

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Konceptualizace sociální participace osob s tělesným postižením  
Conceptualization of social participation of people with physical disabilities

Denisa Dragoszová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: B SPPG 2

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Konceptualizace sociální participace osob s tělesným postižením potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

V Praze dne 14. 4. 2024

Tímto bych chtěla poděkovat doc. PaedDr. Vandě Hájkové Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a za poskytnuté cenné rady. Dále bych ráda poděkovala všem účastníkům výzkumného šetření za jejich čas, ochotu a spolupráci.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá sociální participací osob s tělesným postižením, konkrétně osob s poškozením míchy. Cílem práce je zjistit, jak v dnešní době poškození míchy ovlivňuje sociální participaci a ujasnit tak koncept sociální participace osob s poškozením míchy. V teoretické části práce je definováno tělesné postižení, uvedeno jeho dělení a vliv na osobnost jedince. Dále je vymezeno poškození míchy, stupně a následky tohoto poškození a je definována sociální participace se zaměřením na osoby s tělesným postižením. Pro praktickou část práce byl zvolen smíšený výzkum soustředěný primárně na výzkum kvalitativní, který byl realizován polostrukturovanými rozhovory a doplněn dotazníkovým šetřením. Výzkumný vzorek rozhovoru byl tvořen čtyřmi dospělými osobami s poškozením míchy a výzkumný vzorek dotazníku dvanácti odborníky pracujícími s osobami s tímto poškozením. Získaná data byla analyzována procesem otevřeného kódování a vzniklé kódy byly následně kategorizovány, čímž vzniklo sedm kategorií. Kategorie byly interpretovány za použití techniky vyložení karet. Provedeným šetřením bylo zjištěno, že sociální participace osob s poškozením míchy je v současnosti nejvíce omezena v oblasti zaměstnání, a že k největšímu zlepšení došlo v oblasti bezbariérovosti veřejné dopravy. Mezi faktory, které omezují sociální participaci těchto osob nejvíce, se řadí bariéry prostředí a také přístup společnosti.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

sociální participace, tělesné postižení, poškození míchy

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with social participation of people with physical disabilities, specifically people with spinal cord injury. The aim of the thesis is to find out how spinal cord injury currently affects social participation and to describe the concept of social participation of people with spinal cord injury. In the theoretical part of the thesis, physical disability, its classification and influence on the individual's personality are defined. Furthermore, spinal cord injury, degrees and consequences of this injury are described as well as social participation with a focus on people with physical disabilities. For the practical part of the thesis, mixed research focused primarily on qualitative research was chosen, which was carried out by semi-structured interviews and supplemented by a questionnaire survey. The interview research sample consisted of four adults with spinal cord injury and the questionnaire research sample of twelve professionals working with people with this injury. The collected data were analyzed through an open coding process and the resulting codes were subsequently categorized, resulting in seven categories. These categories were interpreted using a card layout technique. The research revealed that social participation of people with spinal cord injury is currently most restricted in the area of employment and that the greatest improvement has occurred in the area of barrier-free public transport. Among the factors that limit the social participation of these people the most are environmental barriers and society's approach.

## **KEYWORDS**

social participation, physical disability, spinal cord injury

## Obsah

Úvod.....	7
Teoretická část.....	8
1 Tělesné postižení.....	8
1.1 Klasifikace tělesného postižení .....	8
1.2 Vliv tělesného postižení na osobnost jedince .....	10
2 Poškození míchy .....	13
2.1 Stupně poškození míchy .....	14
2.2 Následky poškození míchy .....	15
3 Sociální participace .....	18
3.1 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.....	18
3.2 Sociální participace osob s tělesným postižením .....	20
3.3 Faktory ovlivňující sociální participaci osob s tělesným postižením .....	23
Praktická část.....	26
4 Výzkumné šetření .....	26
4.1 Metodologie.....	26
4.2 Analýza a interpretace dat .....	29
4.3 Odpovědi na výzkumné otázky .....	41
Diskuse .....	43
Závěr.....	45
Seznam použitých informačních zdrojů .....	47
Seznam příloh.....	51

# Úvod

Sociální participace osob s tělesným postižením je jedním z důležitých témat speciální pedagogiky. Speciální pedagogika usiluje o vytvoření inkluzivního prostředí, ve kterém jsou osoby s postižením plně začleněny a respektovány. Podporuje aktivní a plnohodnotnou účast všech jedinců na veškerých aspektech společenského života. Téma konceptualizace sociální participace osob s tělesným postižením bylo pro tuto práci zvoleno, protože je otázka sociální participace osob s tělesným postižením aktuální a měla by jí být věnována patřičná pozornost, aby mohlo být docíleno zlepšení kvality života těchto osob.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak v dnešní době ovlivňuje poškození míchy jako získané tělesné postižení sociální participaci a ujasnit tak koncept sociální participace osob s poškozením míchy. Pro tuto práci byl tedy okruh osob s tělesným postižením zúžen na osoby se získaným tělesným postižením, konkrétně na osoby s poškozením míchy.

V teoretické části práce je pro zařazení poškození míchy do kontextu tělesného postižení nejprve definováno tělesné postižení, uvedeno jeho dělení včetně příkladů a vliv tohoto postižení na osobnost jedince. Druhá kapitola se věnuje vymezení poškození míchy, jsou zde popsány stupně tohoto poškození a také jeho následky. Třetí kapitola je věnována pojmu sociální participace. Obsahuje jeho definování, popis Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a sociální participace osob s tělesným postižením. Dále je zde věnována pozornost přístupu společnosti k osobám s tělesným postižením a předsudkům vůči těmto osobám jako důležitým faktorům ovlivňujícím jejich sociální participaci.

Praktická část práce je popsána ve čtvrté kapitole. Pro výzkumné šetření byl zvolen smíšený výzkum zaměřený primárně na výzkum kvalitativní, který byl realizován polostrukturovanými rozhovory a doplněn dotazníkovým šetřením. Pro rozhovor byly jako respondenti zvoleny čtyři dospělé osoby s poškozením míchy a pro dotazník dvanáct odborníků, kteří s osobami s poškozením míchy pracují. Se získanými daty bylo pracováno technikou otevřeného kódování. Následnou kategorizací vzniklo sedm kategorií, které byly interpretovány technikou vyložení karet. Nakonec byly formulovány odpovědi na výzkumné otázky.

# Teoretická část

## 1 Tělesné postižení

Tělesné postižení spadá pod pojem zdravotní postižení. Dle článku 1 Úmluvy OSN (Organizace spojených národů) o právech osob se zdravotním postižením „*Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.*“ (Ministerstvo zahraničních věcí, 2010).

Tělesné postižení je definováno mnoha autory. Pro účely této práce si tělesná postižení definujeme jako „*...přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození.*“ (Vítková, 2019, s. 49).

Následující definice odpovídá současnému holistickému (celostnímu) přístupu „*Osoby s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu. Jejich společným znakem je omezení v pohybu. Tělesné postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Motorika, vnímání, kognice a emoce jsou od sebe neoddělitelné a vzájemně propojené. Tělesná motorika může být postižena jen mírně, při těžším motorickém postižení jsou však pohybové možnosti člověka omezeny podstatně.*“ (Vítková, 2019, s. 11). Tato definice také reflektuje přechod speciální pedagogiky k dnes používanému pojmu „osoba s postižením“ od dříve používaného „postižená osoba“. Tento přechod znázorňuje, že postižení je sice důležitou součástí osobnosti jedince, ale není jeho jedinou součástí. Jedinec tak není primárně definován postižením (Krhutová, 2013).

### 1.1 Klasifikace tělesného postižení

Existují různá dělení tělesného postižení, používá se například dělení na základě postižené části těla, a to na obrny (centrální a periferní), amputace, deformace a malformace (Vítková, 2019). Z hlediska pohyblivosti jedince se pak tělesné postižení dělí také na lehké (schopnost samostatného pohybu), středně těžké (umožňuje pohyb s pomocí ortopedických pomůcek) a těžké (neschopnost samostatného pohybu). Můžeme se setkat také s členěním z hlediska hybnosti – postižení dolních končetin, horních končetin, mluvidel a mimiky a kombinace těchto



postižení (Buřvalová, Reitmayerová, 2007). Mezi jedno z nejčastěji používaných patří dělení na vrozená a získaná tělesná postižení, kterému se budeme v této práci blíže věnovat.

### **Vrozená tělesná postižení**

Na vzniku vrozených neboli kongenitálních tělesných postiženích se podílí několik faktorů působících v prenatálním, perinatálním a raně postnatálním období. K těmto faktorům řadíme dědičnost, infekční onemocnění matky v době těhotenství (např. toxoplazmóza), rentgenové záření, vliv léků a toxických látek, úrazy, komplikované porody (např. protrahovaný nebo překotný porod), nedonošenost a jiné (Renotírová, 2003).

Renotírová (2003) dělí vrozená postižení do tří skupin. První skupinu tvoří vrozené vady lebky a páteře a řadí se zde např. brachycefalie, makrocefalus a rozštěpy lebky, rtu, čelisti, patra a páteře. Druhou skupinou jsou vrozené vady končetin a růstové odchylky a patří sem např. amélie, syndaktylie, luxace, achondroplazie nebo také gigantismus a nanismus. Poslední skupinu představují centrální (mozek a mícha) a periferní (obvodové nervstvo) obrny lišící se rozsahem a stupněm závažnosti. Dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (ochrnutí úplné). Může k nim dojít před narozením, během porodu až přibližně do 1-4 let věku dítěte. Nejznámější z nich je mozková obrna (dříve dětská mozková obrna), která se projevuje nejen poruchou hybnosti, ale také např. poruchami řeči, sníženými rozumovými schopnostmi a epileptickými záchvaty. Vyskytuje se formách spastických a nespastických.

### **Získaná tělesná postižení**

Získaná postižení představují stejně jako postižení vrozená velice různorodou skupinu. Jejich příčinou mohou být deformace, různé úrazy a nemoci. Podle příčiny sem řadíme tři následující skupiny (Renotírová, 2003):

První skupinou jsou získané deformace. Tyto deformace vznikají kvůli nesprávnému držení těla, nejčastěji se jedná o ortopedické vady páteře. Mezi deformace páteře v sagitální (předozadní) rovině patří např. hyperlordóza nebo hrudní kyfóza. Častěji se však setkáváme s deformacemi ve frontální (čelní) rovině, při kterých jde o boční vychýlení od středové roviny. Do této skupiny spadají různé typy skolióz, jejichž dělení je na základě místa vzniku na krční, hrudní a bederní.

Další skupinu představují tělesná postižení vzniklá po nemoci. Mezi tato onemocnění se řadí např. revmatická horečka způsobující postižení srdce, mozku a kloubů (zejména kolenního, loketního, ramenního a hlezenního). Postupně je postiženo více kloubů – ty bývají zduřené, teplé a napjaté, což má za následek bolestivé aktivní i pasivní pohyby. Dalším onemocněním, které zde spadá, je dětská infekční obrna, jejímž důsledkem jsou záněty míšních nervových buněk. V nejtěžších případech dochází až k ochrnutí různých částí těla. Dále sem patří také Perthesova choroba (zánětlivé onemocnění hlavice stehenní kosti – ztrácí odolnost a kvůli tlaku při pohybu může být deformována) a progresivní svalová dystrofie (svalové onemocnění vznikající na základě metabolických a dědičných poruch).

Poslední skupinu představují tělesná postižení jako následek úrazů. Jedny z nejtěžších úrazů bývají způsobeny při dopravních nehodách, živelních katastrofách a při zasažení elektrickým proudem. Řadí se sem úrazová poškození periferních nervů jako např. neuropraxis nebo obrna pažní pleteně. Dále zde spadají úrazy, jejichž následkem je amputace (umělé oddělení části orgánu nebo části/celé končetiny). Příčinou amputace může být kromě úrazů také cévní onemocnění, zhoubné nádory nebo sepse. Do této skupiny spadají také úrazová onemocnění mozku a míchy, mezi která patří otřes mozku, zhmoždění mozku nebo jeho části a zlomeniny obratlů, které mívají za následek poškození míchy.

## 1.2 Vliv tělesného postižení na osobnost jedince

Mezi charakteristické rysy osob s tělesným postižením patří ztížení až ztráta schopnosti pohybu, problematická koordinace pohybů, poruchy jemné motoriky a projevy atypických až patologických pohybových stereotypů (Novosad, 2011). Tělesné postižení se však neprojevuje pouze poruchou funkce pohybového systému, ale ovlivňuje také rozvoj celé osobnosti a podílí se na vytvoření specifické sociální situace, která spoluurčuje společenské postavení jedince (Vágnerová, 2008). Důsledky tělesného postižení se tedy projevují v somatických, psychických a sociálních aspektech. Významným faktorem ovlivňujícím život osob s tělesným postižením je úroveň soběstačnosti, která je dána schopností pohybu a sebeobsluhy (Opatřilová, Zámečníková, 2014).

K somatickým aspektům můžeme mimo výše zmíněné (ztížení až ztráta pohybu, problematická koordinace pohybů, poruchy jemné motoriky a motoriky mluvidel, atypické pohybové stereotypy) zařadit rovněž výkonovou deprivaci, zvýšenou unavitelnost, obtíže se spaním nebo zvýšenou závislost na kompenzačních pomůckách. V důsledku motorického

poškození mluvidel se často vyskytuje také porucha artikulace (Opatřilová, Zámečnicková, 2014).

Mezi psychické aspekty se řadí citová a podnětová deprivace, poruchy sebepojetí, emoční labilita, neadekvátní prožívání, nedostatečná motivace a neurotické potíže (Opatřilová, Zámečnicková, 2014). Sebehodnocení jedince s postižením je častokrát ve větší míře ovlivněno tělesným vzhledem, než kdyby se jednalo pouze o postižení pohybových funkcí (Vágnerová, 2008).

Mezi sociální aspekty patří problémy s emancipací a osamostatňováním, komunikační bariéry, izolovanost, nezkušenost v partnerských vztazích, problematické navazování sociálních vztahů a zvládání sociálních rolí (Opatřilová, Zámečnicková, 2014). Pro dospělé jedince je důležité zvládání zejména role profesní, partnerské a rodičovské. Partnerská a rodičovská role bývají brány jako důkaz normality (Vágnerová, 2008). Vytváření a udržování sociálních vztahů ovlivňuje také přijetí či nepřijetí postižení jedincem samotným (Opatřilová, Zámečnicková, 2014). K jedinci s tělesným postižením bývá často přistupováno tak, jako by byl automaticky postižen také intelektově, dochází ke zkreslenému hodnocení ze strany jeho sociálního okolí, které od něj mívá nízká očekávání (Novosad, 2011). Tělesné postižení představuje sociální znevýhodnění, přináší změnu v postojích a v chování druhých lidí (Vágnerová, 2008).

Sociální postavení a psychika člověka se vyvíjí u osob s vrozeným tělesným postižením a osob se získaným tělesným postižením rozdílně (Novosad, 2011). Vrozené postižení ve větší míře ovlivňuje vývoj dítěte, které tak nemůže získat určité zkušenosti, není však tak subjektivně traumatizující, protože je jedinec na své postižení adaptován (Vágnerová, 2008). Život člověka s vrozeným postižením zpočátku zahrnoval jednotlivé aspekty postižení. Tyto osoby získaly potřebné zkušenosti a dovednosti, zvládají určité sociální role, usilují o okolnostem přiměřené cíle a ví, jaké prostředky využít. Mívají čas adaptovat se na svou situaci, přijmout ji a najít si cestu k seberealizaci (Novosad, 2011). Získané postižení představuje větší psychické trauma, protože má jedinec srovnání, ví, co ztratil (Vágnerová, 2008). Tito jedinci nemají možnost postupné adaptace, dochází u nich k náhlé změně zdravotního stavu, sociálního statusu a k vzhledové odlišnosti. Dochází k zásahu do kvality života a k omezení aktivit a příležitostí, což se negativně promítá do všech stránek jejich života. Může také dojít ke ztrátě zaměstnání a z toho plynoucí ztrátě zajištění, ke změně postojů okolí vůči jedinci nebo i k rozpadu rodiny. Náhlá změna pracovní výkonnosti, pohyblivosti a soběstačnosti vede k rozpadu dosavadních jistot, představ a životních plánů (Novosad, 2011).

U všech forem pohybového postižení je klíčové zajistit účinnou kompenzaci omezeného pohybu. Nedostatečná kompenzace by mohla způsobit vyloučení jedince s tělesným postižením z mnoha aktivit, které dříve úspěšně vykonával, a omezit tak jeho účast ve společnosti (Vítková, 2006).

### **Kvalita života osob s tělesným postižením**

V textu jsme zmínili, že se získáním postižení dochází k zásahu do kvality života (anglicky Quality of Life – QoL). Jedná se o multidimenzionální koncept, který je zkoumán v pedagogice, medicíně, psychologii, sociologii a v dalších vědních oborech, stále tak nemá jednotnou definici (Gurková, 2011). Světová zdravotnická organizace (anglicky World Health Organization, dále jen WHO) definuje QoL tímto způsobem: *„Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům... zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a enviromentálním kontextu... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“.*“ (WHO in Mareš a kol., 2006, s. 25).

Vzhledem k obsáhlosti tohoto pojmu se při jeho zkoumání rozděluje do jednotlivých složek, pro jejichž popsání vymezila WHO šest oblastí: oblast fyzickou, psychickou, úroveň nezávislosti, společenské vztahy, prostředí a osobní přesvědčení. K měření kvality života WHO vytvořila dotazník WHOQOL-100 skládající se ze 100 položek a jeho zkrácenou verzi WHOQOL-BREF s 26 položkami. (Baštecká, Mach, 2015)

Pro kvalitu života související se zdravím se používá označení HRQL (anglicky Health-Related Quality of Life). Jedná se o užší pojem, než je kvalita života (Mareš a kol., 2006). *„HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav.“* (Centers in Mareš a kol., 2006, s. 30) HRQL vyjadřuje subjektivní vnímání vlivu nemoci a její léčby na každodenní život, zachycuje somatickou, psychologickou a sociální oblast (Mareš a kol., 2006).

## 2 Poškození míchy

Mícha je dlouhá nervová trubice uložená v páteřním kanálu. Prochází jednotlivými obratli páteře, jejichž zlomení, roztržení nebo posunutí může vést k jejímu poškození. Páteř je tvořena sedmi krčními (C1-C7) obratli, dvanácti hrudními (Th1-Th12), pěti bederními (L1-L5), pěti křížovými (S1-S5) srostlými v křížovou kost a 4-5 kostrčními (Co1-Co4/Co5). Mícha začíná na úrovni obratle C1 a končí na úrovni obratle L2. Vychází z ní míšní nervy, které ji spojují s jednotlivými částmi těla a informují ji o tom, co tělo cítí. Tyto informace jsou následně míchou přenášeny do mozku, který je zpracuje a vysílá informace zpět do míchy, která je přes míšní nervy přenáší do svalů. Takto dochází k ovlivňování svalové činnosti mozkiem. Při poškození míchy dochází k poškození cití a ovládaného pohybu těla pod poškozenou částí. Informace o tom, co tělo cítí, se nedostanou do mozku a informace vysílané mozkiem nemohou projít přes poškozenou část míchy ke svalům. (Faltýnková a kol., 2004)

Poškození míchy neboli míšní léze nejčastěji vzniká jako následek úrazů, jejichž nejčastější příčinou jsou dopravní nehody, dále pak také pády z výšky nebo skoky do mělké vody. K tomuto poškození však může dojít například i následkem fyzického napadení, střelného nebo bodného poranění, při zánětlivém onemocnění nebo se může jednat o poškození vrozené (Faltýnková a kol., 2004). Podle místa poškození míchy se projevují různé následky, čím je poškození blíže krční páteři, tím je stav závažnější (Vítková, 2019). Při poškození míchy nevznikají pouze poruchy hybnosti a citlivosti, ale také poruchy mikce a defekace, tedy procesu vyprázdnění močového měchýře a vyprazdňování stolice (Renotierová, 2003).

Jedinec s poškozenou míchou je v nemocnici umístěn na spinální jednotce, kde se intenzivně věnuje rehabilitaci a nácviku ovládnání mikce a defekace. Po dvou až třech měsících se přesouvá do rehabilitačního ústavu (např. Kladruby, Hrabyně, Luže-Košumberk), ve kterém pokračuje v započaté rehabilitaci s cílem dosáhnout co nejvyšší úrovně soběstačnosti. (Faltýnková a kol., 2004; Faltýnková, 2012)

Osobám s poškozením míchy se v České republice věnuje například Centrum Paraple v Praze, které podporuje osoby s poškozením míchy v samostatnosti a osobní nezávislosti. Jeho hlavní službou je pobytová sociální rehabilitace poskytována v třítydenních cyklech (Centrum Paraple, ©2024). Dalším příkladem je ParaCENTRUM Fénix v Brně, které osobám s poškozením míchy poskytuje komplexní zdravotní a sociální služby a napomáhá jim tak v cestě k aktivnímu a soběstačnému životu (ParaCENTRUM Fenix, ©2024).

## 2.1 Stupně poškození míchy

Podle výšky poškozeného segmentu rozlišujeme tetraplegii (neboli kvadruplegii), vysokou paraplegii a nízkou paraplegii. Tetraplegie nastává při poškození míchy v krčním segmentu. Dochází k částečné ztrátě pohyblivosti horních končetin a k úplné ztrátě pohyblivosti těla a končetin dolních. Toto poškození způsobuje také potíže při dýchání a kašlání. Jedinci s tetraplegií mají zachovanou částečnou citlivost na tvářích, šíji, ramenou a rukou. Na těle a nohou nemají žádné cití (Faltýnková a kol., 2004). Tetraplegie se podle výšky poškozeného segmentu, poruchy funkce trupových svalů a aktivního pohybu končetin rozděluje na čtyři stupně (Faltýnková, 2012):

### 1. stupeň (C4, C4/5)

Jedinci s prvním stupněm nejsou schopni sedět bez opory zad, při různých úkonech potřebují stálou oporu asistenta. Mohou mít zachovaný aktivní pohyb ramen k uším, který je však minimálně využitelný.

Do prvního stupně tetraplegie se v některých případech řadí také jedinci s pentaplegií, tedy s poškozením míchy nad čtvrtým krčním obratlem (C1-C3). U těchto jedinců dochází mimo jiné také k ochrnutí bránice, takže bývají částečně nebo trvale odkázáni na plicní ventilátor.

### 2. stupeň (C5, C5/6)

Jedinci se stupněm druhým jsou schopni sedět opřeni o natažené a zevně rotované paže s uzamčenými loketními klouby, nejsou ale schopni zvednout ruce a udržet rovnováhu. Pro případ ztráty stability je při sezení nutné, aby byl v blízkosti asistent. Tito jedinci mají zachovanou aktivní hybnost ramenního kloubu a funkční ohnutí lokte. Prostřednictvím ortéz a kompenzačních pomůcek mohou dosáhnout pasivního funkčního úchopu.

### 3. stupeň (C6, C6/7)

Jedinci s třetím stupněm jsou schopni sedět opřeni o natažené paže s uzamčenými loketními klouby, jednu ruku jsou schopni zvednout do úrovně ramen a dělat pomalé pohyby při stálém vyrovnávání rovnováhy. Opět je nutné, aby byl nablízku asistent. Tito jedinci mají plnou aktivní hybnost ramenních kloubů, plnou sílu ohybačů lokte a zvedačů zápěstí. Jsou schopni dosáhnout aktivního funkčního úchopu.

#### 4. stupeň (C7, C7/8)

Jedinci se čtvrtým stupněm poškození míchy jsou schopni sedět i bez podepření o horní končetiny. Jsou schopni zvednout jednu ruku nad hlavu a pohybovat s ní, druhou se opírají. V sedě jsou schopni se předklonit a narovnat. Mají plnou hybnost loketního kloubu, zápěstí a mohou mít zachovanou i úchopovou funkci ruky.

Vysoká paraplegie je stav, který nastává při poškození míchy v segmentu horní části zad. Dochází k částečné ztrátě pohyblivosti těla a k úplné ztrátě pohyblivosti dolních končetin. I při vysoké paraplegii může být částečně omezené dýchání a kašláni. Jedinci s vysokou paraplegií mají zachovanou citlivost od hrudi nahoru, na břichu a nohou nemají žádné cití. Vysoká paraplegie je označována jako 5. stupeň (Th1-Th6) poškození míchy, při kterém jsou jedinci schopni sedět bez opory, zvednout obě horní končetiny současně nad hlavu a pohybovat s nimi všemi směry. (Faltýnková a kol., 2004)

Při poškození míchy v segmentu dolní části zad nastává nízká paraplegie. Při nízké paraplegii dochází k úplné nebo částečné ztrátě pohyblivosti dolních končetin. Tito jedinci mají zachovanou citlivost od břicha nahoru a částečné cití na nohou. Jedná se o 6. stupeň (Th10-L) poškození míchy, při kterém jsou jedinci schopni sedět bez opory a házet a chytat míč nad hlavou. (Faltýnková a kol., 2004)

## 2.2 Následky poškození míchy

Po poškození míchy nastává míšní neboli spinální šok, který trvá v rozmezí čtyř až osmi týdnů. Jedná se o stav, kdy mícha přestane vykonávat reflexní činnost, končetiny jsou bezvládné, chybí citlivost pro dotyk, bolest, teplo a chlad. Dochází k poruše reflexní činnosti močového měchýře a k výraznému zpomalení činnosti střev. Kůže je náchylná k otlakům a ke vzniku proleženin. (Faltýnková, 2012)

Prognóza se po poškození míchy určuje těžce, pokud se však po 3-4 měsících od poškození neobjeví pod úrovní poškození nějaká aktivní hybnost, nelze již většinou očekávat významnou obnovu pohybu. V případě neúplných poškození ale lze pomocí rehabilitace dojít k pozitivním změnám. (Faltýnková, 2012)

Poškození míchy jako získané tělesné postižení je pro jedince značným psychickým traumatem (viz kapitola 1.2). Každý jedinec na něj reaguje trochu jinak, většinou však tito jedinci prožívají pocity jako je hněv, lítost, strach a nejsou schopni uvěřit tomu, co se stalo

(Faltýnková, 2012). Často se u nich vyskytují také deprese, beznaděj, ztráta zájmu o komunikaci a uzavírání se do sebe. Velmi důležitá je pro ně podpora a akceptace od rodiny a přátel. U většiny jedinců se časem intenzita výše zmíněných pocitů snižuje a začínají novou situaci přijímat (Faltýnková a kol., 2004).

Jak už bylo výše zmíněno, při poškození míchy nevznikají pouze poruchy hybnosti a citlivosti, ale také poruchy mikce a defekace (Renotírová, 2003). Jedinci s poškozením míchy necítí, kdy je močový měchýř naplněn. Močový měchýř je totiž inervován míšními nervy v oblasti obratlů Th12-L1, tedy v oblasti pod poškozením míchy. Někteří jedinci se však naučí vnímat naplnění močového měchýře prostřednictvím jiných pocitů, kterými mohou být například husí kůže nebo mravenčení (Faltýnková, 2012). Je důležité, aby se naučili, jak ovládat močení, aby nedocházelo k nekontrolovatelným únikům moči a k infekcím, které vznikají při neúplném vyprázdnění močového měchýře. Vyprazdňování močového měchýře se provádí buď vyklepáváním a jemným tlačáním na dolní část břicha nebo cévkováním (katetrizací), které může probíhat pomocí jednorázového nebo permanentního katetru. Jedinci po poškození míchy mohou mít spastický (poškození přenosu vzruchů do mozku) nebo ochablý (poškození nervů mezi měchýřem a míchou) močový měchýř. V případě defekace jedinci opět nemusí cítit potřebu vyprázdnění a musí se tak naučit náhradnímu způsobu vyprazdňování. Střeva mohou být taktéž spastická (poškozená inervace do mozku) nebo ochablá (poškozená inervace mezi střevy a míchou). U spastických střev se k vyprazdňování využívají čípky, u ochablých je někdy potřeba stolici odstranit prsty (Faltýnková a kol., 2004).

U jedinců s poškozením míchy snadno dochází ke vzniku proleženin, jinak označovaných jako dekubity, které se velmi těžce hojí. Zpravidla se vyskytují v křížové a hýžd'ové oblasti a pod oběma patami (Renotírová, 2003). Jedná se o místo poškození oblasti kůže a měkkých tkání následkem dlouhotrvajícího tlaku (např. při sezení na vozíku nebo ležení ve stejné poloze). Jedinci s poškozením míchy většinou nepříjemný tlak necítí, a tak jako prevenci proleženin musí pravidelně měnit polohu a tělo si kontrolovat. Proleženiny se vyskytují ve čtyřech stupních, kterými jsou zarudnutí, puchýř, nekróza a vřed a může k nim dojít již během několika málo hodin (Faltýnková, 2012).

Jedinci s tetraplegií a vysokou paraplegií mají problém také s kašlem, protože mají ochrnuté svaly, které při vykašlávání pomáhají. U těchto dvou skupin se vyskytuje také autonomní dysreflexie, která je způsobena drážděním v ochrnuté části těla. Mezi její příznaky patří prudké bolesti hlavy, vysoký krevní tlak, pocení a zarudnutí ve tváři. Tímto způsobem tělo reaguje na bolest, kterou jedinec necítí. Příčinou bolesti může být např. plný močový měchýř,



infekce močových cest, zácpa nebo proleženiny. Autonomní dysreflexie je nebezpečná situace, důležité je včas odhalit její příčinu a začít ji léčit (Faltýnková a kol., 2004). Běžné jsou u tetraplegie a vysoké paraplegie také vegetativní kolapsy způsobené nedostatečnou cirkulací krve v ochrnutých částech těla. Jedinci trpí závratěmi nebo slabostmi, které se vyskytují při posazení nebo při vertikalizaci do stoje po dlouhém ležení (Faltýnková, 2012).

Mezi zdravotní důsledky při poškození míchy dále patří také porucha termoregulace, která se více projevuje u jedinců s tetraplegií a vysokou paraplegií. Za běžných okolností se lidské tělo dokáže přizpůsobit horkému nebo chladnému počasí a regulovat tělesnou teplotu, jedincům s poškozením míchy však tato schopnost v ochrnutých částech těla chybí. Hrozí jim tak přehřátí nebo prochlazení. Jejich kůže je z důvodu horšího prokrvení také mnohem citlivější ke vzniku popálenin a omrzlin. (Faltýnková, 2012)

Mezi zdravotní důsledky dále patří otoky na končetinách (kvůli nedostatečné cirkulaci krve), sexuální dysfunkce a spasticita. Spasticita znamená zvýšení svalového napětí a šlachových reflexů. Objevují se spasmy, tedy mimovolní záškuby, chvění nebo křeče, které jsou reflexní odpovědí míchy na podráždění. Dochází k nim, když je pod poraněným segmentem míchy nepoškozená inervace. Nervy jsou tedy schopny převádět vzruchy z těla do míchy, ale přes poškozenou míchu už se vzruchy nedostanou do mozku, takže jsou posílány stejnou cestou zpět do svalů, což způsobí záškuby. (Faltýnková, 2012)

### 3 Sociální participace

Participace v nejširším slova smyslu znamená účast na něčem, účastenství, podíl (Pančocha, 2013). „*Obecně je možné participaci vnímat jako účast jedinců na společenských procesech, a to jak na procesech rozhodovacích, tak i na aktivitách společenských (angažovanost v nejrůznějších oblastech života) a politických.*“ (Pančocha, 2013, s. 43) Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (2008, s. 22) definuje participaci jako „*zapojení do životní situace*“. Sociální participace se vyskytuje ve třech kategoriích, a to ve vzdělávání a zaměstnání, sociálních vztazích a volnočasových aktivitách (Gold a kol. in Heppe a kol., 2020).

V zahraniční studii byla provedena syntéza padesáti pěti definic sociální participace a na jejich základě vytvořena souhrnná definice: „*...social participation can be defined as a person's involvement in activities providing interactions with others in community life and in important shared spaces, evolving according to available time and resources, and based on the societal context and what individuals want and is meaningful to them.*“ (Levasseur a kol., 2022, s. 8).

Sociální participace je důležitým pojmem v ergoterapii. Cílem ergoterapie je zvýšit kvalitu života osob s omezenou nebo narušenou funkční schopností, zajistit jejich účast v každodenních aktivitách, zlepšit jejich výkonnost a zvýšit jejich kompetence za účelem zvýšení jejich sociální participace (Akyurek, 2017).

Úspěšná sociální participace je zvláště důležitá během dospívání, kdy dochází k významným životním změnám. Mezi tyto změny patří přechod ze školy do zaměstnání, navazování partnerských vztahů a osamostatňování (Schulenberg a kol. in Heppe a kol., 2020).

#### 3.1 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF) byla vydána Světovou zdravotnickou organizací v roce 2001. V klasifikaci je prezentován biopsychosociální model postižení, který je propojením medicínského a sociálního modelu. Participace se jako koncept začala prosazovat se zavedením této klasifikace (Pančocha, 2013).

Klasifikace se skládá ze dvou částí, z nichž každá obsahuje dvě komponenty. První část pojednává o funkční schopnosti a disability a skládá se z komponent „*tělesné funkce a struktury*“ a „*aktivity a participace*“. Druhá část pojednává o spolupůsobících faktorech a skládá

se z komponent „faktory prostředí“ a „osobní faktory“ (MKF, 2008). Jednotlivé komponenty jsou definovány takto (MKF, 2008, s. 22):

- *„Tělesné funkce jsou fyziologické funkce tělesných systémů (včetně funkcí psychických).“*  
*„Tělesné struktury jsou anatomické části těla jako orgány, končetiny a jejich součásti.“*
- *„Aktivita je provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověkem.“*  
*„Participace je zapojení do životní situace.“*
- *„Faktory prostředí vytvářejí fyzické a sociální faktory a postoje lidí, kde lidé žijí a uskutečňují své životy.“*
- *„Osobní faktory jsou spolupůsobící faktory, které se vztahují k jedinci, jako jsou věk, pohlaví, společenský stav, životní zkušenosti a další...“ (MKF, 2008, s. 222)*

Každá z těchto komponent se skládá z různých domén a může být vyjádřena jak z pozitivního, tak z negativního hlediska (MKF, 2008). Negativní hledisko je pro tělesné funkce a struktury vyjádřeno poruchou: *“Poruchy jsou problémy tělesných funkcí nebo struktur, jako je signifikantní odchylka nebo ztráta.”* (MKF, 2008, s. 22). U aktivity jsou to její limity (hranice): *„...limity jsou obtíže, které člověk může mít při provádění aktivit.“* (MKF, 2008, s. 22), u participace její omezení: *„...problémy, které člověk může prožívat při zapojení do životních situací.“* (MKF, 2008, s. 22) a u faktorů prostředí to jsou bariéry.

Komponenta aktivity a participace se skládá z devíti domén a to z: učení se a aplikace znalostí, všeobecných úkolů a požadavků, komunikace, pohyblivosti, péče o sebe, života v domácnosti, mezilidských jednání a vztahů, hlavních oblastí života a života komunitního, sociálního a občanského (MKF, 2008). Jako příklad aktivity můžeme uvést přípravu jídla (doména život v domácnosti). Participace je pak výkon dané aktivity (přípravy jídla) ve společenské situaci, například účast na placeném zaměstnání (kuchař). Jako participaci tedy můžeme označit výkon určité aktivity v určitém prostředí, které může být facilitující (usnadňující) nebo omezující (Pančocha, 2013).

*„Postižení (disability) je zastřešující pojem pro poruchy, hranice aktivit a omezení participace. Označuje negativní hlediska interakce mezi jedincem (se zdravotním problémem) a spolupůsobícími faktory daného jedince (faktory prostředí a faktory osobní).“* (MKF, 2008, s. 221)

## 3.2 Sociální participace osob s tělesným postižením

Sociální participace jedinců s postižením je ve speciální pedagogice nutným předpokladem pro inkluzivní vzdělávání a také cílem výchovných, vzdělávacích a podpůrných opatření. Inkluzivní aktivity se vztahují ke školnímu prostředí, stejně tak však můžeme uvažovat v celospolečenském kontextu. Jedinec s postižením se totiž nepohybuje pouze ve školním prostředí, kromě role žáka zastává také další sociální role. (Pančocha, 2013)

Situaci, kdy je každý jedinec schopen plně participovat ve společnosti a nikdo není omezován nedostatkem práv, absencí zaměstnání, špatným zdravotním stavem nebo nedostatkem vzdělání, můžeme definovat jako sociální inkluzi (Robinson in Pančocha, 2013). Anderliková (2014, s. 42) definuje sociální inkluzi jako stav, kdy *„...je každý člověk ve své individualitě společností přijímán a má možnost se plně do ní zapojit.“* Sociální inkluze se zaměřuje na vytváření takových možností, aby se každý člověk mohl účastnit stejných aktivit jako ostatní (Heppe a kol., 2020). Sociální participace a sociální inkluze spolu tedy velmi úzce souvisí.

Postižení je v sociálním smyslu definováno jako sociální a kulturní překážka jedince žít ve společnosti snadno a nezávisle (Akyurek, 2017). Může omezovat účast jedince v každodenních aktivitách a snižovat jeho sociální participaci (Heppe a kol., 2020). Proto je nezbytné zajistit vhodné sociokulturní prostředí, které osobám s postižením umožní rozvíjet jejich dovednosti a získat místo ve společenském životě. Participačními aktivitami můžeme označit aktivity, které vznikají během interakce jedince s ostatními lidmi (s rodinou, vrstevníky nebo přáteli) v určitém sociálním systému (Akyurek, 2017).

*„Největší překážkou v tom, aby se člověk plně zapojil do společenského života, není tělesné postižení, nýbrž mýty, obavy a nedorozumění, které s nimi společnost spojuje.“* (Murphy, 2001, s. 95) Omezení participace se u osob s postižením nejčastěji vyskytuje ve vzdělávání, v uplatnění na trhu práce, v komunitním a politickém životě a ve volnočasových aktivitách (Pančocha, 2013).

### **Sociální vztahy, vzdělání, zaměstnání a volnočasové aktivity osob s tělesným postižením**

Sociální vztahy se vytváří především v rodině, ve škole, v zaměstnání a ve skupině vrstevníků. Vytváření a udržování sociálních vztahů jedinců s tělesným postižením ovlivňuje omezení pohybu, izolování v rodině, odlišný tělesný vzhled, případné narušení komunikačních

schopností nebo také závislost na asistenci druhé osoby. Může je také narušit hyperprotektivní nebo úzkostná výchova rodičů a přijetí či nepřijetí postižení jedincem samotným. Navazování sociálních vztahů jedinců s tělesným postižením ovlivňují také postoje a činnosti druhých lidí (Opatřilová, Zámečnicková, 2014). Tito jedinci mohou vzbuzovat extrémní postoje, být izolováni, odmítáni, stát se objekty posměchu nebo být také ochraňováni a opečováváni (Vágnerová, 2008).

Jedinci s tělesným postižením jsou vzděláváni ve školách hlavního vzdělávacího proudu nebo ve školách zřízených podle §16 odstavce 9 školského zákona. Řadí se mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. *„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.“* (Zákon č. 561/2004 Sb., §16 odst. 1) Podpůrná opatření jsou poskytována bezplatně v pěti stupních a rozumí se jimi *„nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta.“* (Zákon č. 561/2004 Sb., §16 odst. 1) Pokud nejsou podpůrná opatření k naplňování vzdělávacích možností a uplatňování práv na vzdělávání dostatečná, může být jedinec zařazen do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízené pro jedince s tělesným postižením (případně pro jedince se souběžným postižením více vadami). Na vzdělávání jedinců s tělesným postižením mohou mít značný vliv sociální vztahy. Záleží na tom, jak moc bude třídní kolektiv ochoten jedince přijmout mezi sebe a do jaké míry s ním budou ostatní sociální vztahy navazovat. V kontaktu s intaktními vrstevníky může docházet ke zraňujícím zkušenostem (Opatřilová, Zámečnicková, 2014).

Stejně jako v sociálních vztazích se i v zaměstnání odráží postoj společnosti. Postoj zaměstnavatele totiž ovlivňuje jeho ochotu zaměstnávat jedince s postižením. Zaměstnávání osob s tělesným postižením ovlivňují také obavy zaměstnavatele ze snížené výkonnosti, neochota upravit podmínky na pracovišti nebo nedostatečná informovanost (Procházková, 2019). Nezaměstnanost je u osob se zdravotním postižením ve srovnání s intaktní populací výrazně vyšší a je zásadně ovlivněna stupněm postižení (Janíčko, 2015). Dle zákona o zaměstnanosti (Zákon č. 435/2004 Sb.) jsou osobami se zdravotním postižením fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním, druhém nebo třetím stupni a také osoby zdravotně znevýhodněné. Tento zákon také stanovuje nástroje podpory zapojení osob se zdravotním postižením na trh práce, mezi které se řadí:

- pracovní rehabilitace: „*Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené.*“ (Zákon č. 435/2004 Sb., §69 odst. 2)
- příspěvek na zřízení pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením – tato místa jsou zřizována pro osoby se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce na dobu minimálně tři let
- příspěvek na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se zdravotním postižením
- chráněný trh práce: „*Chráněný trh práce je tvořen zaměstnavateli, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců a se kterými Úřad práce uzavřel písemnou dohodu o jejich uznání za zaměstnavatele na chráněném trhu práce...*“ (Zákon č. 435/2004 Sb., §78 odst. 1), zaměstnavatelům na chráněném trhu práce je poskytován příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením
- povinnost zaměstnavatelů vyhradit 4 % míst pro osoby se zdravotním postižením nebo tuto povinnost kompenzovat (povinnost se vztahuje na zaměstnavatele s více než 25 zaměstnanci)

Dalším nástrojem pro zapojení jedinců se zdravotním postižením na trh práce je rekvalifikace. Ta je u těchto osob nižší než u intaktních, což může být kromě zdravotních bariér ovlivněno také nižším zájmem vyplývajícím z nízké aktivity při hledání práce. Rekvalifikace však mají u těchto osob vysoký efekt. (Janíčko, 2015)

Také u volnočasových aktivit dochází k omezení participace jedinců s tělesným postižením. „*Bariéry při trávení volného času osob s postižením, stejně jako v inkluzi školní a na trhu práce, nacházíme nejen v oblasti fyzického prostředí a fyzické či psychické kondice jedince, ale též na úrovni sociální, a to zejména v postojích veřejnosti.*“ (Pančocha, 2013, s. 72) Tělesné postižení může být přímou překážkou pro zapojení se do aktivit nebo pro přijetí vrstevníky (Opatřilová, Zámečnicková, 2014). I jedinci s tělesným postižením se však mohou účastnit nejrůznějších pohybových aktivit. Například pro jejich zapojení do cyklistiky byl vytvořen handbike, který se ovládá pomocí horních končetin (Bartoňová, Rybová, 2013). Existuje také několik forem lyžování přizpůsobených pohybovým možnostem jedinců, mezi které se řadí třístopé a čtyřstopé lyžování, při kterém se využívá stabilizátorů k udržení rovnováhy (např. u jedinců s jednostrannou amputací) nebo také sit skiing využívající

přizpůsobené lyže pro jedince používající ortopedický vozík (Bartoňová, 2013). Pro jedince s kvadruplegií bylo také vytvořeno rugby na vozíku, které je kombinací prvků rugby, basketbalu a házené. Jedná se o týmovou hru pro muže i ženy, při které proti sobě hrají dva čtyřčlenné týmy. Rugby na vozíku je spolu s dalšími sporty zařazeno do sportů v paralympijských hrách, které jsou vrcholnou soutěží pro sportovce se zdravotním postižením (Český PARA sport, ©2024; Český paralympijský výbor, ©2011-2024).

Všechny oblasti sociální participace jedinců s tělesným postižením mohou být tedy ovlivněny přístupem, předsudky a postoji druhých lidí. V postojích veřejnosti je důležitou proměnnou věk. U starších lidí můžeme vidět nižší míru akceptace jedinců s postižením, protože většinu svého života prožili v době, kdy nebylo obvyklé setkávat se s jedinci s postižením, v pracovním prostředí pak ještě méně. Jejich postoje tak mohou být ovlivněny tím, že neví, jak se k těmto jedincům chovat a jak s nimi komunikovat. Kontakt s jedinci s postižením však může předsudky a negativní postoje snižovat. Osobní zkušenost přispívá k otevřenějšímu a vstřícnějšímu přístupu, zejména pak ta postavená na dobrovolné bázi. (Procházková, 2019)

### 3.3 Faktory ovlivňující sociální participaci osob s tělesným postižením

Mezi faktory, které ovlivňují participaci, se dle MKF řadí osobní faktory a faktory prostředí. Osobní faktory se skládají z vlastností jedince, které nejsou součástí zdravotních problémů a MKF je pro jejich příliš široký rozsah blíže neklasifikuje. Mezi faktory prostředí, které mohou participaci omezovat nebo usnadňovat, se řadí fyzické a sociální faktory a postoje lidí. (MKF, 2008)

Omezující faktory představují pro osoby s tělesným postižením například fyzické bariéry prostředí. Fyzické bariéry jsou skutečná omezení v prostředí, která komplikují nebo znemožňují pohyb osob s postižením v daném prostředí (Opatřilová, Zámečnicková, 2014). Fyzické bariéry jsou tedy například schody nebo chybějící nájezdy. Usnadňujícím faktorem je pak prostředí bezbariérové, které je definováno jako prostředí, které je z hlediska možnosti pohybu a orientace vstřícné pro každého bez rozdílu (Filipiová, 2002). Mezi faktory, které mohou omezovat či usnadňovat sociální participaci osob s tělesným postižením, se dále řadí také přístup a předsudky veřejnosti.

## **Přístup společnosti k osobám s tělesným postižením**

Osoby s tělesným postižením zaujímají ve společnosti různé postavení, od okrajového až po rovnocenné (Vítková, 2006). Ve speciální pedagogice se často můžeme setkat s periodizací přístupů společnosti k jedincům s postižením dle jednotlivých historických období, jedná se však spíše o převládající tendence, neboť přístup k těmto jedincům nebyl vždy jednoznačný (Titzl in Slowík, 2016). Slowík (2016) uvádí následující přístupy společnosti k jedincům s postižením:

Období starověku, kdy byla nízká úroveň i dostupnost lékařské péče, je typické represivním přístupem. Jedinci s postižením byli zneužíváni, zotročováni nebo i usmrčovani. Existují však archeologické nálezy dokládající přežívání i těžce postižených osob vyžadujících vysokou míru pomoci.

Pro středověk je charakteristický přístup charitativní, který je spojený zejména s křesťanstvím a s pohledem na člověka s postižením jako na objekt milosrdenství. V tomto období vznikaly klášterní špitály a hospice, úroveň pomoci i přístup pečujících osob však byly na různé úrovni.

Novověk je spojen s přístupem humanistickým. Dochází k rozvoji medicíny a ke specializaci v přístupu k osobám s různým typem postižení. Jsou zakládány instituce na pomoc a péči o tyto osoby. Nejde již jen o zajištění pomoci ke kvalitnímu přežívání, ale o pomoc ke smysluplnému životu ve společnosti.

Přístup na přelomu 19. a 20. století je označován jako rehabilitační, dochází k propojování léčby s výchovou a vzděláváním. Charakteristická je snaha o rehabilitaci (znovu uschopnění) člověka s postižením pro život v běžné společnosti. Jedinci, kteří nebyli schopni rehabilitovat dostatečně, se stávali objektem institucionální péče. Docházelo tak k cílené segregaci těchto jedinců.

Období po 2. světové válce je spojeno s přístupem preventivně-integračním, jehož cílem byla prevence vzniku postižení, což zahrnovalo i snahu předcházet narození dítěte s vrozenou vadou nebo poruchou. Postupně se začala řešit integrace jedinců s postižením do majoritní společnosti.

Současným přístupem je přístup inkluzivní, který spočívá v přirozeném začleňování osob s postižením do běžné společnosti. Slowík však uvádí, že se společnost podle všeho po segregáčnických tendencích stále nestihla připravit na změny, které s inkluzí souvisí.



## **Předsudky vůči osobám s tělesným postižením**

Předsudek znamená předpojatost, názorovou strnulost. Může se vztahovat k čemukoliv, nezávisí na konkrétní situaci a neopírá se o porozumění (Hartl, 2004). Předsudky vůči lidem s tělesným postižením jsou mnohdy zesilovány obavami, neinformovaností a postoji veřejnosti (Novosad, 2011). Postoje veřejnosti bývají ambivalentní, jedinci s postižením mohou být předmětem soucitu a zároveň vzbuzovat odpor nebo také ostych z neznalosti, jak se k nim chovat. Tyto postoje často vycházejí z neinformovanosti a nedostatku porozumění a těžce se mění (Vágnerová, 2008).

Novosad (2011) vymezuje čtyři typy předsudků vůči osobám s tělesným postižením, a to předsudky paternalistické a podceňující, odmítavé a degradující, protektivně-paušalizující a idealizující neboli heroizující.

Předsudky paternalistické a podceňující jsou charakteristické tím, že osoby poskytující pomoc hodnotí schopnosti a potřeby lidí s tělesným postižením a rozhodují o tom, čeho jsou tito jedinci schopni, aniž by braly v úvahu jejich skutečný potenciál. Předpokládá se, že si jedinci s postižením zaslouží politování, ochranu a dohled pomáhajících, kteří nejlépe vědí, co je pro ně vhodné a dosažitelné. Charakteristický je ochranný, pečující a charitativní přístup veřejnosti.

Odmítavé a degradující předsudky vůči lidem s tělesným postižením jsou ilustrovány vylučováním jejich práv a potenciálu. Tito jedinci jsou vnímáni jako neužiteční, neproduktivní a představující zátěž pro společnost. Podpora a péče jim poskytovaná je na úkor potřeb ostatních. Na postižení je zde nahlíženo jako na trest, jedinec si jej zavinil vlastním jednáním (dělal nebezpečné věci, byl neopatrný při práci, neléčil se apod.). Typická je bagatelizace úspěchů těchto jedinců.

Protektivně-paušalizující předsudky se projevují přesvědčením, že osoby s tělesným postižením získávají mnoho výhod, aniž by si je zasloužily. Jedná se například o průkazy TP, ZTP a ZTP/P a na ně vázaná podpůrná opatření. Vzniká tak dojem, že jednotlivci s postižením dosahují nadměrných výhod, což však neodpovídá skutečnosti, protože se jedná o dílčí kompenzaci postižení a snížené schopnosti výdělků.

Předsudky idealizující na život s tělesným postižením nahlížejí jako na hrdinství. I když by se mohlo zdát, že jsou tyto předsudky pozitivní, jsou v praxi naopak nepříznivé, neboť v nich převažuje iracionální vnímání nad skutečnými fakty.

# Praktická část

## 4 Výzkumné šetření

### Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumného šetření bakalářské práce bylo zjistit, jak v dnešní době ovlivňuje poškození míchy jako získané tělesné postižení sociální participaci a ujasnit tak koncept sociální participace osob s poškozením míchy. K dosažení tohoto cíle byly vymezeny tři výzkumné otázky:

1. V jakých oblastech života ovlivňuje poškození míchy zapojení jedince do společnosti nejvíce?
2. Jaké faktory omezují sociální participaci osob s poškozením míchy nejvíce?
3. Jakým způsobem se změnila možnosti sociální participace v průběhu života osob s poškozením míchy?

### 4.1 Metodologie

Pro tuto práci byl zvolen smíšený výzkum. „*Smíšený výzkum je definován jako obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmatata v rámci jedné studie.*“ (Hendl, 2023, s. 58) Metody byly kombinovány simultánně. Simultánní neboli paralelní kombinování znamená, že byly obě metody realizovány souběžně (Hendl, 2023).

Výzkum byl primárně zaměřen na kvalitativní výzkum, který byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s jedinci s poškozením míchy. Polostrukturovaný rozhovor neboli rozhovor pomocí návodu umožňuje upravovat formulaci a pořadí otázek a zároveň zajišťuje, že bude věnována pozornost všem podstatným tématům (Hendl, 2023). Rozhovory byly tedy vedeny na základě předem připravených dílčích otázek, které vycházejí z výše uvedených výzkumných otázek. Pro doplnění pohledu na sociální participaci osob s poškozením míchy ze strany odborníků, kteří s těmito osobami pracují, byl použit jako výzkumný nástroj dotazník. Rozhovor byl u respondentů s poškozením míchy zvolen, protože jsme za pomoci otevřených otázek mohli lépe porozumět jejich pohledu. U odborníků byl naopak vybrán dotazník, ve kterém byla zvolena kombinace uzavřených a otevřených otázek, což bylo pro povahu otázek dostačující a zároveň nám to umožňovalo cílit na vyšší počet respondentů.

## Okruh respondentů

Pro rozhovor byly jako respondenti zvoleny dospělé osoby s poškozením míchy. Podmínkou také bylo, aby k poškození míchy došlo již před delší dobou (alespoň před deseti lety), abychom mohli porovnat, jestli a jak se změnil vliv tohoto postižení na jejich sociální participaci. Respondenti byli získáni metodou sněhové koule, což znamená, že respondentka, která byla získána jako první, byla požádána o kontakty na další osoby, které by splňovaly naše požadavky (Miovský in Švaříček, 2007). Respondenti byli nejdříve osloveni skrze email, ve kterém byli seznámeni se zaměřením bakalářské práce, účelem výzkumného šetření, s anonymním zpracováním dat a poté byli požádáni o účast. Celkem bylo osloveno 6 respondentů (tři ženy a tři muži), z nichž jedna respondentka chtěla nejprve zaslat seznam otázek, aby věděla, na co se připravit, a na základě otázek pak účast na výzkumu odmítla. Další respondentka také chtěla nejdříve zaslat otázky, na základě kterých s rozhovorem souhlasila. Následně byl domluven termín telefonického rozhovoru, který však v den rozhovoru zrušila a poté přestala komunikovat. Ostatní respondenti byli ochotni se zapojit bez problémů.

Rozhovor byl tedy proveden celkem se čtyřmi respondenty ve věku od 32 let do 47 let. Jedna respondentka je žena, ostatní respondenti jsou muži. Diagnóza dvou respondentů je tetraplegie, jednoho respondenta tetraparéza a diagnóza posledního respondenta je paraplegie. Ve dvou případech k poškození míchy došlo při autonehodě a v dalších dvou při skoku do vody. Všichni respondenti využívají mechanický vozík a nikdo z nich nemá přidružená postižení. Žádný z respondentů nevyužívá osobní asistenci, všichni využívají pouze dopomoc rodiny. Pro přehlednější informace o respondentech byla sestavena tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Základní informace o respondentech

<i>respondent</i>	<i>pohlaví</i>	<i>věk</i>	<i>diagnóza</i>	<i>věk při získání postižení</i>	<i>příčina</i>
<b>R1</b>	žena	47 let	tetraplegie (C6)	27 let	autonehoda
<b>R2</b>	muž	35 let	tetraparéza (C6)	16 let	skok do vody
<b>R3</b>	muž	32 let	tetraplegie (C7)	22 let	skok do vody
<b>R4</b>	muž	41 let	paraplegie (Th6)	23 let	autonehoda

Pro vyplnění dotazníku bylo osloveno celkem šedesát jedna odborníků pracujících s jedinci s poškozením míchy. Byli zvoleni pracovníci Centra Paraple v Praze a ParaCENTRA Fenix v Brně. Prosba o vyplnění dotazníku byla zaslána emailem na kontakty uvedené na internetových stránkách center. Na dotazník odpovědělo celkem dvanáct odborníků, návratnost dotazníku tedy činila necelých 20 %. Mezi respondenty byli pohyboví terapeuti, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, pracovníci sociální rehabilitace, osobní asistent, psycholog a instruktor fitness pro vozíčkáře.

## **Sběr dat**

Respondenti měli možnost volby prostředí rozhovoru, na základě emailové domluvy se tedy dva rozhovory uskutečnily osobně v kavárně a dva byly vedeny telefonicky. Před začátkem rozhovoru byli respondenti znovu ujištěni o anonymitě a požádáni o souhlas k pořízení zvukového záznamu, se kterým všichni souhlasili. Rozhovory vedené osobně byly nahrávány na mobilní telefon pomocí aplikace diktafon a rozhovory vedené telefonicky byly nahrávány na notebook taktéž pomocí aplikace diktafon. Před začátkem rozhovoru bylo respondentům sděleno, že se mohou odmítnout k jednotlivým otázkám vyjádřit, a také že se mohou odmítnout účastnit výzkumu jako takového. Nikdo z respondentů možnost odmítnutí nevyužil. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí třiceti až čtyřiceti pěti minut. Rozhovory byly přepsány doslovnou transkripcí, což znamená, že byly převedeny z mluveného projevu do písemné podoby. Jedná se o časově velmi náročnou proceduru, která je však pro analýzu získaných dat podmínkou (Hendl, 2023).

Dotazník byl vytvořen prostřednictvím Google Forms a rozeslán respondentům emailem. Obsahoval celkem sedm otázek, z nichž dvě byly otevřené, jedna uzavřená s možností čtyř odpovědí a u zbylých čtyř otázek byla uvedena škála. Dotazník byl pro vyplnění otevřen po dobu dvou týdnů, většina respondentů však dotazník vyplnila už v prvním týdnu.



jsou ovlivňovány jak přístupem veřejnosti, tak bariérami prostředí. Vzdělání, zaměstnání, volnočasové aktivity i politickou participací ovlivňují sociální vztahy, jelikož ve všech těchto kategoriích hraje roli mezilidský kontakt. Zaměstnání je pak přirozeně ovlivněno vzděláním a přístup veřejnosti se dá zařadit pod sociální vztahy.

## 1. kategorie: sociální vztahy

Sociálních vztahů se týkalo několik otázek v rozhovoru. Byla zjišťována rodinná situace, okruh přátel a jeho proměna a také přístup bližšího okolí a široké veřejnosti. Pro lepší přehlednost a také z důvodu obsáhlosti této kategorie byl nakonec přístup veřejnosti zařazen jako samostatná kategorie.

Tři ze čtyř respondentů mají partnera a dítě (děti), respondentka R1 měla rodinu již před získáním postižení. Respondent R3 měl partnerku v době před získáním postižením a rodinu založili až po jeho získání, respondent R4 se s partnerkou seznámil až po získání postižení. Poslední respondent od získání postižení vztahy měl, nyní však žije sám. Přístup po získání postižení byl ze strany nejbližší rodiny u všech respondentů podporující. S nevyhovujícím přístupem se setkala pouze respondentka R1 u své matky, jejíž reakci popsala následujícím způsobem: *„Podle mě matky v tomto případě dělají akorát zlo. Pro ně se změňte úplně v miminko... Já, kdyby sem asi bydlela u mamky, že bych neměla rodinu nebo něco, tak si myslím, že už bych nežila... jakože upřímně. Nebo bych žila jako nějaké zvířátko v posteli... myslím si. Dobře, že nad tím můžu akorát uvažovat.“* Přístup širší rodiny popsala většina respondentů také jako podporující, akorát respondent R4 uvedl tuto zkušenost: *„No spíš tam byla změna v tom...protože vlastně tím, že jsem skončil na tom vozíku, tak jsem měl nějaké peníze a samozřejmě jako záviděli, že já jsem si koupil nové auto, takže mi záviděli, říkali mi to jako do očí, jakože no jo, to se někdo má, tolik peněz, takové auto si koupí a barák se spravoval, takže jako mi záviděli. Ale záviděli mi ty peníze, ale to, že jsem na vozíku, to už nezáviděli že. Takže to mi jako na té širší rodině trošku vadilo, že mi to dávali trošku jako najevo, že ano, jsem na vozíku, ale že mám jako peníze, že si užívám.“*

U reakce přátel nikdo z respondentů neuvedl negativní postoj. Žádný z respondentů neuvedl, že by o přátele přišel z důvodu postižení. U všech respondentů se okruh přátel se získáním postižení rozšířil o vozíčkáře.

- R1: *„Ted'kom mám zase několik nových známých i na tom vozíku už... že mě vlastně znají už jenom na tom vozíku a je to taky fajn...takže vlastně ten vozík není až takový*

*problém řekla bych. A neztratila jsem jakoby známé.“; „Jako přemýšlím nad tím, že s těma lidma, se kterýma jsem se bavila předtím, se bavím pořád.“*

- R2: *„Měl jsem jako na to štěstí, že i vlastně přátelé, co jsem měl z těch různých jako mojich aktivit... Já jsem byl třeba v prváku na střední, to je fakt strašně... v podstatě dítě jo a...i ty přátelé vlastně do dneška, co jsem tam měl, jak už vlastně z toho okolí i sousedé, jak jsme jako chodili ven a tak, tak i z těch mých jako kroužků, koníčků, tak do dnes vlastně jezdíme na nějaký výlety jo, takže... takhle to bylo asi dobrý no všechno.“*
- R3: *„Jako ti nejlepší kamarádi zůstali samozřejmě...a potom se měnil ten... měnili se ti přátelé spíše na ty vozíčkáře tím, že jezdím na to rugby a tu atletiku teď, tak se to obměnilo.“*
- R4: *„Vlastně jsem se začal stýkat více s těma vozíčkářema, protože máme tak nějak... stejné problémy. Někteří řeší také hlouposti, jako že třeba manželky neposlouchají, a to a tamto a my vlastně řešíme úplně jinací problémy že... že my se... umíme se bavit jinak jo trošku. A vlastně přes ty sporty, jak jsem dělal ty sporty, tak jsem se seznamoval hodně s těma lidma z celé republiky“*

Přístupu bližšího okolí po získání postižení byl respondenty také vnímán beze změny, respondent R2 se vyjadřoval společně k přátelům i blízkému okolí (viz citace R2 výše), ostatní respondenti se k bližšímu okolí vyjádřili tímto způsobem:

- R1: *„Nemám pocit ze sousedů, že by to bylo nějaké jiné, prostě to tak je... a oni už si zvykli.“*
- R3: *„Jako samozřejmě se najdou lidi, který to berou nějak jinak, ale to okolí a ta rodina, ti nejbližší i ti sousedi si myslím, že to berou tak nějak jako... protože já jsem se nějak moc nezměnil, jsem pořád stejný, takže oni jsou všichni v pohodě.“*
- R4: *„To zase ti sousedi vědí, že jsem normální, takže vlastně mě berou mě úplně jako normálního člověka.“*

## **2. kategorie: přístup veřejnosti**

Zkušenosti s přístupem veřejnosti už nejsou tak pozitivní jako přístup nejbližších. Všichni respondenti uvedli nějakou negativní zkušenost. Respondentka R1 udává například tyto negativní zkušenosti: *„Oni mají všichni pocit, že všechno dostávám zadarmo, se s tím setkávám jo... Že mám auto zadarmo, že mám všecko na dotaci.“; „Lidi mají pocit úplně ze všeho... my přijedeme ještě teďkom s modrou kartičkou na parkoviště a oni jdou a obcházejí auto, dívají se na nás a pak manžel vytáhne vozík a už je klid. Ale to tak je, každý máme něco.“* Na tomto

úryvku můžeme vidět protektivně-paušalizující předsudky (viz 3. 3). Zároveň však respondentka udává v přístupu veřejnosti také zlepšení: „Ze začátku na mě lidi samozřejmě koukali. Když jsme šly s holkama nakupovat a holky mi říkaly mami, tak se na nás lidi divně dívali, že jak je možné, že já můžu mít dvě děti... ale je to 20 roků zpátky. Teď mám pocit, že už je to zase jiné... nebo jsem na to více zvyklá.“; „Nevím, jestli je to mnou, ale mám pocit, že ti lidi dokážou více komunikovat s těma vozíčkářema. Mám pocit, že neotočí hlavu a neodejdou. Že se třeba zastaví i mladé děti a řeknou, jestli nechci pomoct, když jedu třeba tady do kopce, což mě těší, že se nedívají na druhou stranu, že prostě chtěou. Že to berou jako normální věc, to se určitě zlepšilo.“

Respondent R2 udává v dnešní době spíše pozitivní zkušenosti: „Jako ono ty pohledy tehda, když jsem byl čerstvě po úraze, tak mi připadaly takové jako ostré... ale teď už to vůbec nevnímám jako jo. Jdu kamkoliv a přístup lidí no... se často stává spíš, že třeba pomoc musím odmítat, než aby lidi byli neochotni jo... To je pár výjimek, co jsou prostě jako třeba... nevím, nějací zapšklí jo, ale spíš jako odmítám pomoc no, protože třeba často se mi stává, že jdu do auta... a já si teda dávám vozík vedle sebe na spolujezdce jo, to vždycky rozložím a dám si to vedle sebe, a právě často se mi stává, že lidi se mě ptají, jestli nechci pomoct.“

Respondent R3 v přístupu nevidí žádnou změnu, ale nehodnotil jej negativně: „Nemám problém jako s okolím. Spíše mi to pomohlo v tom, že poznám... nebo člověk spíš narazí na dobrého člověka než předtím no. Kdo chce pomoct, tak pomůže, když třeba někam jedu nebo něco jo... ale jinak mi to připadá takové stejné.“

Respondent R4 naopak popisuje s přístupem okolí negativní zkušenosti a změnu v něm nevnímá: „Jakoby v dnešní době je to tak spíš jako... když kdekoliv přijdeme, tak když něco řeším já, tak jako by se dívali za mě, že mě vůbec jako nevnímají. Když jdu třeba s přítelkyní, tak vlastně se vyptávají jí jo, jako když já něco řeknu, tak oni vlastně hned na ni, jako bych byl jako nějaký nemocný nebo na hlavu prostě jo. Takže tohle jako se děje pořád.“

### **3. kategorie: vzdělání**

Na vzdělávání byla zaměřena jedna otázka, která zjišťovala, zda postižení ovlivnilo úroveň dosaženého vzdělání. Dva respondenti (R3, R4) již měli v době získání postižení po škole a vzdělání si neplánovali doplnit ani před získáním postižení. Respondentka R1 si po poškození míchy dodělávala maturitu, a ačkoliv se setkala s bariérami prostředí, tak průběh vzdělávání hodnotí pozitivně: „Já jsem si pak po nehodě dodělávala obchodku. My jsme tam



*dojžděli a byli jsme bezvadná parta, že to byly takové strašně příjemné čtyři roky. A taky jsme se naučili s manželem více fungovat v cizím prostředí... tam byly taky třeba schody. Ale myslím si, že nám to prospělo. I jako holky viděly, že se dá ještě něco dodělat nebo takhle, že nikdy není pozdě. A bylo to strašně příjemné. Bylo to takové zpestření toho života.“*

Respondent R2 měl v době získání postižení 16 let a studoval první ročník střední průmyslové stavební školy. Po úrazu již nemohl v tomto studiu pokračovat, a tak začal znovu od prvního ročníku studovat obor počítačové systémy. Pouze u něj se dá tedy říct, že bylo vzdělání postižením ovlivněno, ale pouze tím způsobem, že bylo potřeba změnit školu, dosažená úroveň ovlivněna nebyla. Respondent zvažoval také studium na vysoké škole, kam ale nejprve neudělal přijímací zkoušku a později už se mu vysoká škola dodělávat nechtěla.

#### **4. kategorie: zaměstnání**

Na zaměstnání byla také zaměřena jedna otázka a to ta, zda respondenti pracují. Dva respondenti jsou zaměstnání na plný úvazek (R2 a R3) a dva mají problém zaměstnání nalézt (R1 a R4). Respondentka R1 a respondent R4 se shodují v tom, že v okolí jejich bydliště nemohou nalézt vhodné zaměstnání a jejich zdravotní stav jim neumožňuje do zaměstnání dojíždět a trávit v něm standardní pracovní dobu. Ideální možností by pro ně bylo zaměstnání z domova, které však mají problém nalézt. Respondentka R1 dříve z domova pracovala, ale tato firma pak činnost ukončila a nové zaměstnání zatím nenalezla. Respondent R4 byl dříve zaměstnán na chráněném pracovním místě, které však bylo zrušeno, a od té doby má problém nové zaměstnání najít.

Respondent R2 a R3 mají možnost pracovat i z domova. Respondent R2 má aktuálně dvě zaměstnání: *„Teď pracuju v tom našem sportovním klubu, tam jsem nějaký zaměstnanec, vlastně mým... mojí pracovní náplní je shánět jako peníze a lidi tak, aby to fungovalo. Takže to je jedna práce, kterou mám a druhá práce je vlastně... No, vlastně když je někdo čerstvě po úraze míšní léze, tak my máme vlastně takový školící tým a prostě jezdíme za nima do rehabilitačních ústavů a potom třeba i jako k nim domů a jsme takový jejich průvodci toho, co s těma jejich začátkama... když je vlastně někdo čerstvě po úraze, takže je to taková sociální služba a věnujeme se jim jako... tak, aby co nejrychleji se vlastně dostali zpátky do toho jako normálního běžného života, když se to tak řekne.“*

R3: *„No tak dělám pomocnou administrativu ve firmě, která vlastně dodává pomůcky do škol a nábytek školní a tady ty věci. Takže na počítači. Tady toho se moc vymyslet nedá.“;*

*„Předtím jsem dělal e-shop, to bylo takové lepší v tom, že to bylo volnější a když jsem si udělal tu svoji práci, tak jsem mohl jít domů. A teď tam musím těch 8 hodin sedět jako no, takže to je... pro to tělo to je dost náročné jako no, jenom sedět a nehýbat se... Teďka naštěstí jsem ale začal pracovat i z domu, takže jsem se třeba i v průběhu té práce nebo třeba v polovině šel na chvilku se natáhnout, na břicho si lehnout, ať ten zadek tolik netrpí. Takže to je teď úplně super.“*

## **5. kategorie: volnočasové aktivity**

Na volnočasové aktivity bylo zaměřeno několik otázek. Bylo zjišťováno, jakým způsobem respondenti tráví volný čas, zda sportují, účastní se kulturních aktivit a zda jezdí na výlety a dovolené. Sport se objevil ve výpovědích hlavně mužských respondentů, kteří se věnují rugby vozičkářů (R2, R3), atletice (R2, R3), basketbalu (R4) a plavání (R4). Všichni tito respondenti byli sportovci také před získáním postižení, s jeho získáním akorát dříve vykonávané sporty vyměnili za sporty odpovídající jejich aktuálním možnostem. Respondent R2 a respondentka R1 také využívají handbike, respondentka jej dnes však využívá spíše výjimečně. Respondenti R3 a R4, kteří nedávno založili rodinu, shodně udávají, že už mají volného času mnohem méně a věnují se již převážně rodině. Respondentka R1 taktéž tráví čas převážně s rodinou a staráním se o domácnost, dále pak procházkami se psem, poslechem podcastů a hospodskými kvízy. Nevěnuje se žádnému sportu, ale každodenně cvičí a chodí na procházky. Všichni respondenti pravidelně jezdí na výlety a dovolené, často ve skupině s jinými vozičkáři. Všichni také navštěvují kina, divadla, festivaly i koncerty. Někteří respondenti se při návštěvě divadla a kina setkali s určitým omezením:

- R1: *„Třeba mám ráda festivaly a koncerty, nebo jsem i zjistila, že tady u nás to divadlo není špatné. Akorát když jsme tam byli předtím, tak ono přšelo a musela jsem tam čekat jako nějaký pes u dveří, aby to otevřeli z boku, abych tam mohla najet. Takže pokud bych neměla s sebou chod'áka, který tam zajde a řekne jim, ať to jdou otevřít, tak tam stojím jak...ani stříška tam není, nic. To mě štvalo. Potom ale uvnitř to je fajn, pohodlné, že se můžete posadit vedle sedaček na boku.“*
- R4: *„No, a ještě třeba jak jsou ty kina, tak to je někde udělané tak, že vlastně když jdete třeba s partnerkou, tak je to tak, že vlastně partner sedí někde jinde než ten vozičkář. Jo, přijdete do kina, tak vlastně tam je přímo vyhrazené místo jo a ono to je úplně někde bokem, že vlastně... anebo je to udělané tak, že vlastně musíte sedět úplně vepředu. Jo, že vlastně člověk potom sedí a dívá se na to plátno a bolí ho za krkem, protože je úplně v první řadě.“*

## 6. kategorie: politická participace

Politická participace byla zjišťována pomocí otázky, zda se respondenti účastní politických aktivit. Určité omezení politické participace se vyskytlo jen u respondentky R1: *„Volit chodím. Bohužel volím jak pes do urny před obecním úřadem, protože se nedostanu do volební místnosti. To bych musela překonat těch 16 schodů, což už se mi nechce. Oni samozřejmě mají argument ten, že mi můžou domů přijet s urnou, že nemusím vůbec nikde chodit. Přijde mi to ale strašně... ke mně úplně jakoby hrozné. Jo, že se nedostanu do volební místnosti ve svém okrsku. Tak to mě třeba šťve. Ale jsem toho názoru, že člověk si nemůže stěžovat na politiku, když nevolí.“*

Respondent R2 se taktéž účastní voleb a má také funkci v samosprávě obce: *„No tak jako aktivně to sleduju. Jako myslím si, že mám přehled, ale aktivní, že bych měl nějakou funkci to ne... Možná jako ve městě jsem ještě v jedné skupině, tam mě taky přizvali jako z města, protože mě taky znali, že jsem... že jako něco dělám, že prostě jsem aktivní jako mezi vozíčkáři. A to je pracovní skupina právě pro... nějaká bezbariérovost města pro handicapované, je tam vlastně i...nevím, město má jako domov seniorů, tak tam je zástupce domova seniorů, je tam zástupce stacionáře pro děti handicapované, co máme ve městě a já tam jsem jako zástupce lidu, občana... jako že budu vozíčkáře jako bezbariérovost tam řešíme třeba jo a... různé věci, takže to jestli se dá nazvat politická funkce, tak tam se scházíme, já nevím, 3x, 4x do roka na nějaké povídání, co by se dalo zlepšit a tak.“*

Respondent R3 se voleb také účastní: *„Volit chodím, ale jinak nějak moc se v tom neangažuju, sem tam si něco přečtu, ale to je všechno.“* Jediný respondent R4 o politickou participaci nejeví zájem: *„Nezapojuju se. Jako mě to nezajímá, a hlavně člověk vlastně s tím nic neudělá. Oni si vlastně dělají, co chtějí.... My jako normální lidi s tím nic neuděláme. Ale třeba kamarád, co je na vozíku, tak ten je místostarosta třeba. Ale já mám svojich problémů dost.“*

## 7. kategorie: bezbariérovost

Bezbariérovost byla dotazována prostřednictvím několika otázek, bylo zjišťováno, zda bariéry v okolí ovlivňují zapojení respondentů do vzdělání, zaměstnání, volnočasových aktivit, politiky a sociálních vztahů. Respondenti se shodli na tom, že se bezbariérovost na hodně místech zlepšila, stále je však co zlepšovat. Největší posun je dle všech znát ve veřejné dopravě. R1: *„To se daleko zlepšilo veřejná doprava, neskutečně. Jsou opravdu bezbariérové autobusy,*

*tramvaje, všechno... Mám to odzkoušené. Je to úplně super. A ještě záleží samozřejmě na řidiči. Potkáte někdy řidiče, který vám nepomůže nebo nechce vytáhnout rampu, nicméně dá se to s ním vyřešit. A využívám ji sem tam a ráda no, bez problému.“*

Dva ze čtyř respondentů udávají, že je okolí jejich bydliště bezbariérové a za dobu od získání poškození je znát zlepšení. Tuto zkušenost však nemá respondentka R1, jejíž participace je v místě bydliště bariérami omezena:

- *„Jako kdysi jsem tady chodila na zábavy, že mě tam někdo vytáhl po těch šestnácti schodech, ale teď se mi prostě nechce po těch schodech, takže tady nechodím na žádné. Teď akorát řeším, že jak vnuk chodí do školky, tak v tom kulturáku bude karneval, kam bych strašně chtěla jít, ale říkám si, že oni to organizují aktivní občané nebo jak si říkají, tak říkám fajn, aktivní občané ať mě tam vytáhnou. Já jsem tady 20 roků na vozíku, a ještě tam neudělali žádnou rampu. A ty dveře jsou tam úplně pitomé... to mě strašně štve. A ta starostka tady je... no strašná. Když ale jedu k dceři, tak mají všude, v každé dědině, udělané nájezdy k těm obecním úřadům a tady jsme opravdu snad jediní, kdo to nemá... k tomu není co říct, musela bych být sprostá. A právě tam jak jezdím na ty kvízy, tak tam mají ten kulturák udělaný tak, že je to bezbariérové a je tam i bezbariérový záchod. Je to úplně super, protože si můžu vyjet ven a můžu si tam v klidu umýt ruce, to je taky strašně důležité. Tady i když mě tam předtím vytáhli na tu zábavu, tak jsem si neměla kde umýt ruce. 16 schodů dovnitř a na záchodě tam je další schod a úzké dveře... katastrofa.“*

Ve stejné budově probíhají také volby (viz citace R1 u politické participace), takže je respondentka omezena bariérami prostředí jak ve volnočasových aktivitách, tak v politické participaci a sociálních vztazích. Místo bydliště respondenta R4 také není bezbariérové, ačkoliv se zde alespoň snaží o změny:

- *„A nemáme to tady teda moc přizpůsobené. Ale jako alespoň se snažili udělat bezbariérový přístup do obchodu, kde byl předtím schod a udělali tam nájezd, ale samozřejmě to je takový nájezd... je strašně prudký jo, že ostatní třeba mají elektrické vozíky, tak to vyjedou, ale já na tom mechanickém to nevyjedu bez pomoci. Takže to je zase takové... Takže já radši jezdím vedle do vesnice, kde to mají úplně bezbariérové.“*

Respondenti také shodně udávají, že nyní je pro ně nejdůležitější plánování, protože když si trasu naplánují, s bezbariérovostí většinou problém není. Často využívají doporučení od známých či doporučení od vozíčkářů na internetu.

### **Analýza a interpretace dat získaných z dotazníků**

Jak bylo zmíněno výše, dotazník obsahoval celkem sedm otázek, z nichž byly dvě otevřené a pět uzavřených. U čtyř z pěti uzavřených otázek byla uvedena škála. Mezi otevřené otázky patřila otázka „*Jaké je Vaše zaměstnání?*“ na základě které bylo zjištěno, že mezi respondenty bylo nejvíce fyzioterapeutů, kteří dotazník vyplnili celkem tři. Mezi respondenty byli dále dva ergoterapeuti, dva pohyboví terapeuti, dva pracovníci sociální rehabilitace a poté po jednom osobní asistent, psycholog a instruktor fitness pro vozíčkáře.

Druhou otevřenou otázkou byla otázka „*V čem vidíte v zapojení osob s poškozením míchy do společenského života největší problém?*“. Jako největší problém byly nejčastěji viděny bariéry v okolí a přístup společnosti. Bariéry se objevily v odpovědích pěti respondentů, přístup společnosti zmínila polovina (šest) respondentů. V souvislosti s přístupem a předsudky společnosti se také dvakrát objevilo časté spojování tělesného postižení s postižením mentálním. Dále respondenti uváděli jako problém osobní motivaci, psychický stav jedinců a potřebu většího zapojení osobní asistence, u které je problém jak s personálním nedostatkem, tak s nedostatkem financí klientů pro zaplacení této služby.

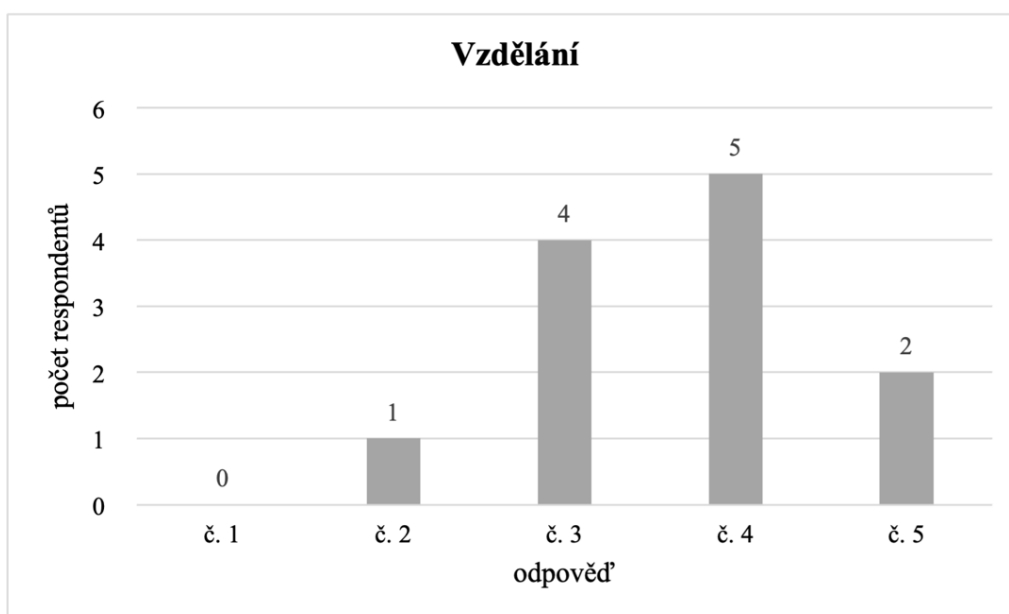
V první uzavřené otázce měli respondenti zvolit, do jaké životní oblasti se podle nich mají osoby s poškozením míchy největší problém zapojit. Sociální participace byla rozdělena do čtyř kategorií, a to do vzdělání, zaměstnání, sociálních vztahů a volnočasových aktivit. Polovina respondentů (šest) vidí největší problém v zaměstnání, na druhém místě byly volnočasové aktivity (čtyři respondenti) a na třetím místě sociální vztahy (dva respondenti). Možnost vzdělání nezvolil žádný z respondentů, což může vypovídat o dobře fungující školní inkluzi a správně nastavených podpůrných opatřeních. Může to však být ovlivněno také tím, že průměrný věk osob s poškozením míchy se udává kolem 28,5 roku (Spinal Cord Injury Information Network in Štětkářová, 2009), kdy už mají lidé ve většině případech vzdělání ukončeno.

U otázek se škálou měli respondenti rozhodnout, zda jsou jednotlivé kategorie sociální participace ovlivněny omezením vyplývajícím z postižení nebo faktory prostředí. Opět byly použity čtyři kategorie sociální participace – vzdělání, zaměstnání, sociální vztahy a

volnočasové aktivity. U každé kategorie bylo zjišťováno, zda je dle odborníků ovlivněna omezením vyplývajícím z postižení (odpověď č. 1), spíše omezením vyplývajícím z postižení (odpověď č. 2), nastejno omezením vyplývajícím z postižení a faktory prostředí (odpověď č. 3), spíše faktory prostředí (odpověď č. 4) nebo faktory prostředí (odpověď č. 5).

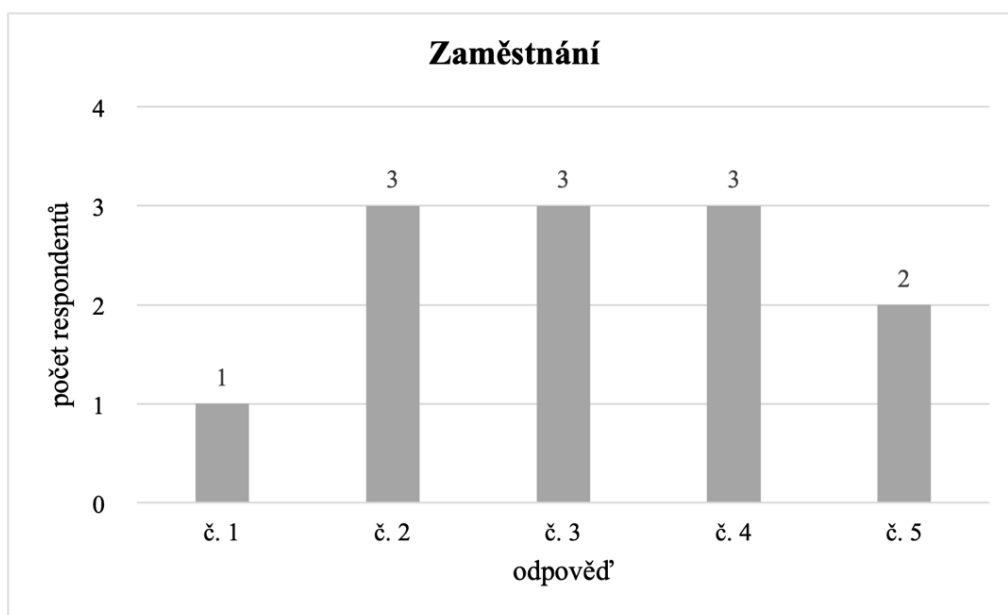
U kategorie **vzdělání** respondenti nejčastěji volili, že je zapojení ovlivněno *spíše faktory prostředí*, jak můžeme vidět na grafu (graf č. 1). Druhá nejčastější odpověď byla, že je vzdělání ovlivněno *nastejno omezeními vyplývajícími z postižení a faktory prostředí*. Odpověď *faktory prostředí* zvolili dva respondenti a odpověď *omezení vyplývající z postižení* nezvolil žádný respondent.

Graf č. 1: Čím je ovlivněno zapojení osob s poškozením míchy do vzdělání



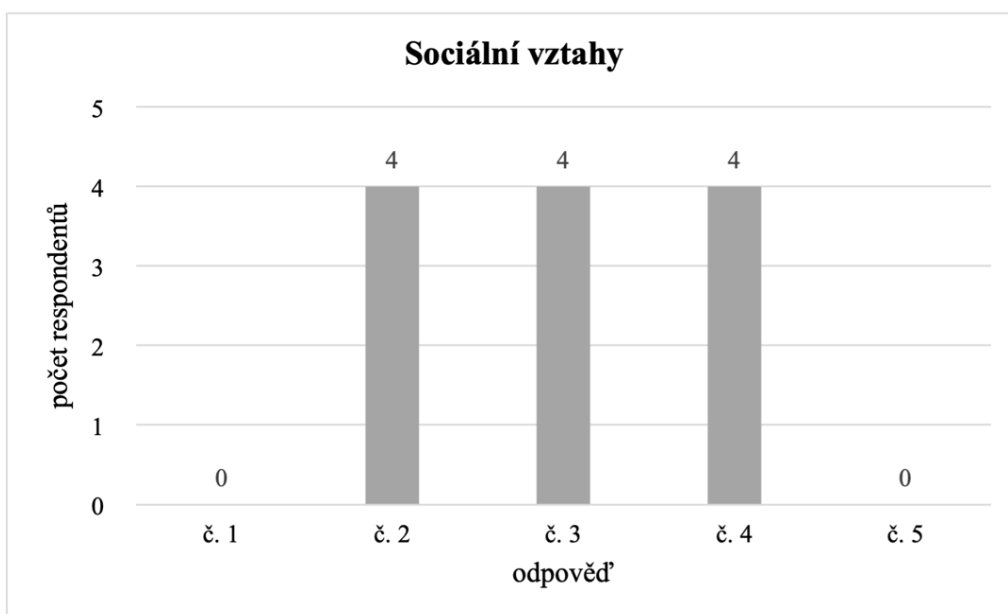
U kategorie **zaměstnání** (graf č. 2) byly ve stejné míře voleny odpovědi *spíše omezení vyplývající z postižení*, *nastejno omezení vyplývající z postižení a faktory prostředí* a *spíše faktory prostředí*. Odpověď *faktory prostředí* zvolili dva respondenti a odpověď *omezení vyplývající z postižení* jeden respondent.

Graf č. 2: Čím je ovlivněno zapojení osob s poškozením míchy do zaměstnání



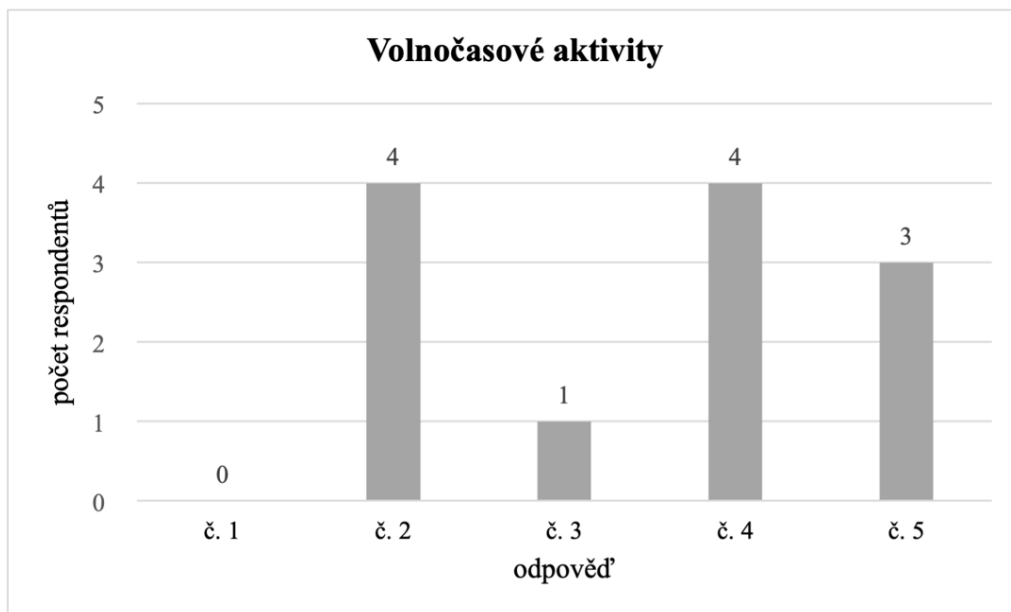
U kategorie **sociálních vztahů** (graf č. 3) se respondenti úplně vyhnuli krajním možnostem a volili ve stejné poměru varianty *spíše omezení vyplývající z postižení, nastejno omezení vyplývající z postižení a faktory prostředí a spíše faktory prostředí*.

Graf č. 3: Čím je ovlivněno zapojení osob s poškozením míchy do sociálních vztahů



A u kategorie **volnočasových aktivit** (graf č. 4) byly opět nejvíce voleny odpovědi *spíše omezení vyplývající z postižení a spíše faktory prostředí*. Odpověď *nastejno* zde volilo nejméně respondentů, a to pouze respondent jeden. Odpověď *faktory prostředí* byla zvolena třemi respondenty a odpověď *omezení vyplývající z postižení* nebyla vybrána žádným z respondentů.

Graf č. 4: Čím je ovlivněno zapojení osob s poškozením míchy do volnočasových aktivit



Na grafech můžeme vidět, že odpovědi nebyly voleny stejně ani u jedné z dotazovaných kategorií. Sociální participace je tedy dle názorů odborníků ovlivňována danými faktory v každé kategorii odlišně. U sociálních vztahů je patrné, že jsou ve stejné míře ovlivňovány faktory prostředí i omezeními vyplývajícími z postižení. U zaměstnání lehce převažuje názor, že je více ovlivněno faktory prostředí, ale pouze o jednoho respondenta. U vzdělání je zjevné, že převažuje ovlivnění faktory prostředí. Ovlivnění faktory prostředí převažuje také u volnočasových aktivit, ačkoliv v menší míře než u vzdělání.



### 4.3 Odpovědi na výzkumné otázky

#### 1. V jakých oblastech života ovlivňuje poškození míchy zapojení jedince do společnosti nejvíce?

Na základě analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že největší problém mají respondenti v zapojení se do oblasti zaměstnání. Dle dat získaných z dotazníků v této oblasti vidí největší problém také odborníci pracující s osobami s tímto poškozením. Zaměstnání je podle odborníků ovlivněno jak faktory prostředí, tak omezeními vyplývajícími z postižení. Jedinci s poškozením míchy se ve svých výpovědích přiklánějí spíše k omezením vyplývajícím z postižení. Nezaměstnaní jedinci vnímají problém v pracovní době, protože by ze zdravotních důvodů nevládali být po celou tuto dobu na pracovišti a nalezení práce z domova je dle jejich slov obtížné. Pracující respondenti označují právě možnost práce z domova jako největší výhodu svého zaměstnání.

#### 2. Jaké faktory omezují sociální participaci osob s poškozením míchy nejvíce?

Odpověď na tuto otázku byla ve výpovědích respondentů rozdílná. Dva respondenti uvedli, že v jejich zapojení do společnosti nepocítují žádné omezení. Jedná se však o respondenty, kteří mají zaměstnání, a jelikož se na základě provedeného výzkumu právě zaměstnání jeví jako nejvíce problémová oblast sociální participace, tak není překvapující, že právě tito respondenti své zapojení do společnosti za omezené nepovažují.

Další dva respondenti své zapojení do společnosti za omezené považují. Respondentka označuje za problém zejména bariéry v místě jejího bydliště, celkově však označuje bezbariérovost za zlepšenou. Poslední respondent se shoduje s odborníky, kteří za nejvíce omezující faktor označují přístup společnosti. Jako další omezující faktor tento respondent označuje bariérovost prostředí, která byla také druhou nejčastější odpovědí ve výpovědích odborníků.

#### 3. Jakým způsobem se změnila možnosti sociální participace v průběhu života osob s poškozením míchy?

Podle výpovědí respondentů se jako největší změna v možnostech sociální participace ukázala bezbariérovost veřejné dopravy, neboť jedincům usnadnila účastnit se různých aktivit. Zlepšení je dle respondentů znát jak ve městech, tak na vesnicích. Posun udávají také v celkové bezbariérovosti, stále však ani zdaleka nelze říct, že by společnost byla natolik bezbariérová, aby nedocházelo k omezování jejich participace.

Dle tří ze čtyř respondentů se zlepšil také přístup společnosti, který má vliv na participaci ve všech jejích oblastech. Dle čtvrtého respondenta se však přístup nezlepšil. Zhoršení sociální participace nebylo respondenty uváděno v žádné z dotazovaných oblastí.

## Diskuse

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že největší problém mají osoby s poškozením míchy se zapojením se do oblasti zaměstnání. K obdobnému zjištění došla ve své práci *Sociální začlenění jedinců po spinálním traumatu* také Škobránková (2013), v jejímž výzkumu, který byl realizován před jedenácti lety, se jako největší problém jevila nezaměstnanost a nedostatek sociálního kontaktu. V nedostatku sociálního kontaktu se však s naším výzkumem rozchází. Problém s nedostatkem sociálního kontaktu z respondentů tohoto výzkumu neuvedl ani jeden, což je pravděpodobně ovlivněno tím, že všichni respondenti mají fungující rodiny, nepřišli o žádné přátele, naopak získali spoustu nových přátel a mají bohaté volnočasové aktivity, které vykonávají ve skupinách. Tato kategorie sociální participace je však velmi individuální, a tak z těchto výsledků nemůžeme přímo usuzovat zlepšení zapojení jedinců s poškozením míchy do sociálních vztahů, jelikož zde do velké míry záleží také na osobnosti jedince, každý totiž preferuje jinou míru sociálního kontaktu.

V obou výzkumech nezaměstnaní jedinci udávají v celkovém zapojení se do společnosti větší problémy než jedinci, kteří zaměstnání mají. Škobránková poukazuje na to, že zaměstnání přináší lidem kromě financí také možnost sociálního kontaktu s druhými lidmi, který může nezaměstnaným jedincům chybět (Škobránková, 2013), v čemž s autorkou souhlasíme. Nezaměstnaní jedinci mohou vidět své celkové zapojení do společnosti omezené o to více, protože může dojít k jejich omezení rovnou ve dvou kategoriích sociální participace, tedy v zaměstnání a v sociálních vztazích. Sociální vztahy jsou kategorií, která je provázána se všemi dalšími. Pokud jsou tedy jedinci nezaměstnaní, nevzdělávají se, nebo se neúčastní žádných volnočasových aktivit, může dojít k omezení jejich zapojení do společnosti také v oblasti sociálních vztahů. Tato skutečnost je však značně individuální. Jedinci, kteří jsou nezaměstnaní, ale mají rodinu a široký okruh přátel, nebudou v sociálních vztazích vidět problém a absence zaměstnání je tedy v kategorii sociálních vztahů neovlivní. Na druhou stranu jedinci, kteří jsou nezaměstnaní a nemají rodinu nebo široký okruh přátel, budou vlivem absence zaměstnání udávat omezené také sociální vztahy.

Jako druhý největší problém se ve výzkumu Škobránkové (2013) ukázala bariérovost prostředí včetně bariérovosti veřejné dopravy. V námi provedeném výzkumu se bariérovost prostředí k překážkám sociální participace řadí také, nicméně bariérovost veřejné dopravy už v současné době respondenti za problém neoznačovali, spíše chválili její zlepšení. V době provedení výzkumu Škobránkové ale bariéry v dopravě vnímali také. Na základě srovnání

těchto dvou výzkumů by se tedy dalo říct, že se za uplynulých jedenáct let mezi provedenými výzkumy bariérovost veřejné dopravy zlepšila.

Námi provedené výzkumné šetření však mělo své limity. Vzhledem k nízkému počtu respondentů nejsou výsledky výzkumu zobecnitelné a bylo by vhodné na výzkum navázat kvantitativním šetřením s větším vzorkem respondentů, a to v obou dotazovaných skupinách. Vhodným nástrojem by mohl být dotazník obsahující jak uzavřené, tak otevřené otázky.

## Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak v dnešní době ovlivňuje poškození míchy jako získané tělesné postižení sociální participaci a ujasnit tak koncept sociální participace osob s poškozením míchy.

V první kapitole práce byl vymezen pojem tělesné postižení, uvedeny různé druhy jeho dělení a blíže popsáno dělení na vrozená a získaná tělesná postižení. Dále byla věnována pozornost vlivu tohoto postižení na osobnost jedince, byly zde popsány somatické, psychické a sociální aspekty tělesného postižení a rozdíl mezi působením vrozeného a získaného tělesného postižení na osobnost jedince. Nakonec byl definován pojem kvalita života.

Druhá kapitola obsahovala popis poškození míchy. Byl zde uveden popis samotné míchy, co se děje při jejím poškození a nejčastější příčiny jejího poškození. Poté byly popsány jednotlivé stupně poškození míchy a také následky tohoto poškození.

Třetí kapitola se věnovala vymezení pojmu sociální participace. Obsahovala popis Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a sociální participace osob s tělesným postižením. Dále byla věnována pozornost faktorům ovlivňujícím sociální participaci těchto osob.

Čtvrtá kapitola byla výzkumná. Byl zde popsán cíl výzkumu, formulovány výzkumné otázky a popsána zvolená metodologie. Pro výzkumné šetření byl zvolen smíšený výzkum, který byl primárně kvalitativní, realizovaný polostrukturovanými rozhovory se čtyřmi osobami s poškozením míchy. Jejich pohled byl pomocí dotazníku doplněn o pohled dvanácti odborníků, kteří s jedinci s poškozením míchy pracují. Rozhovory byly zpracovány metodou otevřeného kódování, vzniklé kódy byly kategorizovány, čímž vzniklo celkem sedm kategorií. Kategorie byly interpretovány technikou vyložení karet.

Na základě zjištěných výsledků můžeme říct, že se cíl výzkumné práce podařilo splnit. Sociální participace osob s poškozením míchy je nejvíce omezena v oblasti zaměstnání, které je ovlivněno jak omezeními vyplývajícími z postižení, tak faktory prostředí. Faktory, které omezují sociální participaci osob s poškozením míchy ve všech jejích kategoriích nejvíce, jsou bariérovost prostředí a přístup společnosti. Jako největší posun v možnostech sociální participace těchto osob můžeme označit bezbariérovost veřejné dopravy, neboť jedincům usnadňuje účastnit se různých aktivit.

Z práce vyplývá doporučení pro praxi, a to potřeba zvýšení podpory zaměstnávání osob s poškozením míchy. Dosud vzniklé nástroje podpory nejsou dostačující. V současné době je trendem možnost práce z domova, která je pro tyto osoby ideální. Měli bychom se tedy snažit vytvářet pro ně vhodná pracovní místa, která lze vykonávat z domova. Dále je potřeba více se zaměřit na proměnu společnosti z bariérové na bezbariérovou. Ačkoliv je tato proměna v procesu, neděje se tak dostatečně rychle, a stále ve velké míře dochází k omezování sociální participace osob s poškozením míchy. Neméně důležitá je potřeba zaměřit se na přístup veřejnosti, který se sice s inkluzivními snahami zlepšuje, avšak stále pro tyto osoby představuje omezení.

## Seznam použitých informačních zdrojů

- AKYUREK, G. a BUMIN, G., 2017. *Community Participation in People with Disabilities*. Online. In: HURI, M. Occupational Therapy – Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation. InTech, s. 81-105. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68470>. [citováno 2024-02-06].
- ANDERLIKOVÁ, L., 2014. *Cesta k inkluzi: úvahy z praxe a pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-765-1.
- BARTOŇOVÁ, R., 2013. Zimní outdoorové aktivity. Online. In: KUDLÁČEK, M. a kol. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 58-66. Dostupné z: <https://apa.upol.cz/images/APAosobStelesnymPostizenimKudlacek.pdf>. [citováno 2024-02-29].
- BARTOŇOVÁ, R. a RYBOVÁ, L., 2013. Letní outdoorové aktivity. Online. In: KUDLÁČEK, M. a kol. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 67-73. Dostupné z: <https://apa.upol.cz/images/APAosobStelesnymPostizenimKudlacek.pdf>. [citováno 2024-02-29].
- BAŠTECKÁ, B. a MACH, J. a kol., 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0617-0.
- BUŘVALOVÁ, D. a REITMAYEROVÁ, E., 2007. *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86991-21-4.
- CENTRUM PARAPLE, ©2024. *Paraple*. Online. Dostupné z: <https://www.paraple.cz/paraple/>. [citováno 2024-02-18].
- ČESKÝ PARA SPORT, ©2024. *Rugby vozičkářů*. Online. Dostupné z: <https://ceskyparasport.cz/rugby-vozickaru/>. [citováno 2024-02-18].
- ČESKÝ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR, ©2011-2024. *Rugby na vozíku*. Online. Dostupné z: <https://paralympic.cz/cpv/paralympijske-hry/cpt/sporty/paralympijske-sporty/rugby-na-voziku/>. [citováno 2024-02-18].

- FALTÝNKOVÁ, Z., 2012. Online. *Vše okolo tetraplegie*. Praha: Česká asociace paraplegiků – CZEPA. Dostupné z: [https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Vse\\_okolo\\_tetraplegie\\_CZEPA.pdf](https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Vse_okolo_tetraplegie_CZEPA.pdf). [citováno 2024-02-18].
- FALTÝNKOVÁ, Z.; KRÍŽ, J.; KÁBRTOVÁ, A. a kol., 2004. Online. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků. Dostupné z: [https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Cesta\\_k\\_nezavislosti\\_CZEPA.pdf](https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Cesta_k_nezavislosti_CZEPA.pdf). [citováno 2024-02-17].
- FILIPIOVÁ, D., 2002. *Projektujeme bez bariér*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 80-86552-18-7.
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HARTL, P., 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.
- HENDL, J., 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.
- HEPPE, E. C. M.; WILLEMEN, A. M.; KEF, S. a SCHUENGEL, C., 2020. *Improving social participation of adolescents with a visual impairment with community-based mentoring: results from a randomized controlled trial*. Online. *Disability and Rehabilitation*, vol. 42, no. 22, May 2020. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1589587>. [citováno 2024-02-09].
- JANÍČKO, M., 2015. *Osoby se zdravotním postižením a další profesní vzdělávání: postoje, zkušenosti, bariéry*. Online. Praha: Fond dalšího vzdělávání. Dostupné z: <https://webmium.blob.core.windows.net/users/91777/assets/dee9ce930ea71d7906dfca5d66d5c82e/vystupnizpravadpvozp113628.pdf>. [citování 2024-02-27].
- KRHUTOVÁ, L., 2013. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert. ISBN 978-80-7326-232-7.
- LEVASSEUR, M.; LUSSIER-THERRIEN, M; BIRON, M.; RAYMOND, É.; CASTONGUAY, J a kol., 2022. *Scoping study of definitions of social participation: update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition*. Online. *Age and Ageing*, vol. 51, no. 2, February 2022. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ageing/article/doi/10.1093/ageing/afab215/6520509>. [citováno 2024-02-09].
- MAREŠ, J.; DOSTÁLEK, M.; DOULÍK, P.; HADAŠ, L.; HEJCMANOVÁ, M. a kol., 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-65-9.



*Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*, 2008. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2.

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ, 2010. *Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s., Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením*. Online. In: *Zákony pro lidi.cz*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2010-10>. [citováno 2023-04-09].

MURPHY, R. F., 2001. *Umlčené tělo*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 80-85850-98-2.

NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

OPATŘILOVÁ, D. a ZÁMEČNÍKOVÁ, D., 2014. *Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením*. Online. Brno: Masarykova univerzita. Elportál. Dostupné z: <https://is.muni.cz/elportal/?id=1213559>. [citováno 2024-02-03].

PANČOCHA, K., 2013. *Postoje veřejnosti k sociální participaci osob s postižením*. Online. Habilitační práce. Brno: Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/habilitace/1441/Pancocha/habilitace/pancocha\\_habilitace\\_final.pdf#page109](https://is.muni.cz/do/rect/habilitace/1441/Pancocha/habilitace/pancocha_habilitace_final.pdf#page109). [citováno 2024-02-02].

PARACENTRUM FENIX, ©2024. *O Fenixu*. Online. Dostupné z: <https://pcfenix.cz/o-fenixu>. [citováno 2024-18-02].

PROCHÁZKOVÁ, L. 2019. *Postoje k lidem s postižením v pracovním kontextu ve vztahu ke zkušenosti s nimi*. Online. Sociální pedagogika, roč. 7, č. 2. Dostupné z: <https://doi.org/10.7441/soced.2019.07.02.04>. [citováno 2024-02-26].

RENOTIÉROVÁ, M., 2003. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISSN 80-244-0532-6.

SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.

ŠKOBŘÁNKOVÁ, T., 2013. *Sociální začlenění jedinců po spinálních traumatu*. Online. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ljsi2/>. [citováno 2024-04-04].

ŠTĚTKÁŘOVÁ, I., 2009. *Chronické míšní poranění*. Online. *Neurologie pro praxi*, roč. 10, č. 3. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/03/02.pdf>. [citováno 2024-03-25].

ŠVARŤÍČEK, R. a ŠEĎOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.

VÍTKOVÁ, M., 2019. *Somatopedie*. Online. Opava: Slezská univerzita. Dostupné z: <https://is.slu.cz/publication/36780/Somatopedie.pdf>. [citováno 2024-02-01].

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2 – Otázky pro dotazník

Příloha 3 – Ukázka přepisu rozhovoru

Příloha 4 – Ukázka otevřeného kódování

## **Příloha 1 – Otázky pro polostrukturovaný rozhovor**

Kolik Vám je let?

Jaká je Vaše diagnóza?

V jakém věku a jakým způsobem jste k postižení přišel/la?

Jakým způsobem trávíte volný čas?

Změnilo se to v průběhu času?

Provozujete nějaké pohybové aktivity?

Změnilo se to v průběhu času?

Zahrnuje Vaše trávení volného času jiné osoby?

Účastníte se nějakých kulturních aktivit?

Návštěvy divadla, kina, koncertů, festivalů, muzeí, výstav...

Změnilo se to v průběhu času?

Jezdíváte na výlety / dovolené?

Pokud ne, je to z důvodu bariérovosti / finance / jiné?

Změnilo se to v průběhu času?

Jaká je Vaše rodinná situace? (partner, děti, soužití)

Máte partnera? Změnila se situace se získáním postižení?

Máte děti?

Žijete v bytě/domě? Na vesnici / ve městě?

Jak se k Vašemu zdravotnímu stavu staví rodina?

Jak se při získání postižení zachovali rodiče / partner / děti?

Jak se zachovalo širší příbuzenstvo?

Změnil se jejich přístup po nějaké době?

Jaký je Váš okruh přátel?

Jak se k Vašemu postižení přátelé staví?

Změnil se Váš okruh přátel po získání postižení?

Ztratil/a jste staré přátele?

Jsou nově získaní přátele také lidé s postižením?

Jak k Vám přistupuje okolí?

Pocítil/a jste po získání postižení změnu v přístupu? (sousedí, veřejnost)

Ovlivnilo Vaše postižení úroveň dosaženého vzdělání?

Dodělával/a jste si vzdělání po získání postižení?

Máte zaměstnání?

Dlouhodobě / nově?

Typ úvazku

Pracujete z domova / dojíždíte za zaměstnáním?

Byla potřeba rekvalifikace?

Máte pracovní prostředí nějak uzpůsobené? Pokud ano, jak?

Pracoval/a jste dříve?

Popř. jaký byl důvod ukončení

Účastníte se politický aktivit?

Zapojujete se do hlasování ve volbách, petic, demonstrací, stávek...

Vnímáte bariéry ve Vašem okolí?

Ovlivňují Vaše zapojení do společnosti?

Zlepšila se časem bezbariérovost Vašeho okolí?

Využíváte veřejnou dopravu?

Řekl/a byste, že máte se zapojením se do společnosti problém? Pokud ano, jsou problémem spíše omezení vyplývající z postižení nebo faktory prostředí – jaké?

## **Příloha 2 – Otázky pro dotazník**

Jaké je Vaše zaměstnání?

Do jaké životní oblasti mají podle Vás osoby s poškozením míchy největší problém se zapojit?

- a) Vzdělání
- b) Zaměstnání
- c) Volnočasové aktivity
- d) Sociální vztahy

Ovlivňuje jejich zapojení do vzdělání spíše omezení vyplývající z postižení nebo spíše faktory prostředí (bariérovost, postoje veřejnosti...)?

- 1 – Omezení vyplývající z postižení
- 2 – Spíše omezení vyplývající z postižení
- 3 – Nastejno
- 4 – Spíše faktory prostředí
- 5 – Faktory prostředí

Ovlivňuje jejich zapojení do zaměstnání spíše omezení vyplývající z postižení nebo spíše faktory prostředí (bariérovost, postoje veřejnosti...)?

- 1 – Omezení vyplývající z postižení
- 2 – Spíše omezení vyplývající z postižení
- 3 – Nastejno
- 4 – Spíše faktory prostředí
- 5 – Faktory prostředí

Ovlivňuje jejich zapojení do sociálních vztahů spíše omezení vyplývající z postižení nebo spíše faktory prostředí (bariérovost, postoje veřejnosti...)?

- 1 – Omezení vyplývající z postižení
- 2 – Spíše omezení vyplývající z postižení
- 3 – Nastejno
- 4 – Spíše faktory prostředí
- 5 – Faktory prostředí

Ovlivňuje jejich zapojení do volnočasových aktivit spíše omezení vyplývající z postižení nebo spíše faktory prostředí (bariérovost, postoje veřejnosti...)?

- 1 – Omezení vyplývající z postižení
- 2 – Spíše omezení vyplývající z postižení
- 3 – Nastejno
- 4 – Spíše faktory prostředí
- 5 – Faktory prostředí

V čem vidíte v zapojení osob s poškozením míchy do společenského života největší problém?

## **Příloha 3 – Ukázka přepisu rozhovoru**

### **Rozhovor s respondentem č. 4**

**Tazatel:** Denisa Dragoszová

**Respondent:** muž, 41 let, paraplegik

**T:** Kolik Vám je let?

**R4:** Ehhh... Ty jo, 41.

**T:** Jaká je Vaše diagnóza?

**R4:** Paraplegik. Th6.

**T:** Mhm. Jakým způsobem jste k poškození přišel?

**R4:** Přišel jsem takhle, že jsem vlastně sedl do auta jako spolujezdec.

**T:** Takže tedy při autonehodě?

**R4:** Mhm.

**T:** A kolik Vám tehdy bylo?

**R4:** No, jeřda... Bylo to v roce 2006. Takže... asi 23... Jo, 23.

**T:** Jakým způsobem trávíte volný čas?

**R4:** Takže úplně jednoduše... No, kdysi to bylo tak, že spíše jsem ještě byl trochu aktivnější, tak jsem vlastně lyžoval, pak jsem vlastně hrál závodně basket za Českou republiku. Samozřejmě nějaké to plavání, popřípadě nějaké to cestování po Evropě. Takže to bylo takové... No a pak samozřejmě takové ty různé, jak jsou nějaké ty koncerty nebo nějaké ty festivaly jako jsou třeba Colours of Ostrava, tak takové navštěvování...Hlavně, abych neseděl doma. Snažím se prostě chodit mezi lidi.

**T:** Mhm, rozumím. A teď už tedy nesportujete?

**R4:** No už jako jenom mírněji, už vlastně nehraju jakoby za Českou republiku, jako byl jsem reprezentantem. Takže tohle už jsem vlastně jakoby trochu... protože mám vlastně rodinu teďka, dva a půl roku, takže se spíše snažím věnovat rodině že. Už jenom vlastně hraju ten basket a to plavání... a to je tak všechno teď momentálně.



**T:** Mhm. Takže co se týče těch kulturních aktivit, tak jste říkal ty festivaly a koncerty a nějaké divadlo, kino třeba navštěvujete také?

**R4:** Jo, jo, určitě, určitě. To mi úplně vypadlo.

**T:** Mhm. A třeba na nějaké výlety nebo dovolené jezdíváte?

**R4:** Jo, jo, určitě. Jako kdysi, když jsem ještě neměl rodinu, tak jsme vlastně spávali v autě, takže normálně jsme třeba jeli na Sicílii a tam jsme byli třeba týden, čtrnáct dní a potom jsme vlastně jeli domů...a po cestě vlastně přes tu Itálii, jak jsme jeli, tak jsme zase někde zastavovali, a tak různě. Teď už je to trochu mírnější, ale pořád... Takže ono... Dá se.

**T:** Mhm. Takže když byste to měl srovnat, liší se trávení volného času před nehodou a po nehodě hodně?

**R4:** Určitě, určitě se to změnilo. Když se mi vlastně jako stala ta nehoda, tak jako ze začátku jsem jako... Byl trochu zapšklý jo... Takže vlastně jsem nikde nechodil, nejezdil a jenom jsem byl zavřený doma. Pak se mi vlastně staly dekubity, takže vlastně jsem byl...tak dva, tři roky jsem seděl doma. Až po těch dvou, třech letech jsem začal jakoby se seznamovat taky s vozíčkářema a prostě jako mě začali tahat ven, takže od té doby se to vlastně zase změnilo a... Jako když jsem začal vlastně jako na vozíku být a chtěl jsem se někde podívat, tak všude byl problém samozřejmě že... schody a taková ta... lidi jako se na mě dívali jako přes prsty a... No a vlastně jak jsem se začal kamarádit s těma jinýma vozíčkářema, tak ty mě vlastně naučili i ty místa poznávat a trochu vlastně navštěvovat bezbariérové věci. Nebo vlastně jako tam, kde už oni byli jednou, tak mi dali třeba jako nějaký ten odkaz jo, řekli tam to je super, tam se běž podívat, nebudou se na tebe dívat blbě, dostaneš se všude, i na záchod, takže jako není problém. Jo, takže vlastně jsme potom jako jezdívali častěji a... i jsme vlastně jezdívali ve skupinkách, což jezdíme do teďka, takže to je také fajn.

**T:** Mhm... Teď bych se zeptala na Vaši rodinnou situaci, říkal jste, že teď máte nově rodinu?

**R4:** Jojo, máme dítě dva a půl roku.

**T:** A partnerku máte také relativně nově, nebo třeba už z doby před nehodou?

**R4:** Ne, ne, ne. Vlastně, když se stala ta nehoda, tak to vlastně byla partnerka moje, co vlastně řídila. Takže vlastně ona jako nějakým způsobem jako viděla, že to zavinila a nechtěla jako se se mnou jakoby stýkat. Takže vlastně jsme to ukončili ten vztah. Ale teďka vlastně s partnerkou po osmi letech, co jsme vlastně spolu, tak jsme se před těma třema rokama shodli, že bysme mohli zkusit rodinu, takže vlastně tam to vyšlo, no.

**T:** A bydlíte v domě nebo v bytě?

**R4:** V domě na vesnici.

**T:** Jak se k Vám po nehodě postavila rodina? Myslím teď rodiče a sourozence.

**R4:** No takhle, já jsem už vlastně neměl taťku, takže vlastně už mám jenom bratra a mamku. Takže vlastně jako jo, snažili se mi pomáhat. Jo, samozřejmě do té doby, než se mi jako... ten barák se musel trochu přizpůsobit že... Musela se udělat nějaká koupelna, musel se udělat výtah, takže vlastně do té doby jako to byl celkem problém, takže pomáhali, ale potom už to bylo vlastně jako fajn. Protože jsme vlastně zařídili vozidlo, potom i ruční, takže už to bylo takové vlastně zase o něco lepší, už jsem si mohl sám někde zajet, už jsem nemusel nikoho otravovat.

**T:** Takže se dá říct, že jste samostatný?

**R4:** Jako teďka jako samostatný jsem, jo, to není problém. Ale jako kdysi, jak mě vlastně vystrčili z nemocnice, tak jsem vlastně šel do Hrabyně a po Hrabyni vlastně jsem přišel domů a samozřejmě že... starý barák, takže na záchod jsem se nedostal, do koupelky jsem se nedostal, všude byly úzké dveře, takže to byl problém asi tak nevím, plácnu třeba tři, čtyři měsíce, než se to všechno udělalo, tak aby to mi vyhovovalo, abych se všude dostal a abych byl samostatný.

**T:** Mhm, rozumím. Teď bych se zeptala na Váš okruh přátel, jestli se po té nehodě nějak změnil?

**R4:** No, tak prostě moji přátelé byli taky mladí že... 23 let, neměli rodiny a teďka vlastně máme všichni tak kolem čtyřiceti, takže vlastně jakoby pořád se vídáváme, ale už jako ne tak často, protože máme ty rodiny, každý se snaží věnovat té své rodině. Někteří se odstěhovali jako dál s rodinami nebo vlastně jakoby za manželkama, takže už to není takové... jakože to, co jsme se kdysi bavili, tak už to není takové, ale jako bavíme se a teďka tím, že mám nové možnosti... Vlastně jsem se začal stýkat více s těma vozíčkářema, protože máme tak nějak... stejné problémy. Někteří řeší také hlouposti, jako že třeba manželky neposlouchají, a to a tamto a my vlastně řešíme úplně jiná problémy že... že my se... umíme se bavit jinak jo trochu. A vlastně přes ty sporty, jak jsem dělal ty sporty, tak jsem se seznamoval hodně s těma lidma z celé republiky. Že jsem třeba jezdil na nějaké víkendové turnaje, takže vlastně se tam jako... setkala se víc lidí a pobavili jsme se, takže vlastně i tak je to vlastně něco jiného.

**T:** Zaznamenal jste po té nehodě změnu v přístupu okolí?

**R4:** Určitě, určitě. Jakoby v dnešní době je to tak spíš jako... když kdekoliv přijdeme, tak když něco řeším já, tak jako by se dívali za mě, že mě vůbec jako nevnímají. Když jdu třeba s přítelkyní, tak vlastně se vyptávají jí jo, jako když já něco řeknu, tak oni vlastně hned na ni,

jako bych byl jako nějaký nemocný nebo na hlavu prostě jo. Takže tohle jako se děje pořád. Ale my jsme na to zvyklí no... Samozřejmě jako nemám takhle zkušenosti sám že... mají to tak i hodně takových lidí no...

**T:** Rozumím... A třeba u sousedů došlo k nějaké změně v přístupu?

**R4:** Ne, to ne. To zase ti sousedi vědí, že jsem normální, takže vlastně mě berou úplně jako normálního člověka. Samozřejmě třeba občas se mi stane, že spadnu, když jedu třeba z autobusu... no a když mě vidí sousedi, tak jako první se samozřejmě chlamou že. Prostě se mi smějou, že jsem spadnul zase, takže mi jako zvednou třeba nebo něco a pak se smějeme tomu ještě oba dva. Takže je to také fajn v tomhle, že ti sousedi jako to berou... a i že takový ten humor mají, že se nemusí bát třeba se mi smát nebo něco.

**T** Mhm. A třeba přístup širší rodiny se nějak změnil?

**R4:** No spíš tam byla změna v tom...protože vlastně tím, že jsem skončil na tom vozíku, tak jsem měl nějaké peníze a samozřejmě jako záviděli, že já jsem si koupil nové auto, takže mi záviděli, říkali mi to jako do očí, jakože no jo, to se někdo má, tolik peněz, takové auto si koupí a barák se spravoval, takže jako mi záviděli. Ale záviděli mi ty peníze, ale to, že jsem na vozíku, to už nezáviděli že. Takže to mi jako na té širší rodině trošku vadilo, že mi to dávali trošku jako najevo, že ano, jsem na vozíku, ale že mám jako peníze, že si užívám.

**T:** Mhm. Já bych se teď přesunula k vzdělání a zeptala bych se, jestli ten úraz ovlivnil Vaše dosažené vzdělání?

**R4:** Ne ne ne, neovlivnilo mě to. Já jsem vyučený elektrikář, a to už jsem měl po škole nějakou dobu no, když se to stalo.

**T:** Mhm. Takže už jste si ani neplánoval vzdělání doplnit?

**R4:** Ne, ne, to vůbec.

**T:** Mhm. A zaměstnání máte?

**R4:** Nemám zaměstnání, ale jako měl jsem dříve.

**T:** Mhm. Můžu se zeptat, z jakého důvodu došlo k ukončení tohoto zaměstnání?

**R4:** No, tam byl problém v tom, že on vlastně měl firmu a on pobíral na mě nějaké peníze. Ale ty úřady říkal, že to je tak strašné, že bude asi končit firmu, protože vlastně tam je kolem toho tolik práce a tolik všeho, že se mu to pomaličku ani nevyplatí nějakého toho postiženého

zaměstnávat. Tak jsme vlastně potom ukončili smlouvu. Že ty úřady mu vlastně podkopávaly nohy místo toho, aby mu pomáhaly, tak mu podkopávaly nohy no, a to se mu hodně nelíbilo.

**T:** Mhm. A můžu se zeptat, co to bylo za zaměstnání?

**R4:** No, dělal jsem vlastně pro svatební firmu. Že jsem třeba tisknul pozvánky a různé takové ty věci a taková kancelářská práce no.

**T:** Mhm. A od té doby jste tedy nezaměstnaný a měl jste problém nové zaměstnání najít, nebo jste se o to nepokoušel?

**R4:** Hledal jsem, ale takhle jako... v dnešní době je to problém jo, protože všichni chtěou, abych někde dojížděl, což jako je pro mě blbě, protože ty zdravotní problémy jsou horší a horší, čím jsem déle na tom vozíku... hlavně trpí ty ruce, ty ramena, zápěstí, klouby... že je to takové... že kdyby mi někdo nabídl práci z domova, tak bych to vzal, jenomže to není a tady na vesnici taky nic není. A někde dojíždět každý den, to bych nezvládl. A pracovat tam třeba 7 hodin a zkusit sedět na zadku, to bych taky už nezvládl. Vlastně jako ze zdravotních důvodů je to problém no.

**T:** Mhm. Zmiňoval jste, že přijedete autobusem, takže veřejnou dopravu využíváte?

**R4:** Jo, využívám.

**T:** A řekl byste, že je dostatečně bezbariérová?

**R4:** Jo, autobusy jsou, co využívám.

**T:** Mhm. A když byste to měl srovnat s dobou krátce po té nehodě, tak byste řekl, že se to zlepšilo?

**R4:** Jo, určitě se to zlepšilo, protože kdysi byly ty staré autobusy a tam byly schody. Dneska už jsou vlastně ty nízkopodlažní, takže to je super.

**T:** Mhm. Vnímáte bariéry ve Vašem okolí? Ovlivňují nějak Vaše zapojení do společnosti?

**R4:** No určitě. Je to sice lepší, ale je to pořád hrůza. My si občas voláme dopředu a zjišťuju si, jestli mají to bezbariérové, nemají to bezbariérové, kolik tam mají schodů. Takhle mi třeba řekli, že zepředu jsou schody, ale vzadu mě pustí přes kuchyň... potom mi řeknou, že asi to není dobré přes tu kuchyň a tváří se blbě, to je první věc, co mě vždy odrazuje. Jak to není 100 % bezbariérové a někde zezadu přes kuchyň, tak to rovnou říkám, že tam ani nejdu. A jak jsou třeba třídní srazy, tak se taky na mě jako myslí, takže jsou v bezbariérové hospodě. Takže to je fajn, to se mi líbí.

**T:** Mhm. A třeba co se týče lékaře nebo restaurací a obchodů? Je tam nějaké zlepšení v té bezbariérovosti?

**R4:** No doktory vlastně řeším tak, že se snažím to mít v jednom místě, v jedné budově, kde vím, že to je prostě bezbariérové, takže to tak mám, a to je v pohodě. No, a ještě třeba jak jsou ty kina, tak to je někde udělané tak, že vlastně když jdete třeba s partnerkou, tak je to tak, že vlastně partner sedí někde jinde než ten vozíčkář. Jo, přijdete do kina, tak vlastně tam je přímo vyhrazené místo jo a ono to je úplně někde bokem, že vlastně... anebo je to udělané tak, že vlastně musíte sedět úplně vepředu. Jo, že vlastně člověk potom sedí a dívá se na to plátno a bolí ho za krkem, protože je úplně v první řadě.

**T:** To jsem netušila, že to mívají takto rozdělené a nemůžete sedět spolu.

**R4:** Jo, už se mi to stalo, že jsem si zaplatil místo a sedl jsem si a oni říkali, že ne, že jsem na vozíku, a že prostě mám vyhrazené místo v půlce někde a já říkám, ale já jsem tady s partnerkou a oni ne, ne, ne, bohužel musíte jít. Takže jsem musel na nějaké přímo vyhrazené místo pro vozíčkáře.

**T:** To jsem opravdu nevěděla, že se tak dělá... Takže co se týče toho zapojení do společnosti, tak tam vnímáte překážky?

**R4:** Určitě, určitě.

**T:** A řekl byste, že Vás více omezuje Váš zdravotní stav nebo to, že společnost není přizpůsobená?

**R4:** No jakoby to i to, protože někteří ti lidi jako opravdu se na mě dívají přes prsty nebo prostě úplně jak na člověka, který... jo, protože hodně lidí má zafixované to, že když je někdo na vozíku, tak je prostě i mentálně postižený. Takže vlastně to je takové, že se na mě třeba dívají nebo vůbec nechápou někdy, co po nich chci, nebo mě přehlížejí. Jo, to se mi taky stává hodně. No a potom vlastně, že to, no, že vlastně ten svět není bezbariérový, všude jsou samé problémy.

**T:** Řekl byste, že se přístup společnosti za tu dobu zlepšil?

**R4:** Ne, je to stejné. Je to stejné.

**T:** Mhm. Ještě bych se zeptala, jestli se účastníte nějakých politických aktivit? Třeba jestli se zapojujete do voleb anebo jestli třeba máte na vesnici nějakou funkci v samosprávě?

**R4:** Ne, ne, ne. Nezapojuju se. Jako mě to nezajímá, a hlavně člověk vlastně s tím nic neudělá. Oni si vlastně dělají, co chtějí.... My jako normální lidi s tím nic neuděláme. Ale třeba kamarád, co je na vozíku, tak ten je místostarosta třeba. Ale já mám svojich problémů dost.

**T:** Rozumím. Můžu se ještě vrátit k těm přátelům a zeptat se, jak často se scházíte?

**R4:** No jako tady na vesnici se scházíme pravidelně. Máme vlastně takové kulturní čtvrtky, takže chodíme vždycky na pivo no, ať alespoň někam jdeme. Protože my všichni vozíčkáři, jak napadne trochu sněhu, tak sedíme doma že, tak aby to na nás nespadlo, nějaká deprese nebo tak, tak navštěvujeme pravidelně místní restauraci.

**T:** Takže vás je na vesnici více vozíčkářů?

**R4:** Jojo, je nás tady na vesnici asi 10 lidí na vozíku z 650 lidí, což je celkem hodně no. A nemáme to tady teda moc přizpůsobené. Ale jako alespoň se snažili udělat bezbariérový přístup do obchodu, kde byl předtím schod a udělali tam nájezd, ale samozřejmě to je takový nájezd... je strašně prudký jo, že ostatní třeba mají elektrické vozíky, tak to vyjedou, ale já na tom mechanickém to nevyjedu bez pomoci. Takže to je zase takové... Takže já radši jezdím vedle do vesnice, kde to mají úplně bezbariérové.

## Příloha 4 – Ukázka otevřeného kódování

### Rozhovor s respondentem č. 2

Tazatel: Denisa Dragoszová

Respondent: muž, 35 let, kvadrupareтик

T: Kolik Vám je let?

R2: Bude mi 36. věk

T: Jaká je Vaše diagnóza?

diagnóza

R2: Kvadruparéza, C6 po poranění míchy, takže spastická kvadruparéza asi no se dá říct.

T: V jakém věku a jakým způsobem jste k postižení přišel?

příčina

věk při  
získání  
postižení

R2: V šestnácti letech, 2004 rok ...po skoku do vody. Skočil jsem do vody a zlomil jsem si páteř v krční oblasti. Takže letos to bude vlastně 20 let no, v červnu.

T: Jakým způsobem trávíte volný čas?

vozičkářské rugby

R2: No volný čas, no jako aktivně hraju hlavně rugby, jako sportovní... To je vlastně...

Nevím, jestli znáte vozičkářské rugby, no to je vlastně, hraju to snad od roku 2006... tak to jako pravidelně to máme jednou týdně trénink, pak nějaké víkendy jsou nějaké turnaje a tak tomu se dost věnuju. Chodím i na atletiku, většinou jednou týdně no, teďka přes zimu to bylo méně, ale chodím jako jednou týdně taky a přes léto hodně jezdím jako na handbiku no, to jezdím... jako máme takovou skupinu, kde je jako pár známých kamarádů a už teď máme prostě naplánovaný nějaký kalendář na rok, kde, kam, kdy se podíváme a... Takže tohle, převážně ten sport no asi.

atletika

handbike

T: Takže jste byl asi sportovec i před úrazem?

stav před úrazem

R2: Jo, jo, jo, docela jo no. Tak jako ze všeho trošku, ale prostě všechno no, kolo, plavání, fotbal, a i nějaké ty kroužky jsem měl, takže jako... no, normálně takový aktivní dítě.

T: Mhm. Účastníte se i nějakých kulturních aktivit?

cestování

R2: No tak jako cestování hodně... Jako mám projetou celou Evropu... Kulturní... no tak...

divadlo

festivally

do divadla zajdeme, teď jsem byl naposledy jako na podzim jsme byli v Praze v divadle s rodinkou... Každoročně jezdím na festival Colours of Ostrava... Letos se chystáme i na Rock for People, takže jako ty letní akce jako festivaly a do divadla zřídka, ale jako... třeba máme městské divadlo, tak tam jako rád chodím. Tak já nevím, třeba dvakrát za rok jako, moc ne.

divadlo