkrácených šlach, odvíjí se od toho moje celodenní rozpoložení. Nazval bych jej přímou úměrou, kdy s vlivem bolesti se zhoršuje má chůze a se samotnou nerovnováhou pohybu exponenciálně roste má psychická labilita.

EMPIRICKÁ ČÁST

3. VÝZKUM

Tato kapitola nás provede celým výzkumem od samotného popsání dotazníku, popsání a rozdělení sledovaných skupin, sběru dat, určení hypotézy, přes zvolené metody vyhodnocení výzkumu, které nás dovedou až k výsledkům a závěrečné diskuzi.

3.1. Dotazník WHODAS 2.0.

Dotazník WHODAS 2.0. byl vytvořen nejen WHO (Světovou zdravotnickou organizací), ale za vznikem tohoto dokumentu stojí i další organizace, které na něm spolupracovaly. Jímí jsou NIMH (Národní úřad duševního zdraví), NIAAA (Národní úřad pro zneužívání alkoholu) a NIDA (Národní úřad pro zneužívání alkoholu) (Ludíková et al.,2016).

Jak udávají Federici a Meloni (2010), problematičnost hodnocení funkčnosti a disability vyplývá z faktu, že vlastní chápání osobní pohody a zdraví nemusí v důsledku souhlasit s výrokem lékařů a dalších odborníků. Kontrast mezi objektivním náhledem lékaře na pacientovo zdraví a subjektivním náhledem samotné osoby s postižením zmírňují sebehodnotící dotazníky. Dotazník Whodas se používá především v oblasti medicíny s důrazem na psychiatrické, všeobecné a rehabilitační odvětví. (Federici, Meloni, Lo Presti, 2009). Byl již využit v nepřeberném množství výzkumů po celém světě. Verzi použitou pro naši práci můžeme rozdělit na dvě části.

V první části dotazníku se zabýváme obecnou identifikací respondentů pomocí zjištění základních faktů (pohlaví, věk, dosažené vzdělání, místo bydliště, partnerský vztah, dítě v péči, typ handicapu, vznik postižení, popřípadě doplnění věku při získaném postižení).

Za druhou část lze považovat zkrácenou verzi dotazníku WHODAS 2.0. s obsahem 12 otázek, které respondenti hodnotí dle míry těžkosti/obtíží s naplněním dotazovaných aktivit na pětiúrovňové škále odpovědí (0 b. žádné, 1 b. mírné, 2 b. středně velké, 3 b. závažné, 4 b. extrémní / nemohl(a) jsem udělat). Můžeme o něm říci, že zahrnuje šest domén:

- Kognitivní – chápání a komunikace
- Mobilita – vlastní pohyb a cestování
- Sebeobsluha – vlastní hygiena a oblékání
- Vztahy – jednání s lidmi a udržení si přátelství
- Životní aktivity – práce v domácnosti a trávení volného času
- Společenská participace – účast na komunitních a společenských akcích

Je třeba zdůraznit nevýhodu zkrácené verze dotazníku, kterou je nevyhodnocování jednotlivých domén. Oproti šesti položkovému pokrytí každé domény v původní verzi, má verze kratší jednotlivé domény pokryty pouze dvěma položkami.

3.2. Sledované skupiny a sběr dat

V této podkapitole výzkumu uvedeme rozdělení respondentů do dvou souborů, ze kterých jsme vycházeli při porovnávání, vyhodnocování a výpočtech, díky kterým jsme mohli vynést výsledné verdikty, jak v podobě grafického znázornění, tak v podobě slovní, tedy diskuzi. Rovněž si uvedeme způsoby sběru dat.

Jak už bylo uvedeno uskutečnění výzkumu proběhlo na dvou heterogenních skupinách lidí s/bez tělesného postižení. Bylo důležité si skupiny nějak ohraničit, k čemuž jsme využili důležitosti věkového činitele, který je podstatný k možnosti porovnání, a to ve věkovém rozhraní 16-30 let. Dalším kritériem pro náš sběr dat byl stejný počet respondentů v obou námi sledovaných skupinách – souborech.

1. **Skupinu – soubor** tvoří jedinci s tělesným postižením. V nadpoloviční většině, konkrétně 64 % byli zastoupeni jedinci s DMO (včetně kombinací například s epilepsií, autismem, konkrétně aspergerovým syndromem, dysartrií apod.). 16 % tvořili jedinci s jiným typem vrozeného tělesného postižení (rozštěp patra, myopatie atp.) a zbylých 20 % tvořila skupina jedinců se získaným tělesným postižením (úrazy mozku a míchy, nebo amputace). Dalším důležitým faktem, který je potřeba zmínit je, že 31 osob z celkového padesáti členného souboru, je mužského pohlaví, zbylých 19 je pohlaví ženského. Což už vyplývá z procentuálního zastoupení DMO, jelikož jak uvádí Kraus et al., (2005), je známo, že výskyt DMO je vyšší u populace mužské.

Tabulka č. 2 Procentuální rozdělení postižení 1. skupiny

Vrozené postižení		Získané postižení
DMO	Jiné	
64%	16%	20%

Tabulka č. 3 Procentuální rozdělení pohlaví 1. skupiny

Pohlaví	Relativní četnost
Muž	62%
Žena	38%

2. **Skupina – soubor** tvoří jedinci zdraví. V něm jsou naopak ve větším měřítku zastoupeny ženy, v počtu 34 a zbylých 16 jsou muži. Možná je to způsobeno i větší ochotou žen dotazníky vyplnit.

Tabulka č. 4 Procentuální rozdělení pohlaví 2. skupiny

Pohlaví	Relativní četnost
Muž	32%
Žena	68%

Sběr dat byl jedním ze základních stavebních kamenů praktické části. Co se týče sběru pro **první soubor**, byla využita osobní provázanost a styky s prostředím jedinců s tělesným postižením. Kromě přátel a sportovců (parahokejistů) byla hlavním centrem pro vyplnění dotazníků Obchodní akademie, odborná škola a praktická škola Olgy Havlové v Janských Lázních. Studenti této školy pochází ze všech koutů České republiky, proto nemůžeme omezit náš výzkum jen na město či kraj, ale musíme jej brát jako celorepublikový. Dotazníky v tištěné podobě byly přednostně poskytovány žákům maturitních oborů. Přesto jsme se dost často setkávali s nepochopením otázek, které jsme vysvětlili my, popř. se smysl otázek snažili jednotlivě vysvětlovat asistenti pedagogů.

Druhý soubor, tedy skupina jedinců zdravých, vznikl záměrným výběrem na základě dostupnosti, a tudíž není reprezentativním výběrem základního souboru z hlediska jeho vlastností. Respondenti byli rodinní příslušníci a přátelé z místa bydliště (Trutnov), ale převážnou většinu tvořili přátelé a známí z řad studentstva Univerzity Palackého v Olomouci, tak abychom vytvořili stejně početnou skupinu. Celkem 50 respondentů.

3.3. Hypotéza a metody vyhodnocení výzkumu

Základem výzkumné části, tak abychom ji mohli správně uchopit, je podstatné definování výzkumných otázek a konkrétní hypotézy v oblasti empirického výzkumu souboru osob bez tělesného postižení a lidí s tělesným postižením.

Výzkum subjektivního zdraví a životní spokojenosti je do této doby poměrně rozsáhlý. Co se však týče porovnání dvou rozličných skupin (s/bez postižení), nejsou dostatečně zmapované. Dalo by se říct, že námi sledovaní jedinci s tělesným postižením jsou sledováni v daleko nejmenším měřítku, než je tomu u ostatních zdravotních postižení (Adamové, 2016). Rádi bychom přispěli k vyplnění mezery a k objasnění souvislostí subjektivního vnímání zdraví námi nasbíranými novými daty od respondentů v letech 2017-2018.

Naše výzkumné šetření začlenilo porovnání subjektivního vnímání zdraví zdravé populace vůči osobám s tělesným postižením. Zaměřili jsme se také na největší rozdíly sociodemografických faktorů a otázek dotazníku WHODAS 2.0. mezi oběma skupinami.

Součástí výzkumného šetření byla:

Komparace dosaženého vzdělání zdravých a jedinců s tělesným postižením

Komparace žití samostatně/v úplné/v neúplné rodině obou skupin.

Komparace partnerských vztahů.

Komparace citového zásahu zdravotních problémů.

Komparace chůze do vzdálenosti nad 1 km.

Komparace jednání s cizími lidmi.

Komparace subjektivního vnímání zdraví jedinců s tělesným postižením a jedinců intaktních.

Na základě stanovených cílů jsme formulovali následující hypotézu:

H1: Respondenti výběrového souboru s tělesným postižením mají statisticky významně nižší míru subjektivního vnímání zdraví než jedinci intaktní – zdraví.

Jak už jsme uvedli v teoretické části, vztah mezi objektivním a subjektivním vnímáním zdraví není zcela jednoduchý a může se odvíjet různými směry v závislosti na množství objektivních i subjektivních faktorů. Jak vyplývá z našeho skromnějšího cíle, naší snahou bylo porovnat respondenty s/bez postižení na základě předpokladu, že zdravý člověk vnímá své zdraví pozitivněji už jen protože, nemusí překonávat takové množství překážek, jako je tomu u respondentů s tělesným postižením.

Metody výzkumu

Metodologická východiska výzkumu tvořila důležitou fázi samotné realizace výzkumu. Na celý výzkum nám stačily vědomosti deskriptivní statistiky. Na zpracování a vyhodnocení nám tak stačilo znát program Microsoft Excel a umět s ním pracovat. Zde jsme využili funkcí (SUMA, COUNTIF, PRŮMĚR).

K vyhodnocení deskriptivní statistiky nám dále pomohly námi vytvořené tabulky k určení statistické významnosti. Tabulka obsahuje čtyři stupně procentuální významnosti velmi významné (více než 69 %), významné (50-69 %), částečně významné (30-49 %) a méně významné (menší než 30 %). Obdobnou vyhodnocovací metodu používá v rámci deskriptivní

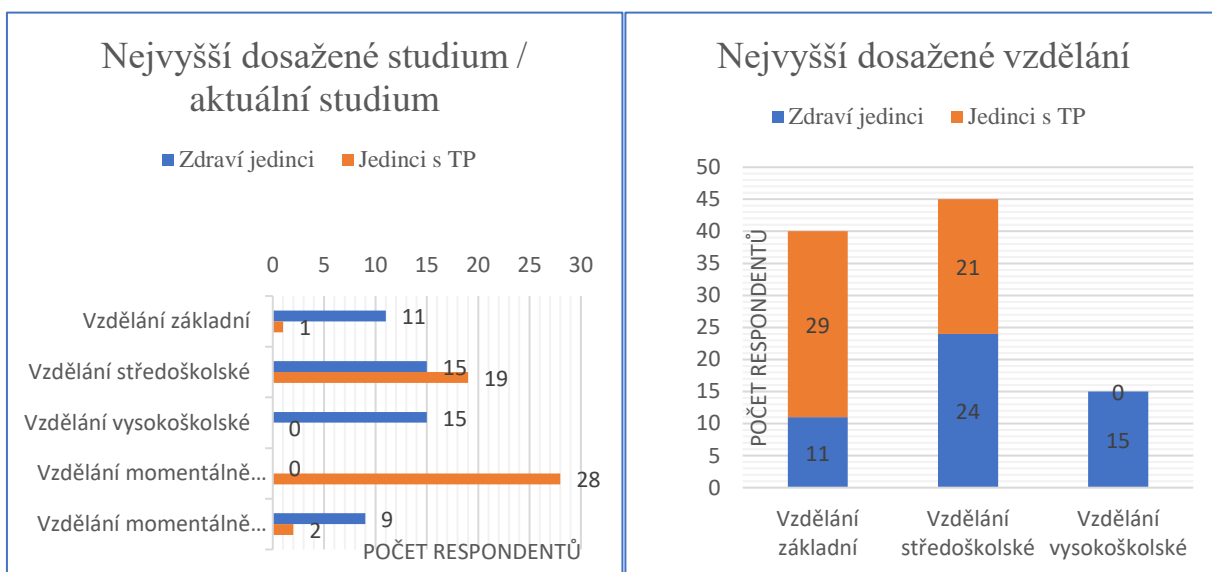
statistiky řada autorů v domácí i zahraniční literatuře, např. Kantor, 2016, Karkou a Sandersonová (2001) a další. Zároveň však je nutné říct, že se jedná pouze o odhad statistické významnosti a pro její exaktní potvrzení by bylo potřeba použít testy indukční statistiky.

K vyhodnocení hypotézy byla využita populační norma, která vznikla v letech 2000–2001 v 61 zemích na základě výzkumu Světové zdravotnické organizace, kterého se účastnilo 200 000 osob. Vzorek obsahoval 5700 adres z celé České republiky a byl získán z Centrálního registru populace České republiky (Üstün et al., 2001).

3.4. Výsledky výzkumu

V této podkapitole si ukážeme otázky s největší rozdílností mezi oběma sledovanými skupinami našeho výzkumu ať už tabulkově, či formou grafického znázornění. Graficky si znázorníme výsledky subjektivního vnímání zdraví tak, abychom mohli naši hypotézu potvrdit, či vyvrátit.

Graf č. 1 Nejvyšší dosažené studium/vzdělání



Tabulka č. 5 Procentuální významnost 1

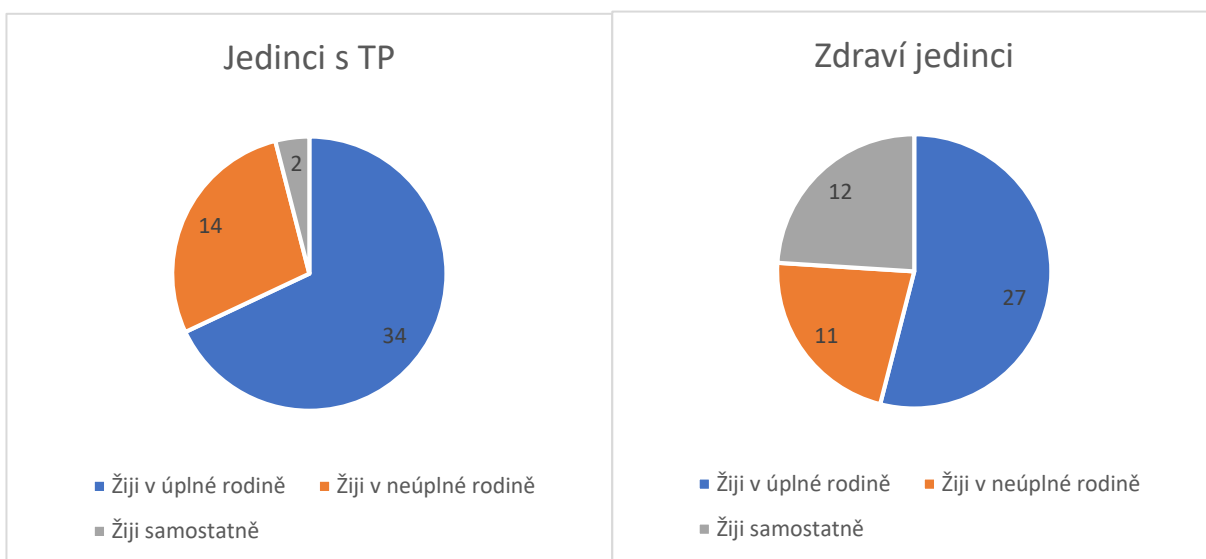
Jedinci s TP		Zdraví jedinci	
Velmi významné (více než 69%)		Velmi významné (více než 69%)	
Významné 50-69%		Významné 50-69%	
Základní vzdělání	29 respondentů (58 %)	X	
Částečně významné (30-49%)		Částečně významné (30-49%)	
Středoškolské vzdělání	22 respondentů (44 %)	Středoškolské vzdělání	24 respondentů (48 %)
X		Vysokoškolské vzdělání	15 respondentů (30 %)

Méně významné (méně než 30%)	Méně významné (méně než 30%)	
X	Základní vzdělání	11 respondentů (22 %)

Pro zpřehlednění jsme se nedrželi původních pěti odpovědí, jako je tomu v předloze dotazníku. Zjednodušili jsme samotnou otázku na tři odpovědi tak, abychom z grafu mohli jednoznačně vyčíst, o jak velký rozdíl se jedná. Je ovšem nutné dodat, že námi zobrazený výsledek může být zkreslen věkovou rozličností obou souborů. Z tohoto pohledu je první soubor zprůměrován na 21,10 let a druhý na 23,08 let.

Náš výsledek se však i přes rozdílný věkový průměr shoduje s tvrzením Michalíka et al., (2011), který tvrdí že se jedná o současný odraz reality, kde je počet osob s postižením na vysokých školách, nebo těch kteří dosáhli vysokoškolského vzdělání, výrazně nižší v porovnání s jedinci bez postižení.

Graf č. 2 Žijí v úplné/neúplné rodině/samostatně

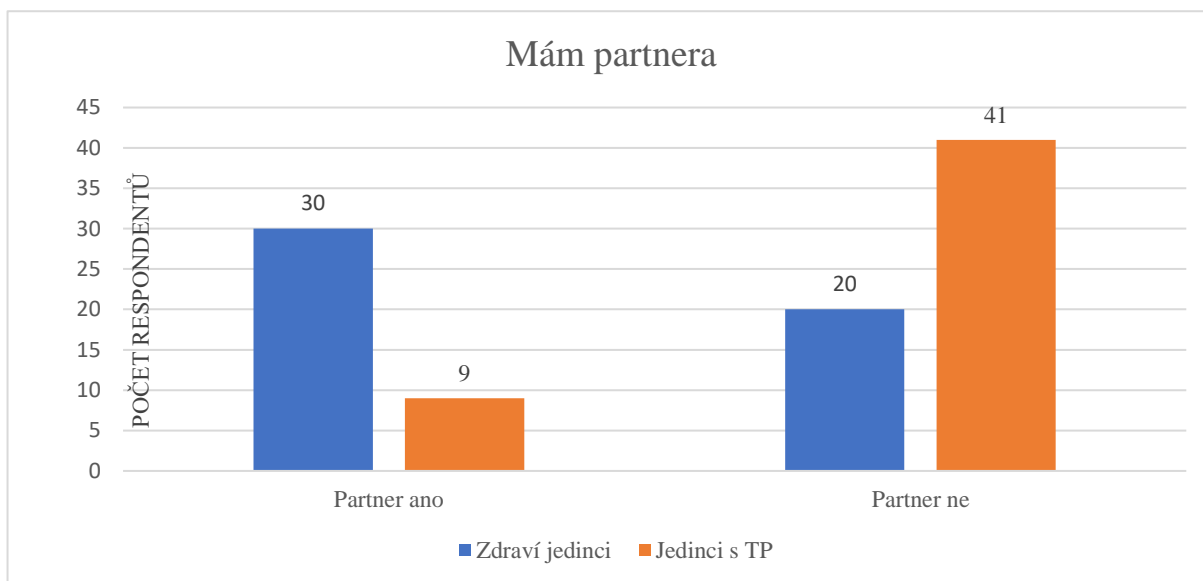


Tabulka č. 6 Procentuální významnost 2

Jedinci s TP		Zdraví jedinci	
Velmi významné (více než 69 %)		Velmi významné (více než 69 %)	
Významné (50-69 %)		Významné (50-69 %)	
Žijí v úplné rodině	34 respondentů (68 %)	Žijí v úplné rodině	27 respondentů (54 %)
Částečně významné (30-49 %)		Částečně významné (30-49 %)	
Méně významné (méně než 30 %)		Méně významné (méně než 30 %)	
Žijí v neúplné rodině	14 respondentů (28 %)	Žijí v neúplné rodině	11 respondentů (22 %)
Žijí samostatně	2 respondentů (4 %)	Žijí samostatně	12 respondentů (24 %)

Z grafu lze vyčíst, že nejvíce respondentů obou skupin žije v úplné rodině. „Žiji v úplné rodině“ se nachází v tabulce ve významné statistické oblasti. Z dat vyplývá, že je více jedinců s tělesným postižením žijících v úplných rodinách 68 %, než tomu je u zdravých jedinců, kde hovoříme o 54 %. Co ale můžeme vyčíst dál, sice z méně významné oblasti je, že jsou pouhá 4 % respondentů s tělesným postižením, kteří žijí samostatně.

Graf č. 3 Partnerský vztah



Tabulka č. 7 Procentuální významnost 3

Jedinci s TP		Zdraví jedinci	
Velmi významné (více než 69 %)		Velmi významné (více než 69 %)	
Nemá partnera	41 respondentů (82 %)	X	X
Významné (50-69 %)		Významné (50-69 %)	
X	X	Má partnera	30 respondentů (60 %)
Částečně významné (30-49 %)		Částečně významné (30-49 %)	
X	X	Nemá partnera	20 respondentů (40 %)
Méně významné (méně než 30 %)		Méně významné (méně než 30 %)	
Má partnera	9 respondentů (18 %)	X	X

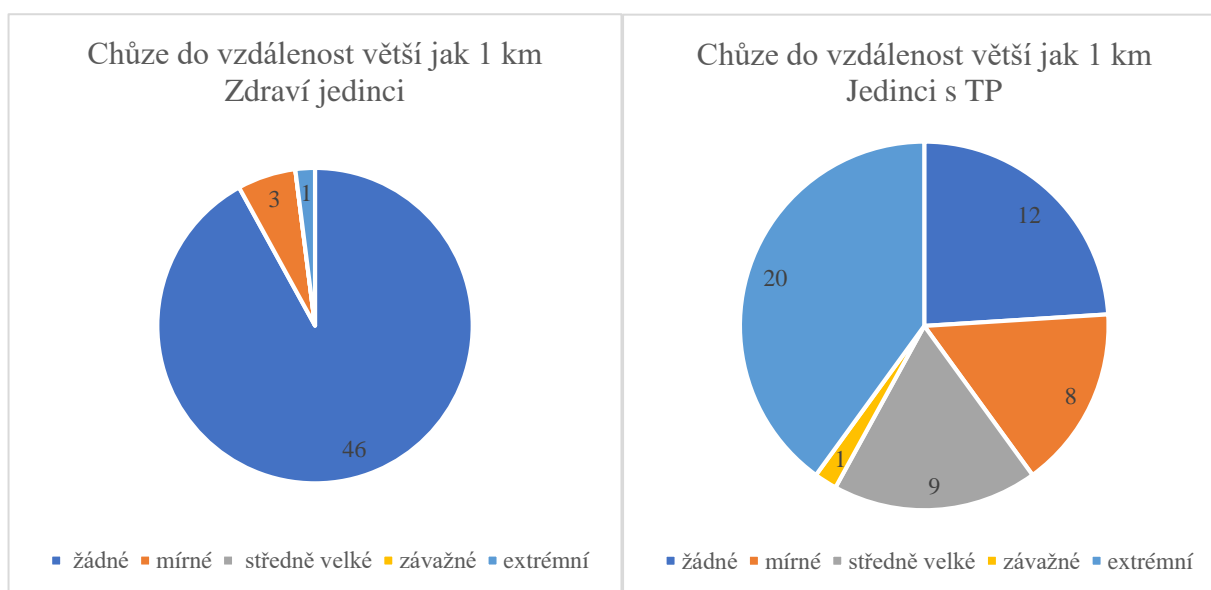
Vidíme zde jednoznačný rozdíl mezi oběma skupinami respondentů. Každý jednotlivý respondent v celém naší práci je vyjádřen 2 % ze svého souboru tak, jak to můžeme vidět v tabulkách. Proto můžeme hovořit o větší vyrovnanosti a také procentuální významnosti 60 % (s partnerem) ku 40 % (bez partnera) zdravých jedinců. Oproti 18 % (s partnerem) ku 80 % (bez partnera) jedincům z prvního výzkumného souboru.

Graf č. 4 Citový zásah zdravotních problémů



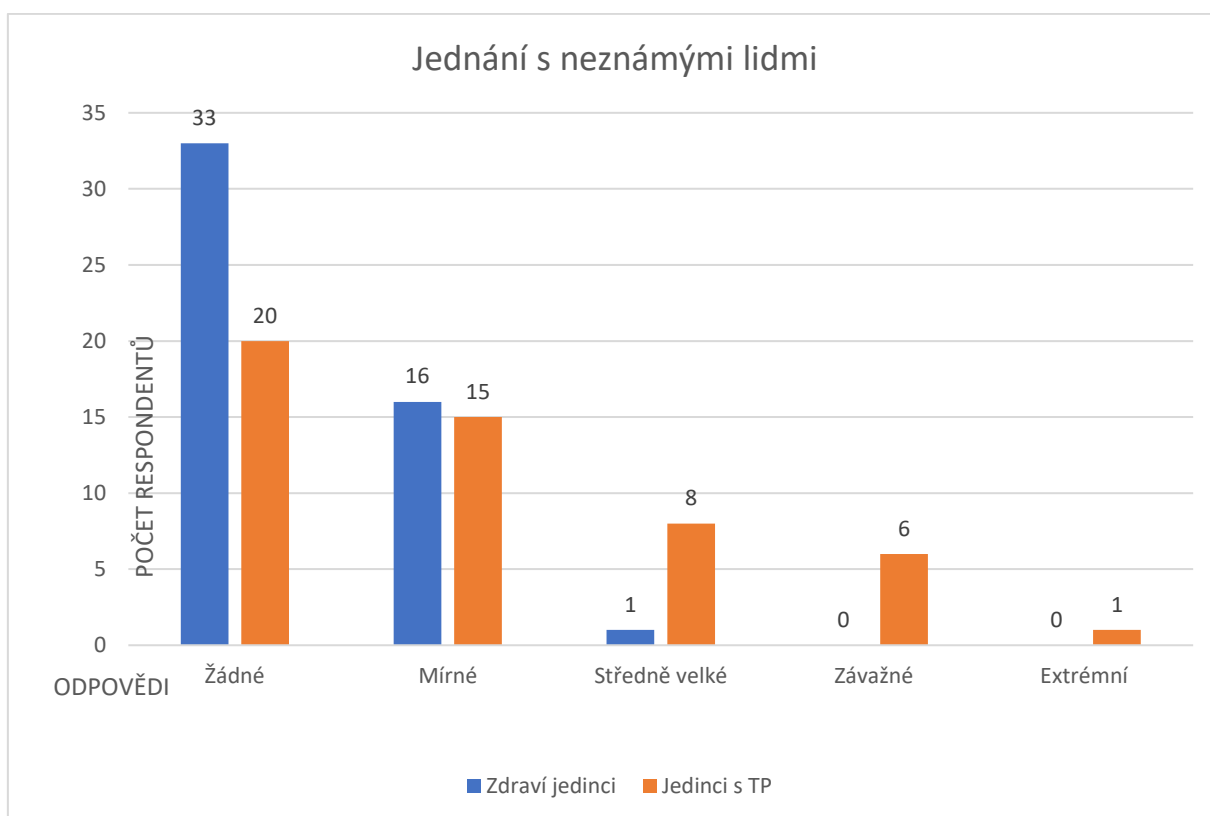
Výše uvedený graf je spjatý s druhou polovinou dotazníku, konkrétně s pátou otázkou zkrácené verze dotazníku o dvanácti otázkách. Rozdíl citového zásahu mezi oběma skupinami. Výsledek hovoří kladněji pro zdravé jedince, a to z pochopitelných důvodů, kdy se nemusí potýkat se zdravotními problémy po celý život. Jejich zdravotní problémy jsou většinou tak pouze nárazové, přechodné.

Graf č. 5 Chůze do vzdálenosti větší jak 1 km



Jedná se o otázku z dotazníku, ve které byly odpovědi obou skupin respondentů nejvíce rozdílné. Proč tomu tak je, je ze samotné otázky a tématu celé práce jasné. Tento graf tak nepřináší žádné závratné zjištění, ale pouze ilustrativně poukazuje na rozdílnost obou sledovaných vzorků a případné uvědomění si toho, jak tak banální věc (pro zdravého člověka), jako je ujít více jak jeden kilometr, může být pro jiného naprosto nemožné.

Graf č. 6 Jednání s neznámými lidmi

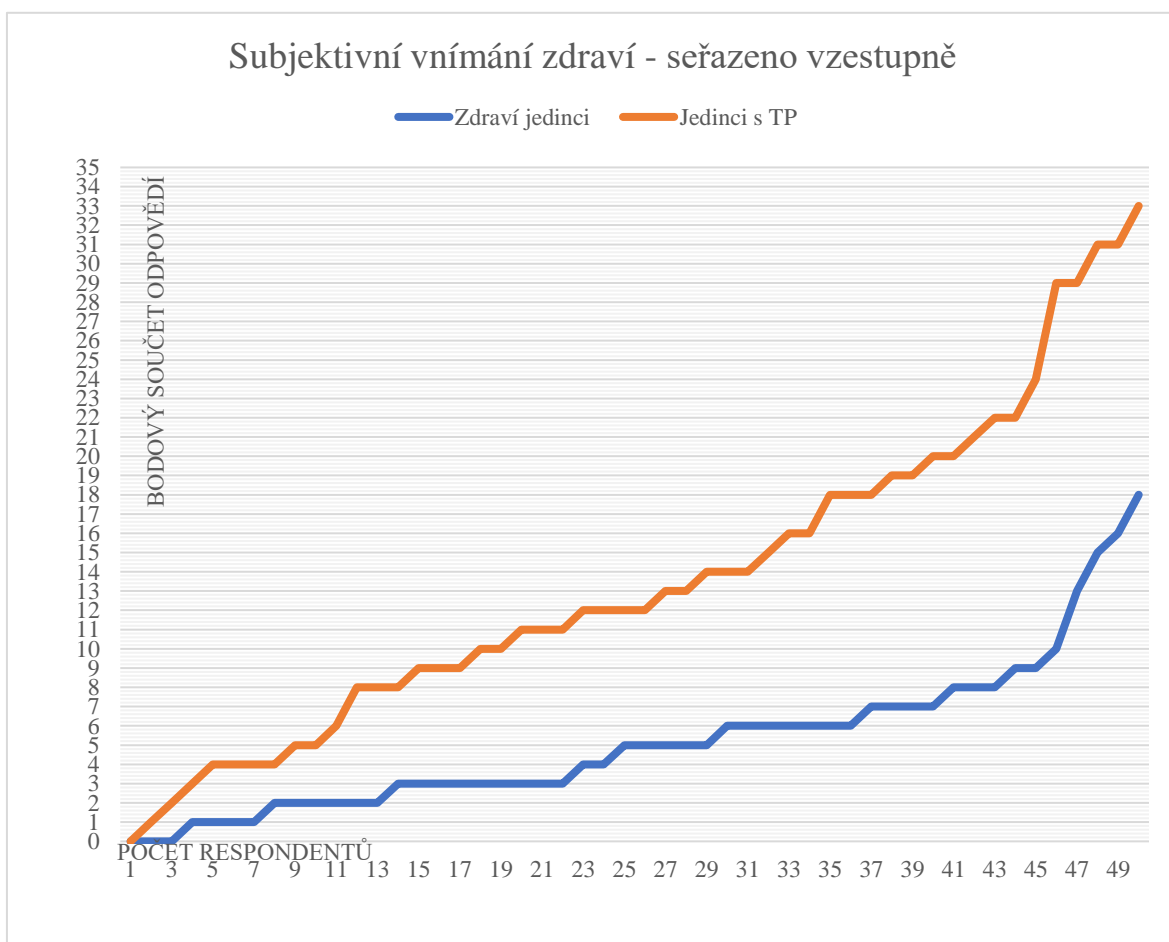


Další zajímavou otázkou v dotazníku, která dopadla rozličně u obou sledovaných skupin, bylo: „Jak velké těžkosti jste měl/a za poslední dobu 30 dnů jednat s neznámými lidmi?“. Zde se můžeme domnívat, že důvody proč, měli větší těžkosti s touto aktivitou jedinci s tělesným postižením, mohou být aspekty, jako jsou narušená komunikační schopnost, či nižší sebevědomí apod..

Graf č. 7 Subjektivní vnímání zdraví 1



Graf č. 8 Subjektivní vnímání zdraví 2



Dostáváme se ke stěžejní otázce a hypotéze celé práce, kterou je rozdíl mezi subjektivním vnímáním zdraví jedinců s/bez tělesného postižení. V grafech subjektivního vnímání zdraví můžeme vidět vyhodnocení celkových bodů z odpovědí tak, jak byla výše uvedena bodová škála a jak uvádí WHO pro dotazník WHODAS 2.0 tak, abychom námi nasbíraná data mohli porovnat se vzniklou populační normou z let 2000-2001 (Ludíková, 2016).

Tabulka č. 8 Populační norma dle WHO

Celkové skóre	Populační norma v %
0	50
2,8	63,2
5,6	73,3
8,3	78,1
11,1	82
13,9	86,5
16,7	89,6
19,4	92,4
22,2	93
25	93,8
27,8	94,7
30,6	94,9
41,7	97,2
58,3	99,7
100	100

Zdroj: (World Health Organization in Ludíková, 2016)

První soubor respondentů, tedy tělesně postižených, dosáhl průměru 13,58, což se v porovnání s normami WHO rovná percentilu 86,5 %. Průměr druhého souboru, tedy zdravých respondentů, je 5,2, což se rovná percentilu 73,3 %. Pakliže vycházíme z Ludíkové (2016), můžeme konstatovat, že náš první výzkumný soubor respondentů s tělesným postižením vnímá své zdraví pozitivně. Oproti tomu 2. soubor respondentů vnímá své zdraví velmi pozitivně.

Naším výzkumným záměrem, abychom mohli hypotézu vyvrátit či potvrdit, bylo srovnání těchto skupin, což vidíme v grafech (subjektivního vnímání), obzvláště díky seřazení dat vzestupně v 2. grafu, tak i porovnáním výsledného percentilu z populační normy. Proto můžeme říci, že se naše **hypotéza potvrzuje**, protože jak je vidět zdraví jedinci ve větší míře odpovídali na dané otázky prvními možnými odpověďmi (žádné, mírné) a jejich bodový průměr v 90 % nepřesáhl hranici 9,39 bodů, který v našem výzkumu vyjadřoval celkový

průměr bodového hodnocení odpovědí obou sledovaných souborů. Oproti tomu respondenti z první skupiny, konkrétně 68 % se pohybuje nad touto hranicí.

3.5.Diskuze

V podkapitole diskuze se podíváme na možné souvislosti výzkumného šetření a více si je probereme. Uvedeme reflexi celého výzkumu. Poukážeme na přínosy a možnosti využití práce pro další výzkumy.

Hlavní výsledky. Zjištění alias výsledek hypotézy a celého našeho výzkumu je v souladu s doposud zjištěnými výsledky zahraničních i našich výzkumů. Respondenti se somatickým postižením hodnotili statisticky významně nižší míru subjektivního vnímání zdraví oproti osobám bez postižení. Z tohoto pohledu nejsou výsledky výzkumu nijak výjimečné. Zjednodušeně tak lze říci, že existuje faktický vliv objektivního zdraví na jeho subjektivní vnímání.

Žiji v úplné/neúplné rodině / samostatně. Oba soubory se umístily v hodnotách procentuální míry statisticky významných. V méně statisticky významných, tedy pod 30 %, se pak objevily odpovědi, žiji v neúplné rodině (ty byly u obou sledovaných souborů takřka rovnocenné). Pro nás celkem zajímavé zjištění byla další odpověď, že pouhá 4 % respondentů z prvního sledovaného souboru žije samostatně oproti jedincům zdravým, kteří měli tuto odpověď zastoupenou větší měrou o 20 %. Musíme však říci, že tyto výsledky mohly být ovlivněny rozdílem věkového průměru, podobně jako u dosaženého vzdělání, kde první skupina (jedinci s tělesným postižením) dosahovala věkového průměru 21,10 a druhá skupina (zdraví jedinci) dosahovala až k 23,08 letům věkového průměru, a to i přes snahu věkové regulace výběrových vzorků od 16 do 30 let.

Partnerský vztah. Při zjišťování rozdílnosti partnerských vztahů mezi oběma skupinami jsme se dopracovali k velmi rozdílným výsledkům. Ty však potvrdily naše předpokládání, že jedinci s tělesným postižením budou v menší míře v partnerských vztazích. Dalo by se pochopit, že z hlediska zdravotního stavu a překonávání nejrůznějších životních překážek tomu opravdu tak bude. Čísla, která byla zanesena do tabulky statistické významnosti hovořila jednoznačně v neprospěch lidí s tělesným postižením, kde z nich 41 nemá partnera a pouhých 9 je v partnerském vztahu, oproti vyrovnanějšímu poměru 30 s partnerem a 20 bez partnera u jedinců zdravých.

Subjektivní zdraví. Při posouzení otázky subjektivního vnímání zdraví jsme si díky názorným grafům všimli daleko většího rozptylu hodnot odpovědí u jedinců s tělesným

postižením. Proč tomu tak je, však můžeme odpovědět pouze vlastními domněnkami, či úvahami nad souvislostmi jednotlivých otázek dotazníku. Snad za to mohou rozdíly ve vzdělání, místa bydliště, nebo míra závažnosti postižení. Rozkrytí a nalezení správné a podložené odpovědi nabízí ornou půdu pro další podrobnější výzkum. Co jsme dále vyzorovaly je fakt, že i když zdraví jedinci jsou v rámci populační normy skupinou lépe hodnotící své zdraví (velmi pozitivní), náš vzorek respondentů s tělesným postižením si také nevedl v porovnání s celosvětovým výzkumem špatně a je posuzován jako pozitivně vnímající své zdraví. Zde se nabízí úvaha související se sběrem dat, kde, jak už bylo v kapitole 3.2. uvedeno, většina vyplněných dotazníků respondenty z prvního souboru pochází z internátní školy pro tělesně postižené v Janských Lázních. Je tedy možné, že za takto pozitivní výsledek může prostředí, ve kterém se nachází.

Reflexe výzkumu. Pod tímto termínem máme namysli bližší přiblížení velikosti souboru, metody sběru dat a použité statistické metody. Soubor sledovaných vzorků byl rozdělen do dvou souborů – skupin po padesáti členech, které byli mezi sebou porovnávány. Každý jednotlivec tak pro nás znamenal 2 % ve výzkumné části. Tento počet nám umožňoval rychlé a snadné vyhodnocování odpovědí na hypotézy, a hlavně přehledné a jasně hovořící výsledky. Vše se odvíjelo od dostupnosti a možnosti získání respondentů s tělesným postižením. Zde jsme využili mého vrozeného tělesného postižení a s ním spjaté celoživotní soužití v prostředí jedinců se somatickým postižením. Dle nasbíraných dat z první skupiny jsme určili kritéria pro sběr respondentů druhého souboru (věkové rozmezí, počet), kromě tohoto vymezení jsme se pohybovali v okruhu přátel, rodiny a studentů. Je důležité podotknout, že všechny dotazníky (WHODAS 2.0. vytvořen celosvětovou zdravotnickou organizací) byly v tištěné podobě, už jen z prostého důvodu osobního kontaktu, možnosti vysvětlení nepochopených otázek za účelem získání co možná nejpravdivějších odpovědí. K vyhodnocení těchto odpovědí jsme se pohybovali v oblasti deskriptivní matematiky, kde jsme námi vypočtené výsledky zanášeli do tabulek statistické významnosti, nebo jsme je porovnávali s již dříve vzniklými výzkumy, konkrétně pak s populační normou, která vznikla v letech 2000–2001 na základě vyhodnocení celosvětového výzkumu subjektivního vnímání zdraví.

Přínosy a možnosti využitelnosti pro další výzkumy. Přínosem je použití mezinárodně uznávaného dotazníku Whodas 2.0., který je považován za vysoce validní. Dále za přínos považuji i poukázání na problematiku malého procenta partnerských vztahů lidí se somatickým postižením. Je třeba nevěnovat všechnu pozornost pouze na jejich začlenění do pracovního procesu a do společnosti, ale věnovat se těmto jedincům i po stránce

psychologické v oblasti osobního života a realizace vlastní rodiny. Přínosem lze považovat i samotné možnosti další využitelnosti.

V jejím rámci se jednoznačně nabízí přidání počtu respondentů a využití tak složitějších statistických výpočtů (např. t-test), prozkoumat a zdůvodnit příčinu tak velkého bodového rozptylu u odpovědí jedinců se somatickým postižením, aplikovat rozšířenou verzi (36 otázek), která umožňuje individuální hodnocení a porovnávání jednotlivých domén (kognitivní, mobilita, sebeobsluha, vztahy, životní aktivity, společenská participace) mezi jednotlivými respondenty.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se v první kapitole zabývala snahou co možná nejlépe popsat a přiblížit termín tělesné postižení. Co to vlastně tento termín znamená a že na něj nelze nahlížet pouze skrze diagnózu vyslovenou lékařem. Samotné rozdělení diagnóz jsme se snažili strukturovat co možná nejpřehledněji. Důležitým faktem zvolených a dále popsáných diagnóz byly vyplněné podotázky v dotaznících, o jaký druh postižení se u jednotlivých respondentů jedná, k čemuž jsme se také snažili své rozčlenění nejvíce přiblížit tak, aby každé postižení respondentů bylo v této práci zmíněno. Pro určitou celistvost práce jsme však popsali i další, nejčastěji se vyskytující tělesná postižení, která se ale v našem výběrovém vzorku neobjevila. Nejednalo se o popsání pouze samotného tělesného postižení, snahou této práce bylo také přiblížit kombinace jiných postižení s tělesným postižením. Nejvíce jsme se zaměřili na kombinace s DMO, z důvodu početnosti respondentů z prvního výzkumného vzorku s tímto tělesným postižením. V rámci přínosu bakalářské práce můžeme považovat opravení Novosadova termínu „handicap není postižení“. Za použití terminologie z MKF jsme totiž dospěli k závěru, že tento termín je nepřesný a matoucí. Pro budoucí použití navrhneme slovní spojení „porucha není postižení“.

Ve druhé kapitole, jak už jsme uváděli v úvodu, jsme se snažili o přiblížení, popsání rozdílů a porovnání vnímání subjektivního a objektivního zdraví. Dále jsme uvedli nejčastější faktory ovlivňující naše subjektivní vnímání zdraví (dědičnost, pohlaví, věk, sociální prostředí, situační faktory, pozitivní myšlení a životní styl). Zajímavou podkapitolou byly vlivy vzájemného působení psychiky na zdraví, kde hlavními sledovanými termíny byly zdraví, tělo a duše, jejich vzájemné prolnutí a působení na sebe samé a psychiku člověka. Dovolil jsem si zde uvést i vlastní pohled, jakožto jedince s tělesným postižením, pro pochopení intaktního čtenáře, působení vlivu zdraví na psychiku.

Výzkum a použité statistické vyhodnocení se může zdát poněkud naivně jednoduché, jelikož jsme použili pouze vědomosti deskriptivní statistiky. Podotknout však musíme, že tato práce není konečná a s výsledky a daty se dále máme v plánu zabývat v rámci hlubšího bádání a použití významnějších statistických a testovacích metod ovšem s vyšším počtem respondentů ve výzkumných souborech v navazující diplomové práci. Vyšší počet respondentů by mohl s větší validitou ukázat, zda závěry v této bakalářské práci odpovídají skutečnosti, nebo byly negativně ovlivněny počtem respondentů a metodami jejich výběru.

Co však můžeme říct o výsledcích nynějšího výzkumu, je, že subjektivní vnímání námi obou sledovaných skupin vyšlo až neočekávaně pozitivně v porovnání s celosvětovým

měřítkem. Snad kromě otázky partnerského vztahu lze závěrem konstatovat, že nynější pozice jedinců s tělesným postižením ve společnosti v České republice není zdaleka tak rozdílná, oproti intaktní populaci, jak jsme na začátku předpokládali.

ZDROJE

1. ADAMOVE, J. *Subjektívne zdravie a životná spokojnosť*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého. 2016.
2. BIGGE, J., BEST, J., S., HELLER, K. *Teaching Individuals with Physical or Multiple Disabilities*. 3. vyd. New York: Macmillan Publishing Company. 2010. ISBN 0-675-21017-8.
3. BJONER, J. B., KRISTENSEN, T. S., ORTH-GOMÉR, K., TIBBLIN, G., SULLIVAN, M., WESTERHOLM, P.: *Self-Rated Health: a useful concept in research, prevention and clinical medicine*. Ord & Form AB, Uppsala, 1996.
4. BRÁZDIL, J.; HADAČ, J., MARUSIČ, P.: *Farmakorezistentní epilepsie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 263 s. ISBN 80-7254-562-0.
5. BUIJSSEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.
6. EUROSTAT: Technical Group on Health and Health Interview Survey (HIS) Statistics. Working dokument, meeting 14-15 May 2009. Direktorát F: Sociální statistika a informační společnost, oddělení F-5: Statistika zdraví a bezpečnosti potravin, Lucemburk, 144 s.
7. FISCHER, Slavomil; ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika : edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vydání 1. Praha : Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
8. FEDERICI, S.; MELONI, F. WHODAS II: Disability self-evaluation in the ICF conceptual frame. 2010. In: STONE, J. H., BLOUIN, M. (Eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Dostupné z WWW: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/299/>. Prevezaté 15. 1. 2016.
9. FEDERICI, S.; MELONI, F.; LO PRESTI, A. International Literature Review on WHODAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II). *Life Span and Disability*. č. 1, roč. 12, s. 83-110. 2009. ISSN 2035-5963.
10. HAMBORSKY, J.; KROGER, A.; WOLFE, Ch. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*, 13th ed.; Public Health Foundation: Washington D.C., 2015.
11. HADFIELD, Sue. *Pozitivní myšlení: jak změnit svůj přístup a dívat se na život optimisticky*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4848-1.

12. HNILICA, K. Vlivy socioekonomického statusu a přírodní katastrofy na zdraví a spokojenost se životem. *Československá psychologie*, č. 1, roč. 50, s. 16-35. 2006. ISSN 0009-062X.
13. HOFSTEDE, Geert a Gert Jan HOFSTEDE. *Kultury a organizace: software lidské mysli : spolupráce mezi kulturami a její důležitost pro přežití*. Praha: Linde, 2007. ISBN 978-80-86131-70-2.
14. HROMÁDKOVÁ, Lada. *Šilhání*. Vyd. 2., dopl. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. ISBN 80-7013-207-8.
15. JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4730-5.
16. KÁBELE, F. *Rozvíjení hybnosti a řeči u dětí s DMO*. 1.vyd. Praha: SPN, 1988.
17. KÁBELE, F. ET AL. *Somatopedie*. Praha: SPN,1993.
18. KANTOR, J. *Výstupy edukačního procesu v oblasti sociálních kompetencí žáků s dětskou mozkovou obrnou*. Olomouc, 2013. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci. ..Fakulta speciální pedagogiky. Vedoucí práce Libuše Ludíková.
19. KAPOUNEK, B., KAPOUNEK, A. *Ortopedie a neurologie pro speciální pedagogy*. Praha : SPN, 1989.
20. KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, č. 4, roč. 47. 2003. ISSN 0009-062X.
21. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
22. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
23. KOLÁŘ, P. et al. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. Vyd. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978- 80-7262-657-1
24. KOUKOLÍK, František. 2012. *Lidský mozek: [funkční systémy, norma a poruchy]*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-771-4.
25. KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Osoby s kombinovanými vadami z pohledu psychopedie. IN
26. KRAUS, J. ŠANDERA, O. *Tělesné postižení dítěte*. Praha : SPN, 1975.
27. KRAUS, J. ET AL.. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

28. KREIDL, M. Mohou rozdíly v laickém chápání zdraví vysvětlit rozdíly v subjektivním zdravotním stavu mezi statusovými skupinami? Sociologický časopis, roč. 44, s. 5585. 2008. ISSN 0038-0288.
29. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
30. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. 2002. ISBN 80247-0179-0.
31. KUCHYNKA, P. *Oční lékařství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1163-8.
32. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
33. LESNÝ, I. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. 2., přepracované vyd. Praha: Avicenum, 1985.
34. LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
35. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80244-5059-9.
36. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015, 312 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.
37. MAREŠ, J. (2005). *Kvalita života a její proměny v čase u téhož jedince*. Československá psychologie, 49, 19-33.
38. MELICHAROVÁ, H. *Autismus – diagnostika a terapie*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita. 2006.
39. MICHALÍK, J. ET AL. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
40. MONATOVÁ, Lili. *Pedagogika speciální: [určeno pro posluchače fakulty pedagogické]*. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 8021010096.
41. MONATOVÁ, L. *Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením: sborník z konference somatopedické společnosti k 50. výročí založení Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity*. Brno: Paido, 1996. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-18-4.
42. NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

43. OBENBERGER, J.; SEIDL, Z. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7
44. OPATŘILOVÁ, D. ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido-edice pedagogické literatury, 2007. ISBN 978-807-3151-379.
45. OREL, M. ET AL. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 2012. ISBN 978-80247-3737-9.
46. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ O. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada, 2008. ISBN isbn978-80-247-1587-2.
47. PIPEKOVÁ, J. ET AL. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
48. REGEC, V. STEJSKALOVÁ, K. ET AL.. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3203-8.
49. RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0532-6.
50. RŮŽIČKOVÁ, V. ET AL. *Basic of Special Education of Persons With Visual Impairment*. 1.vyd. Olomouc: UP. 2012. ISBN 978-80-244-3097-3.
51. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
52. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. ET AL. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
53. ŠLAPAL, R. *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 1996. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-17-6.
54. ŠOLCOVÁ, I. Psychosociální stres: Přehled současných poznatků. *Československá psychologie*, č. 3, roč. 40, s. 237-247. 1996. ISSN 0009-062X
55. ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. Subjektivní zdraví: Současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. *Československá psychologie*, č. 1, roč. 50, s. 1-15. 2006. ISSN 0009-062X.
56. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X
57. THOROVÁ, K., 2008. *Poruchy autistického spektra: včasná diagnóza branou k účinné pomoci*. 2. vyd. Praha: Apla. ISBN 978-80-254-6339-0.
58. THOROVÁ, K., 2012. *Poruchy autistického spektra*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262- 0215-8.

59. ÜSTÜN. T. et al, 2001. *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001*. GPE Discussion Paper 37.
60. TICHÁ, Iveta. *Psychologie zdraví 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3367-7.
61. TUBEUF, S., JUSOT, F., DEVAUX, M., SERMET, C. (2008): *Social heterogenity in selfreported health status and measurment of inequalities in health*. Working paper č.12, 2008-06. Institut de recherche et documentation de la santé, Paris, 25 s.
62. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
63. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.
64. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), in: *Sbírka zákonů České republiky*, 2004, částka 190, s. 10262–10324.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. BÍLKOVÁ, I. Plochá noha. FYZIOklinika – fyzioterapie a rehabilitace – Praha 4, Chodov [online]. Copyright © 2011 [cit. 06.08.2018]. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/plocha-noha>

SEZNAM TABULEK, SCHÉMAT A GRAFŮ

Tabulky

Tabulka č. 1 Kombinace postižení s DMO

Tabulka č. 2 Procentuální rozdělení postižení 1. skupiny

Tabulka č. 3 Procentuální rozdělení pohlaví 1. skupiny

Tabulka č. 4 Procentuální rozdělení pohlaví 2. skupiny

Tabulka č. 5 Procentuální významnost 1

Tabulka č. 6 Procentuální významnost 2

Tabulka č. 7 Procentuální významnost 2

Tabulka č. 8 Populační norma dle WHO

Schémata

Schéma 1. Vzájemné interakce procesu a disability

Grafy

Graf č. 1 Nejvyšší dosažené studium/vzdělání

Graf č. 2 Žiji v úplné/neúplné rodině/samostatně

Graf č. 3 Partnerský vztah

Graf č. 4 Citový zásah zdravotních problémů

Graf č. 5 Chůze do vzdálenosti větší jak 1 km

Graf č. 6 Jednání s neznámými lidmi

Graf č. 7 Subjektivní vnímání zdraví 1

Graf č. 8 Subjektivní vnímání zdraví 2

ANOTACE

Jméno a příjmení:	David Buriánek
Katedra:	Speciální pedagogiky
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Vnímání subjektivního zdraví u osob s tělesným a kombinovaným postižením.
Název v angličtině:	Perception of subjective health by people with physical and combined disabilities.
Anotace práce:	<p>V teoretické části práce proběhne seznámení s tělesným postižením a jeho kombinací s jiným druhem postižení. Zaměření, jak na psychickou, tak fyzickou stránku jedinců s tímto postižením a na celkovou problematiku daného tématu.</p> <p>Praktická část práce vyhodnocuje nasbírané odpovědi z oficiálního dotazníku Whodas 2.0.. Pomocí tohoto dotazníku porovnááme jedince s tělesným, či kombinovaným postižením s intaktní populací v ČR.</p>
Klíčová slova:	Subjektivní zdraví, Tělesné postižení
Anotace v angličtině:	<p>The theoretical part of the bachelor thesis introduces physical disability and its combination with other types of disabilities. It focuses on the psychical and physical aspects of individuals with this disability and on the overall issue of the topic.</p> <p>The practical part of the thesis introduces the results of the questionnaire Whodas 2.0. I compared subjective perception of the health of the individual with physical or combined handicap with the intact population in the Czech republic.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Somatic disability, Subjective health
Rozsah práce:	38 s. (72 828 znaků)
Jazyk práce:	Český