

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
**KATEDRA SOCIÁLNÍ A KLINICKÉ FARMACIE**



**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Zvýšené životní náklady tetraplegika se  
získaným postižením úrazem a jejich  
kompenzace státními příspěvky**

Autor: Bc. Vendula TUČKOVÁ  
Studijní obor: Farmacie  
Vedoucí práce: PharmDr. Jan KOSTŘIBA, Ph.D.

Hradec Králové, 2018

*“Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně pod vedením svého školitele. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. Práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného titulu.”*

.....

V Hradci Králové dne 8. května 2018

## **Poděkování**

PharmDr. Janu Kostříbovi, Ph.D., za cenné rady, důležité postřehy, trpělivost a velkou podporu při vedení mé diplomové práce.

Kolektivu firmy MEDICCO s. r. o. za uvedení do problematiky vozíčkářů a názorné předvedení jednotlivých pomůcek.

Dále děkuji České asociaci paraplegiků – CZEPA, z. s., ParaCENTRU Fenix, z. s., a firmě MEDICCO s. r. o., za poskytnutí souhlasu s využitím jejich členských databází pro praktickou část této práce a všem jejich členům, kteří byli ochotni se této studii zúčastnit. Na závěr bych ráda poděkovala své rodině za podporu během celého studia.

## **Abstrakt**

Tématem diplomové práce je definování životních nákladů osob se získaným postižením míchy v oblasti krční páteře – tetraplegiků, kteří tvoří specifickou skupinu osob se zdravotním postižením. Jako dílčí cíl se snaží najít odpověď na otázku, zda stát dostatečně (nebo alespoň do jaké míry) kompenzuje zdravotní handicap svých občanů. Diplomová práce popisuje nutné výdaje na straně jedné a možnosti státních příspěvků na straně druhé. Teoretická část se ve své první části zabývá handicapem v podobě krční míšní léze a přidruženými komplikacemi s ní spojenými a popisuje nezbytně nutné kompenzační a zdravotní pomůcky, včetně procesu jejich získávání. Druhá část vychází z platné české legislativy a analyzuje slevy, výhody a příspěvky, poskytované sociálním systémem České republiky pro handicapované. Praktická část vyhodnocuje dotazníkové šetření jako podklad pro závěrečné shrnutí ekonomické situace osob s tetraplegií.

### **Klíčová slova**

Tetraplegie, zdravotnický systém, Česká republika

## **Abstract**

The theme of thesis is to define the living costs of person with the spinal cord injury in the cervical spine - tetraplegics. Tetraplegics are specific group of people with injury. Partial goal is to find out, whether state contributes and compensates health handicap of citizens enough. Thesis describes spends needed on one side and possibilities of state contributions on the other side. First part of theoretical part clarifies handicap of spinal cord injury and associated complications. It describes necessary compensational and medical equipment including process of its aquirement. Second part of theoretical part is based on Czech legislation and analyzes savings, advantages and contributions provided by social system of Czech Republic for disabled people. Practical part evaluates survey as a background for final conclusion of economic situation of tetraplegics.

### **Key words**

tetraplegia, healthcare system, Czech Republic

## Obsah

<b>I. Úvod .....</b>	<b>15</b>
<b>II. Teoretická část .....</b>	<b>16</b>
<b>1. Tetraplegik očima lékařské vědy .....</b>	<b>16</b>
1.1 Získané postižení míchy – tetraplegie .....	16
1.1.1 Definice .....	16
1.1.2 Etiologie a epidemiologie poranění páteře a nervového systému .....	20
1.1.3 Stručný anatomický popis páteře a míchy .....	21
1.1.4 Rozdělení poranění míchy v krční oblasti podle výšky poškozeného segmentu .....	22
1.1.5 Zdravotní důsledky poškození míchy v krční oblasti .....	24
1.1.6 Možné komplikace při poškození míchy v oblasti krční páteře .....	27
1.2 Kompenzační pomůcky pro tetraplegiky .....	30
1.2.1 Výběr a předepsání pomůcky .....	31
1.2.2 Základní pomůcky tetraplegika .....	32
1.3 Zdravotní pomůcky pro tetraplegiky .....	36
1.3.1 Pomůcky pro osobní hygienu .....	36
1.3.2 Pomůcky pro inkontinenci .....	36
<b>2. Analýza systému příspěvků a státních výhod pro tetraplegiky .....</b>	<b>37</b>
2.1 Definice .....	37
2.2 Systém sociálních dávek, služeb, příspěvků a výhod pro tetraplegiky ....	38
2.2.2 Příspěvek na péči .....	40
2.2.3 Příspěvky pro zdravotně postižené .....	43
2.2.4 Průkaz a výhody osoby se zdravotním postižením .....	45
2.2.5 Parkovací karta a vyhrazené parkovací místo .....	46
2.3 Daňové a poplatkové slevy .....	47
2.3.1 Sleva na telefon .....	47
2.3.2 Úleva na jízdném v prostředcích městské hromadné dopravy a vlaku .....	47
2.3.3 Sleva na vstupné na kulturní akce .....	48
2.3.4 Osvobození od poplatku za použití dálnice .....	49
2.4 Nadace .....	49
<b>3. Praktická část .....</b>	<b>51</b>
3.1 Metodologie .....	51
3.1.1 Cíl práce a stanovení hypotéz .....	51
3.1.2 Metodika .....	51

3.2	Výsledky dotazníkového šetření.....	54
3.2.1	Popis výzkumného souboru.....	54
3.2.2	Seznámení s výsledky šetření.....	60
3.3	Diskuze.....	80
<b>4.</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>83</b>
<b>5.</b>	<b>Seznam literatury.....</b>	<b>85</b>
<b>6.</b>	<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>89</b>
<b>7.</b>	<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>90</b>
<b>8.</b>	<b>Seznam grafů.....</b>	<b>91</b>
<b>9.</b>	<b>Přílohy.....</b>	<b>93</b>

# I. Úvod

Egypt'an Imhotep<sup>1</sup>, kterému je přisuzována první zmínka o míšním poranění, rozděluje nemoci na lehké (ty, které ošetří), těžší (ty, se kterými se popere) a nejtěžší (ty, které nemůžou být ošetřeny – kam spadá i poranění míchy). První centra pro léčbu pacientů s míšní lézí vznikala v Evropě až v první polovině 20. století za velkého přispění „otců“ paraplegie dr. Donalda Munroa<sup>2</sup> z Bostonu a sira Ludwiga Guttmanna<sup>3</sup> z Velké Británie. Ani v současném stavu poznání 21. století však není poranění míchy léčitelné. Standardní péče zahrnuje dekompresi míchy, stabilizaci poraněné páteře a maximální prevenci sekundárních následků míšního poranění. Traumatická míšní léze tak stále patří mezi nejvíce tělesně a psychicky devastující zranění člověka.

Ať už vlastní nedbalostí, či cizím zaviněním, teprve v okamžiku, kdy se člověk ocitne na vozíku, začne si plně uvědomovat význam slova handicap, bariéry a integrace. Věci, které byly dříve samozřejmé, běžné a rutinní, se najednou stávají těžce zdolatelnými překážkami. Naštěstí pokrok, který s sebou přináší 21. století, zasáhl i do sociální sféry a osoby s mobilitou na vozíku se stávají běžnou součástí života. Již neexistuje cílená izolace v ústavech<sup>4</sup>, moderní společnost pomalu odstraňuje fyzické i psychické bariéry.

Heslem novodobé společnosti je integrace. Ta je z pohledu osob s mobilitou na vozíku nerozlučně spjatá s termínem samostatnost či nezávislost. Pokud má být člověk součástí společnosti, ať je tedy plnohodnotným článkem ve všech směrech; práce, sport, rodina, trávení volného času. Není horší zkušenosti než návrat dospělého, samostatného člověka s plně funkčním myšlením do vývojového stupně dvouletého dítěte. Jednoznačně největší radost má člověk vždy z těch věcí, které si udělá sám. Proto existují kompenzační pomůcky, které umožňují lidem v maximální možné míře jejich handicap eliminovat.

Čím těžší postižení, tím větší míra rozsahu pomůcek. Zdravotní postižení s sebou přináší zvýšené finanční náklady spojené s více či méně drahými kompenzačními pomůckami, které jsou nezbytné ke zkvalitnění běžného života. Tyto zvýšené náklady mohou být kompenzovány formou příspěvků ze systému dávek sociálního zabezpečení.

---

<sup>1</sup> Lékař, kněz a architekt faraona Džosera v období 3. dynastie, narozen 2 650 př. n. l.

<sup>2</sup> Neurochirurg, založil komplexní rehabilitační centrum v bostonské nemocnici pro pacienty s míšním poraněním.

<sup>3</sup> Neurochirurg, zakladatel paralympijských her. Založil a vedl speciální kliniku pro léčbu vážných poranění páteře a míchy – první svého druhu na světě – v malé obci Stoke Mandeville severně od Londýna.

<sup>4</sup> Olga Havlová, první manželka posledního československého prezidenta, založila v roce 1990 Výbor dobré vůle s cílem pomáhat zdravotně postiženým, opuštěným a diskriminovaným.



## II. Teoretická část

### 1. Tetraplegik očima lékařské vědy

#### 1.1 Získané postižení míchy – tetraplegie

##### 1.1.1 Definice

###### Tělesné postižení

Dnešní společnost již víceméně neuvžívá pojem invalida<sup>5</sup>, přesto pojmy jako tělesně postižený, handicapovaný či osoba s tělesným postižením jsou vnímány jako synonyma. Hlavní rozdíl mezi těmito pojmy spočívá v důrazu na jednotlivá slova. U tělesně postiženého jedince je důraz kladen na slovo postižený, zatímco pojem osoba s tělesným postižením dává na první místo člověka. <sup>[1]</sup>

Legální definice zdravotního postižení jsou velice různorodé, a to nejen v rámci České republiky, ale i v mezinárodněprávních dokumentech jednotlivých států. Nejnověji je hlavním předmětem zájmu jedinec jako takový a až následně se upřesňuje, zda se míní člověk zdravý, nebo s postižením. Postižení se vnímá jako dimenze, nikoli jako kategorie.

- Postižení vnímáno jako určitý rozměr života. <sup>[2]</sup>
- Postižení je jakákoli porucha duševní nebo tělesná, která může být dočasná, dlouhodobá nebo trvalá, která brání jedinci účinně se přizpůsobit běžným nárokům života. <sup>[3]</sup>

Definici zdravotního postižení lze uchopit různými způsoby, nejčastěji je zmiňován medicínský a sociální model. Sociální model je upřednostňován, i když jeho problémem je obtížnější uchopitelnost, což může např. zhoršovat určení stupně či charakteru postižení. <sup>[4]</sup>

Medicínský model vnímání postižení vychází z názoru, že postižení je individuálním problémem jednotlivce, definovaný nedostatkem zdraví a způsobený nemocí nebo úrazem. Řešení je spatřováno v medicínské rehabilitaci.

---

<sup>5</sup> Obecný termín, který v českých moderních dějinách převládal jako odkaz k tělesné jinakosti až do druhé poloviny 20. století, je pojem invalidita; výrazy jako postižení či handicap se v dnešním slova smyslu objevují až od 90. let 20. století.

- Může se jednat o prvotní nebo druhotné omezení hybnosti. V prvním případě se jedná buď o přímé postižení vlastního hybného ústrojí, nebo o postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy v periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí např. amputací, deformacemi, vývojovými vadami apod. Ve druhém případě zůstává centrální i periferní nervová soustava a vlastní hybné ústrojí bez patologických změn, hybnost je však omezena z jiných příčin. Projevují se tu důsledky chorob srdečních, revmatických, kostních apod., které omezují pohyb nemocného. [5]

Sociální model nechápe postižení jako individuální záležitost jedince, ale jako produkt vztahů a souvislostí mezi jedincem a okolím. Postižení není tedy bráno primárně jako nedostatek zdraví, ale je až výsledkem sociálních (např. odstup ze strany společnosti) či fyzických (např. nepřístupnost budov) bariér mezi jedincem a okolím. Tyto bariéry znemožňují člověku vykonávat běžné denní činnosti.

- Na postižení se nelze dívat jako na stav, ale jako na proces. Rozměr postižení není přímo závislý na jeho stupni. Ten je značně stanoven společensky. Teprve konfrontací s prostředím se projeví rozsah postižení. [6]

Světová zdravotnická organizace (WHO, angl. *World Health Organisation*) vydala v roce 2001 dokument Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví (ICF, angl. *International Classification of Functioning, Disability and Health*), který přešel od klasifikace „důsledků nemocí“ ke klasifikaci „komponent zdraví“. [7] Na rozdíl od dokumentu WHO z roku 1980 [8] vychází již z komplexnějšího pojetí zdravotního postižení. Postižení je zde chápáno jako pojem, který zahrnuje jak funkční či orgánovou poruchu lidského těla nebo psychickou poruchu lidské osobnosti, tak i nemožnost vykonávat některé aktivity v důsledku existence bariér.

V dokumentu ICF byly vymezeny tři pojmy:

- Porucha, poškození (angl. *impairment*) je definována jako poškození funkční (na úrovni orgánové soustavy) nebo strukturální (na úrovni orgánu) povahy, které jedince závažně neomezuje. Jde o poruchu na úrovni tělního orgánu či systému a upravuje se v krátké době.
- Omezení/snížení výkonu (angl. *disability*) znamená omezení nebo ztrátu schopnosti vykonávat činnost takovým způsobem nebo v takovém rozsahu, který je pro člověka považován za normální. Jedná se o poruchu na úrovni celého jedince.

- Postižení je stav, kdy v důsledku poruchy nebo zneschopnění nemůže jedinec plnit role, které jsou pro něj normální. Jedná se o změnu sociálních rolí, které člověk zastává ve vztahu ke společnosti. [8]

Mezi jednotlivými pojmy existuje souvislost – z poruchy se může vyvinout omezení, které může následně vést k postižení.

Organizace spojených národů (OSN) definuje zdravotní postižení v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením „...zdravotní postižení je koncept, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními“. [9] V čl. 1 Úmluvy jsou pak osoby se zdravotním postižením vymezeny jako „...osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“. [9]

V ČR je zdravotní postižení definováno velmi roztržitě. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3, písm. g), vymezuje zdravotní postižení jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“. [10]

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 67, odst. 2), definuje osoby se zdravotním postižením. „Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány a) invalidními ve třetím stupni<sup>6</sup> (dále jen „osoba s těžším zdravotním postižením“), b) invalidními v prvním nebo druhém stupni,<sup>7</sup> nebo c) zdravotně znevýhodněnými (dále jen „osoba zdravotně znevýhodněná“). [11]

### **Získaná tělesná postižení**

Za získaná tělesná postižení lze považovat taková postižení, jejichž příčinou vzniku mohou být různé deformace, úrazy či řada nemocí. Mezi nejčastější získané vady patří například púrazové stavy míšní léze, úrazy hlavy, získané srdeční vady apod. [12]

Získaná tělesná postižení představují pro dané jedince především značné emoční trauma. Způsob, jakým se osoba s touto silnou zátěží vyrovná, záleží zejména na její vývojové úrovni a podpoře nejbližších lidí. Ztráta již osvojených dovedností má za následek

<sup>6</sup> § 39 odst. 2 písm. c) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>7</sup> § 39 odst. 2 písm. a) a b) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

vtírání negativních myšlenek, depresí, úzkostí a jiných negativních emočně laděných reakcí.<sup>[13]</sup>

## **Handicap**

Handicap je nepříznivá sociální situace člověka, vyplývající z poruchy nebo omezené schopnosti (angl. *disability*). Handicapovaný člověk nemůže naplňovat očekávání, která jsou v dané době a kultuře spojována s „normalitou“.<sup>[14]</sup>

Handicap je sociální znevýhodnění jedince v důsledku jeho postižení (tělesného, smyslového apod.), nebo příslušnosti k určité skupině. Při stejné objektivní míře postižení je velikost handicapu ovlivněna přístupem společnosti a adaptačním potenciálem jedince. Handicap bude snížen a v mnoha situacích prakticky odstraněn, bude-li vytvořeno bezbariérové prostředí, chráněné pracoviště, zajištěna služba osobní asistence apod.<sup>[15]</sup>

Handicapem se rozumí porušení funkce ve vztahu postiženého jedince a společnosti. Jsou narušeny úlohy (role), které postižený ve společnosti zastává: soběstačnost, schopnost cestovat, partnerská a rodinná role, pracovní a zájmová činnost. Handicap může být odstraněn ucelenou (komprehensivní) rehabilitací.<sup>[16]</sup>

Z výše uvedených definic vyplývá sociální rozměr handicapu. Zatímco handicap je jako sociální stav proměnlivý, postižení má objektivní míru. Handicap je brán jako pomyslně přirozený důsledek postižení, handicap je již vždy postižením.

## **Tetraplegie (dříve kvadruplegie)**

Pochází z řeckých slov „čtyři“ a „ochrnutí“ (*řecky τετρα a πληγή*). Jedná se o částečné či úplné ochrnutí všech končetin, trupu, orgánů břicha a pánve, způsobené poškozením míchy v úrovni krční páteře. Úplné poranění způsobuje celkovou ztrátu neurologických funkcí pod úrovní poranění. Neúplné poranění vede k různě rozsáhlé ztrátě motorických, senzorických a autonomních funkcí. Porucha může být dočasná nebo trvalá.

Kvadruplegií nazýváme stav po poranění míchy v oblasti krční páteře. Kvadruplegik má v určité míře postiženy všechny čtyři končetiny (dle výše poranění krční páteře). Příčinou kvadruplegie jsou nejčastěji úrazy (skoky do vody, autonehody), nebo onemocnění (např. nádory utlačující míchu).<sup>[17]</sup>

Rozdělení tetraplegie dle výšky poškozeného míšního segmentu:

- pentaplegie: výška léze nad C4,
- vysoká tetraplegie: léze C4–C5,
- nízká tetraplegie: léze C6–C8.

## Invalidita

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, § 39, odst. 1 uvádí, že „*Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %*“.<sup>[18]</sup>

Omezená způsobilost jedince vykonávat práci, snížená možnost nebo i nemožnost pracovního uplatnění. Těž snížená schopnost se o sebe postarat.<sup>[15]</sup>

### 1.1.2 Etiologie a epidemiologie poranění páteře a nervového systému

Úrazy míchy patří k nejzávažnějším traumatům, která mohou člověka postihnout. V ČR neexistuje ucelená statistika osob na vozíku. Dle dostupných údajů CZEPA<sup>8</sup> je v současné době 2000–2500 vozíčkářů (tetra i paraplegiků). Z procentuálního zastoupení tetraplegiků pro potřeby diplomové práce (DP) bude celkový počet tetraplegiků odhadován na 1080 osob<sup>9</sup>.

Od roku 1990 jsou dle České společnosti pro míšní léze nejčastější příčinou pády (43 %), následují dopravní nehody (30 %), na třetím místě jsou pak úrazy z vodních sportů (10 %), o další procenta se dělí sportovní úrazy a následky násilí. V ČR vzniká ročně více než 200 nových úrazů míchy. Incidence úrazových lézí je v ČR 16,5 případů na 1 milion obyvatel za rok. K 55–60 % úrazu míchy dochází v letních měsících (červen – září), nejčastějším dnem úrazu je sobota a častěji k nim dochází v noci než ve dne. Až 73,7 % postižených tvoří muži, 26,3 % pak ženy.<sup>[19]</sup>

V současné době významně narůstá i počet lézí neúrazových, což je dáno všeobecným stárnutím populace. K neúrazovým lézím dochází nejčastěji z cévních příčin, při zánětech a nádorech.

---

<sup>8</sup> Česká asociace paraplegiků – CZEPA, z. s., je nezisková organizace, která sdružuje vozíčkáře po poranění míchy z celé ČR.

<sup>9</sup> Odhadované množství vychází z počtu osob s mobilitou na vozíku vzniklou úrazem a známým procentuálním zastoupením tetraplegiků; tzn. 48 % (střední hodnota, viz **Tabulka 1**) z 2250 osob uváděných CZEPA.

**Tabulka 1** Procentuální zastoupení úrazu míchy dle přerušenoého míšního segmentu v období 2006–2016 <sup>[20]</sup>

Úroveň přerušenoého míšního segmentu	Procentuální zastoupení
Cervikální	43–53 %
Thorakální	30–42 %
Lumbální	15–20 %
Sakrální	6 %

Nejfrekventovanější úrovni léze způsobenou úrazem je C4, C5 (nejčastěji) a C6. Výsledkem je tetraplegie. Nejčastější neurologickou kategorií<sup>10</sup> je inkompletní tetraplegie (42 %), následovaná inkompletní paraplegií (26 %), kompletní tetraplegií (22 %) a kompletní paraplegií (10 %). Očekávaná délka života pacientů s míšními lézemi se průběžně zvyšuje, stále však nedosahuje úrovně délky života člověka bez míšního léze. Mortalita je zvýšená během prvního roku po úrazu, zejména ve skupině nejtěžšího postižení, vysoké tetraplegie. Pro zdravého 40letého člověka činí očekávaná délka života 40,1 let. U stejně starého člověka s vysokou tetraplegií 19,7 let, s nízkou tetraplegií činí 23,1 let. Náklady na léčbu jsou nejvyšší během prvního roku po získání postižení, s následujícím počtem let finanční náročnost klesá. Tuto skutečnost demonstruje **Tabulka 2**.

**Tabulka 2** Průměrné roční náklady na zdravotní péči v USA za rok 2015 dle National Spinal Cord Injury Statistical Centre<sup>[21]</sup>

Výška krční léze	Průměrné roční náklady v USD	
	První rok	následující roky po úrazu
Vysoká tetraplegie (C1-C4)	1 065 980	185 111
Nízká tetraplegie (C5-C8)	770 264	111 669

### 1.1.3 Stručný anatomický popis páteře a míchy

Páteř (lat. *columna vertebralis*) představuje komplexní orgán, zajišťující osovou stabilitu a osovou funkci hlavy i trupu a ochranu částí centrálního i periferního nervového systému. Je tvořena 32–33 obratli, meziobratlovými ploténkami, klouby a vazy. Tyto části jí spolu se zádovými svaly dodávají ohebnost a pevnost.<sup>[22]</sup>

<sup>10</sup> ASIA impairment scale – mezinárodní standard klasifikace poškození míchy, umožňuje stanovit úroveň a rozsah míšního léze.

Páteř se rozděluje na úseky:<sup>[23]</sup>

- krční (lat. *vertebrae cervicales*), obratle C1–C7,
- hrudní (lat. *vertebrae thoracicae*), obratle Th1–Th7,
- bederní (lat. *vertebrae lumbales*), obratle L1–L5,
- křížové (lat. *vertebrae sacrales*), obratle S1–S5, splývající v kost křížovou (lat. *os sacrum*),
- kostrční (lat. *vertebrae coccygeae*), 4–5 obratlů splývající v kostrč (lat. *os coccygis*).

Z míchy vychází 31 párů míšních nervů (8 krčních, 12 hrudních, 5 bederních, 5 křížových a 1 kostrční). Úsek míchy, ze kterého odstupuje jeden pár míšních nervů, se nazývá míšní segment. Je párový pro pravou a levou polovinu těla. Označuje se velkými písmeny a čísly podobně jako obratle.

*Z míšních segmentů vycházejí meziobratlovým otvorem v páteři míšní kořeny (31 kořenů odpovídajících jednotlivým segmentům), které vytvářejí míšní nervy. Ty vedou k jednotlivým skupinám svalů, do kůže a k některým útrobum.*<sup>[22]</sup>

Znalost míšních segmentů je důležitá pro označení výšky léze, tedy výšky poškození míchy. Míšní segmenty jsou samostatné celky, které zajišťují automatickou reflexní míšní činnost. Zprostředkovávají spojení mezi vyššími centry nervové soustavy a periferií. Vlákná míšních nervů se směrem do periferie spojují a vytváří periferní nervy, jejichž motorická vlákna ovlivňují činnost svalů. Vlákná senzitivní vedou informace, týkající se citlivosti (vjemy dotykové /taktilní/, bolesti /algické/, tlakové, informace o vnitřním napětí svalů, šlach) a vlákna vegetativní vedou informace, ovlivňující činnost srdce, zažívacího, vylučovacího a pohlavního ústrojí atd. Míšní segmenty bývají často poškozeny nesouměrně, takže porucha hybnosti i cití bývá rozdílná mezi oběma polovinami těla. Vzhledem k tomu, že mícha je podstatně kratší než páteřní kanál, je pro praxi důležitý vztah mezi obratli a míšními segmenty.<sup>[24]</sup>

#### **1.1.4 Rozdělení poranění míchy v krční oblasti podle výšky poškozeného segmentu**

Míšní segment je část míchy, ze které vystupují vlákna jednoho kořene. Je párový pro levou a pravou polovinu těla. Označuje se velkými písmeny a čísly obdobně jako obratle. Krční mícha má 8 segmentů. Výška poškození míchy (určuje se podle síly klíčových svalů) je označována právě podle míšních segmentů.

Tetraplegie se rozděluje do čtyř stupňů podle výšky poškozeného segmentu a poruchy funkce autochtonního a epaxiálního svalstva. Při poškození míchy nad čtvrtým míšním segmentem se jedná o pentaplegii; postižený má ochrnutou i bránci a potřebuje umělou plicní ventilaci.<sup>[25]</sup>

Rozhodujícím faktorem při dosažení míry soběstačnosti je stupeň stability sedu a využívání funkcí horních končetin. Toto je ovlivněno nejen výškou poškození segmentu, ale i věkem, fyzickou kondicí, vůlí, psychickým stavem a rehabilitací.

### **Stupně tetraplegie dle výšky poškozeného míšního segmentu<sup>[26]</sup>**

#### **Stupeň 1 (C1–C3, C4, C4/5)**

- dotčená osoba není schopna sedět bez opory zad, obvykle potřebuje stabilizovat trup pomocí anatomicky tvarované opěrky zad,
- může být zachován aktivní pohyb od ramen k uším, který je však minimálně funkčně využitelný.

#### **Stupeň 2 (C5, C5/6)**

- člověk je schopen sedět opřený o paže, které jsou natažené a zevně rotované s uzamčenými zámky,
- nezvedne ani jednu paži a neudrží rovnováhu,
- hybnost ramenního kloubu a funkční ohnutí lokte je zachováno,
- pasivní funkční úchop může být dosažen pomocí ortéz a kompenzačních pomůcek.

#### **Stupeň 3 (C6, C6/7)**

- handicapovaný je schopen sedět opřený o natažené paže s uzamčenými lokty,
- je schopen zvednout jednu paži do úrovně ramen a dělat malé pohyby při stálém vyrovnávání rovnováhy,
- plná aktivní hybnost ramenních kloubů, plná síla ohýbače lokte, plná síla ohýbače zápěstí,
- funkční úchop lze vycvičit.

#### **Stupeň 4 (C7, C7/8)**

- handicapovaný je schopen sedět i bez opory paží,
- je schopen zvednout jednu paži nad hlavu a pohybovat s ní za stálé opory druhé ruky o podložku,
- je schopen se vsedě předklonit a pomocí natahovače lokte se narovnat,



- plná hybnost loketního kloubu i zápěstí, různě zachovaná úroveň jemné motoriky.

### 1.1.5 Zdravotní důsledky poškození míchy v krční oblasti

Pokud dojde k poranění míchy, mícha přestane zprostředkovávat přenos informací z mozku na periferie a naopak. Ihned po poranění dochází k vymizení reflexní aktivity míchy, tzv. spinální šok.<sup>[27]</sup> Projevuje se bezvládnými končetinami, chybí citlivost čítí pod úrovní léze (tetraplegik necítí teplo, bolest, dotyk) a výrazně se snižuje činnost střev. Toto období trvá zpravidla 3–6 týdnů. Postupně dochází ke stabilizaci stavu a dovytváří se stav tetraplegie.

Přerušení míchy může být úplné (transverzální) nebo částečné. Úplné přerušení znamená ztrátu hybnosti všech svalů a ztrátu citlivosti pro všechny čítí pod místem léze. Při částečném přerušení míchy může být zachována částečná hybnost i některá forma čítí. V důsledku poškození vegetativních vláken je negativně ovlivněna činnost pohlavních orgánů, dýchacího ústrojí, vylučovacích orgánů a metabolismu.

Tetraplegie s sebou přináší nejen ztrátu hybnosti, imobilitu a odkázanost na kompenzační pomůcky, ale i přidružené komplikace, které utváří další rozměr postižení.

#### 1.1.5.1 Termoregulace

Lidské tělo je schopno regulovat tělesnou teplotu a přizpůsobit se horkému či chladnému počasí. U krčních lézí je teplota těla v ochrnutých částech závislá na teplotě okolí. Kožní receptory v důsledku poruchy přenosu neinformují řídicí centrum v mozku o chladu či horku. V horkých dnech nedochází pod místem léze k ochlazování těla tetraplegika pocením, což vede k přehřívání organismu. Tento problém zčásti odstraní postříkání studenou vodou. V zimním období se pak jedná o problémy s dýcháním a prochlazením ochrnutých částí těla.<sup>[25]</sup>

#### 1.1.5.2 Poruchy dýchání

Ve většině případů dochází v akutní fázi ke komplikacím s dechovou nedostatečností. Tetraplegik tak má na dočasnou dobu tracheostomii a postupně si obnovuje správné dechové návyky za pomoci terapeuta. Porušení míchy nad obratlem C4 vede k vyřazení bránice (pacient není schopen samostatně dýchat). Postižení s nižší krční lézí pak mají

problémy s kašlem či vykašláváním. Svaly, které by s touto činností měly pomáhat, bývají ochablé. Čištění plic je důležité, slouží jako prevence před vznikem infekcí. [28]

### 1.1.5.3 Poruchy střevní činnosti a metabolismu

Po úraze dochází k poruše inervaci střeva, což má za následek hromadění stolice a zácpu. Vyprazdňování probíhá pomocí nálevu 500–1500 ml 37 °C teplé vody. Po odeznění míšního šoku se začíná s rehabilitací střevní činnosti, klient se učí zásady správného vyprazdňování. K podpoře peristaltiky se užívají zejména bisacodylové čípky. Tetraplegik s poruchami cití nemusí vždy potřebu cítit, samovolnému odchodu stolice je potřeba zabránit pravidelným (nejlépe každodenním) vyprazdňováním. Opačným problémem je zácpa. Tetraplegici by jí měli předcházet vhodným složením stravy bohaté na vlákninu a dostatečným příjmem tekutin. [27]

### 1.1.5.4 Poruchy močení

*Močový měchýř je inervován vegetativními vlákny, která probíhají z mozku do míchy a končí v míšním centru pro močení ve výši segmentů S2–S4 (odpovídá obratlům Th12–L1). Odtud vedou další vlákna do stěny močového měchýře a k zevnímu svěrači. [25]*

K uvolnění svěračů a následnému vypuzení moči dochází poté, co se do centra dostane informace o naplnění močového měchýře. U tetraplegiků se tato informace díky přerušení míchy do mozku nedostane; nemají normální pocit nucení na močení. Náplň měchýře vnímají prostřednictvím jiných pocitů, jako je například husí kůže, mravenčení nad místem léze. Hovoříme o neurogení disfunkci dolních močových cest se spastickým močovým měchýřem neboli také nazývaný reflexní automatický měchýř.

U tohoto měchýře je zachován mikční reflex – při naplnění měchýře dojde ke kontrakci (stažení stěny), v močovém měchýři se zvýší tlak a pokud se otevře i svěrač měchýře, dojde k vypuzení moči. Pokud nedojde k souhře mezi kontrakcí měchýře a svěračem, vede to k inkontinenci, ke zpětnému návratu moči do ledvin, popřípadě autonomní dysreflexii. V období spinálního šoku bývá tetraplegik obvykle vyprazdňován pomocí trvale zavedené cévky (cévka, která je trvale zavedena do močového měchýře), nebo mají zavedenou epicystomii (cévka je zavedena skrz břišní stěnu). Po několika týdnech dochází k odstranění trvalé cévky a tetraplegik přechází do režimu čisté intermitentní katetrizace (ČIK). Jedná se o jednorázové cévkování po určitém časovém intervalu, který se řídí dle

náplně měchýře. Ten by neměl přesáhnout 400–500ml. Cévkování provádí většinou tetraplegik sám za pomoci pomůcek, usnadňujících zavedení katetru do močové trubice, v intervalu 3–4 hodin.<sup>[27]</sup>

### 1.1.5.5 Poruchy sexuálních funkcí

Muži i ženy jsou schopni po úraze míchy i nadále žít v partnerském svazku a vyvíjet sexuální aktivitu, plánovat rodičovství. Touha se po úraze nemění, je změněno pouze vnímání genitálií – u transversální léze není vůbec zachován cit. Významnou roli hraje i neschopnost aktivního pohybu při aktu. Poruchy sexuálních funkcí – erekce a ejakulace u mužů a neschopnost lubrikace u žen jsou běžnými následky postižení tetraplegika. Erektální dysfunkce se léčí léčivými přípravky (například Cialis<sup>®</sup>, Levitra<sup>®</sup>), nemožnost ejakulace a získání sperma se řeší operativně – odběrem a následným zmrazením spermatu. Tetraplegička může otěhotnět stejně jako před poškozením míchy, porod probíhá císařským řezem. Během těhotenství je nutný zvýšený lékařský dohled – možná autonomní dysreflexie v důsledku napínání stěny dělohy. Výrazná změna se týká vnímání orgasmu – jak u žen, tak i u mužů. Orgasmus se projevuje hlavně brněním neochrnuté části těla. U míšních postižení mluvíme zejména o psychogenním orgasmu – tetraplegik prožívá partnerův orgasmus a snaží se vybavit pocity před úrazem.<sup>[29]</sup> Erotogenní zóny se přesunují nad úroveň míšní léze, například ušní lalůčky.

### 1.1.5.6 Spasticita

Po odeznění spinálního šoku se u tetraplegiků projevuje velmi nepříjemný jev – spasticita. Jedná se o zvýšení svalového napětí a šlachových reflexů, objevují se mimovolné svalové záškuby či křeče – spasmy. Náhlé zvýšení spasticity mohou způsobit vnější (změna barometrického tlaku, teplota okolí) nebo vnitřní podněty (náplň měchýře, infekce). Svalové křeče jsou velmi nepříjemné a mohou vést až k deformitám trupu či horních končetin.<sup>[25]</sup>

*Spasmy nastávají, když je pod poraněným segmentem míchy nepoškozená inervace a tyto nervy jsou schopny převádět vzruchy z těla do míchy. Ale protože je mícha poškozená, už se nedostanou do mozku. Místo toho posílá mícha informace stejnou cestou zpět do svalů, to způsobí záškuby jak v končetinách, tak se mohou objevit i na trupových svalech. Tomuto pohybu se říká reflexní, protože není vůlí ovládaný, není tedy volný. Pokud reflexní pohyby trvají kratší dobu v sériích, pak se nazývají spasmy.“<sup>[26]</sup>*

Nejčastěji se vyskytují do dvou let od úrazu, pak sice slábnou, ale nikdy nezmizí. Spasticitu lze ovlivnit pravidelným cvičením a protahováním, vertikalizací či léčebnými přípravky. V současné době je pojišťovnou hrazena i operace baclofenové pumpy, která plynule uvolňuje Baclofen® (lék uvolňující spasticitu) katetrem do míšního kanálu a velmi výrazně spasmy omezuje. Vysoká spasticita znemožňuje tetraplegikovi sebeobsluhu.

#### **1.1.5.7 Vegetativní kolapsy – ortostatická hypotenze**

V ochrnutých částech těla vlivem poškozených vegetativních nervů (sympatikus a parasympatikus) nedostatečně cirkuluje krev. Po dlouhém ležení na lůžku dochází k přechodnému snížení krevního tlaku, při posazení nebo postavení nastává pocit závratí, slabost, někdy vede až ke ztrátě vědomí. Po uložení zpět do vodorovné polohy se tento stav rychle upraví.<sup>[30]</sup> Komplikace můžou přetrvávat několik měsíců až rok od úrazu, lze je částečně ovlivnit buď léčebnými prostředky, nebo kompresními punčochami.<sup>[26]</sup>

#### **1.1.5.8 Autonomní dysreflexie**

Akutní stav, objevující se u krčních lézí i hrudních lézí do výšky TH6 jak v období spinálního šoku, tak i kdykoliv během průběhu života. Je charakterizován rychlým zvýšením tlaku, zčervenáním a pocením nad místem léze, úzkostí, tepajícími bolestmi. Nejčastější příčinou je velké roztažení močového měchýře či při velké náplni střev.<sup>[26]</sup>

#### **1.1.5.9 Otoky dolních končetin**

Nedostatečná cirkulace krve v ochrnutých částech způsobuje otoky rukou i nohou. V akutním období je tento jev častý u vysokých tetraplegiků, kteří nemohou s končetinami sami pohybovat. Řešením je zvednutí končetin nad úroveň srdce.

### **1.1.6 Možné komplikace při poškození míchy v oblasti krční páteře**

Traumatická míšní léze patří k nejvíce psychicky i tělesně devastujícím poraněním, které můžou člověka postihnout. Tyto úrazy představují obrovskou zátěž nejen pro pacienta, ale i pro ošetřující personál a celkově ekonomiku zdravotního systému. Cílem veškeré léčby je co nejrychlejší sociální reintegrace pacientů po úrazu – tj. obnovení úrazem narušených rodinných, komunitních a profesních vazeb. Integrace je ztížena komplikacemi, které poranění v úrovni krční páteře s sebou přináší.

### 1.1.6.1 Osifikace

Paraartikulární heterotopické osifikace (zvápenatiny) se vyskytují převážně v okolí velkých kloubů, kyčlí, ve stehenním svalstvu v období prvních čtyř měsíců po poškození míchy. Jedná se o ukládání vápníku do měkkých tkání okolo kloubů. Často bývá označována také jako ektopická kost – kost, která je abnormálně anatomicky umístěná. Osifikace mohou způsobovat skoliotické držení trupu, tvorbu dekubitů v oblasti sedacího hrbolu a výrazně limitují schopnost vykonávat běžné denní činnosti tetraplegika. Příčiny nejsou známy, jedna z teorií vysvětluje vznik osifikací jako důsledek zánětlivých procesů (jako je například hluboká žilní trombóza) či jako mikrotraumatizaci měkkých tkání při nešetrné pohybové léčbě. Prvotním příznakem je snížená pohyblivost kloubu, doprovázená otoky a zvýšenou teplotou. Postupem času se nově vytvořená kost stane viditelná pouhým okem. Ztuhnutí kloubu zmírňuje medikamentózní léčba bisfosfonáty a rehabilitace. Při rozsáhlém nárůstu osifikací se odstranění kostní tkáně řeší operativně.<sup>[26]</sup>

### 1.1.6.2 Dekubity

Dekubit (proleženina, prosezenina) je místo poškození oblasti kůže a měkkých tkání, způsobené dlouhotrvajícím tlakem při sezení na vozíku nebo ležení ve stejné poloze. Intenzita či délka působení tlaku způsobí zástavu krevního řečiště a tím výživu tkání, zarudnutí pokožky a následně poškození až odumření tkáně mezi kostní vyvýšeninou a pokožkou. Vazomotorické poruchy (řízení stahování a roztahování cév) pod místem léze, kdy je odolnost organismu snížena zejména v akutní fázi po úrazu, by bez důsledných preventivních opatření způsobily vznik otlaků a dekubitů. Predilekční místa jsou v oblasti křížové kosti, na patách, v místě kyčelního kloubu, sedací hrboly či žeberní oblouky.<sup>[28]</sup>

Příčin vzniku dekubitů je spousta. Rozdělují se na vnitřní, které vycházejí ze změn funkce organismu (ochrnutí, inkontinence, ztráta cití) a vnější, které vycházejí z vlivu prostředí na tkáň (tlak, teplo, vlhko). Jako prevence se doporučuje častá změna polohy (včetně spánku – polohování na lůžku), používání antidekubitních sedáků a matrací a rovněž denní kontrola kůže. Léčba proleženiny trvá i několik měsíců, neléčený dekubit může přivodit i smrt.

### 1.1.6.3 Popáleniny a omrzliny

Kůže tetraplegika je z důvodu horšího prokrvení mnohem citlivější na jakákoliv poranění. Fáze hojení probíhá mnohem déle než u zdravého člověka. Pod úrovní léze dochází k poruše citlivosti – postiženy jsou nejen dolní končetiny, ale i trup a částečně taky paže a ruce. <sup>[25]</sup> Co se zdravému člověku jeví jako příjemné teplo (například od ohně u krbu), může tetraplegikovi způsobit popáleniny a puchýře. Nejtypičtějším úrazem tetraplegika je popálení nohou od hrnku s čajem (ať už polítní nohou horkou vodou při převozu hrnku, nebo „pouhým“ kontaktem s teplým hrnkem). Mezi nezanedbatelné úrazy patří i popálení dolních končetin od puštěného notebooku, položeného bez podložky na stehnech. K omrzlinám je tetraplegik náchylnější ze stejných důvodů – zhoršené cirkulaci krve v dolních končetinách. V mrazivém počasí by měl být více než teple oblečen a nezdržovat se venku déle, než je nezbytně nutné.

### 1.1.6.4 Urologické záněty

Vylučování moči tetraplegika probíhá v závislosti na míře poškození horních končetin buď za pomoci permanentního katetru či metodou ČIK. Dlouhodobě zavedená permanentní cévka i jednorázové cévky mohou být zdrojem urologické infekce. Infekce se projevuje častým nucením močení při nízkém objemu, úniky moči, teplotou. Infekce je životu nebezpečná. Léčí se antibiotiky. Zásadní podmínkou v boji s infekcí u pacientů s poškozením míchy je stabilizace činnosti močového měchýře do přípustných tlakových hodnot, které povedou k zadržení moči bez mimovolných úniků s následným bezproblémovým vyprázdněním katetrizací. Tento stav minimalizuje nutnost nošení plen. Užívání plen s sebou totiž nese hned několik negativ. Pod plenami dochází ke zvýšení teploty, zvyšuje se vlhkost, tím je umožněno množení jak bakterií, tak kvasinek. Obojí mikroorganismy jsou pak přítomny ve větší koncentraci jak obvykle a jsou tak vytvořeny lepší podmínky pro infekce jak močové, tak i kožní, včetně usnadnění vzniku dekubitů. U mužů zvýšení teploty přináší i nepříznivý účinek na tvorbu spermií, které ke svému vývoji potřebují teplotu o něco nižší, než je teplota lidského těla. <sup>[31]</sup>

### 1.1.6.5 Osteoporóza

Bezprostředně po míšním poranění začíná kostní resorpce, která je doprovázená zvýšenou hladinou kalcia. V důsledku dlouhého pobytu na lůžku po úraze a absence zátěže kostní

hmota ubývá, vzniká vyšší riziko zlomenin, zejména při přesunech či náhodném pádu z vozíku. Zlomeniny se u tetraplegika řeší operačně, sádrová fixace by mohla způsobit dekubity. [30]

## 1.2 Kompenzační pomůcky pro tetraplegiky

Kompenzace znamená nahrazení určité funkce. Ve vztahu k aktivitám osob s omezenou schopností pohybu a orientace existují pomůcky, které buď úplně, nebo částečně nahrazují funkce končetin při lokomoci či manipulaci s objekty, nahrazují nebo podporují smyslové receptory (kochleární implantát, sluchadlo, brýle) nebo pozitivně působí na kvalitu života (např. u osob mentálním postižením). [32]

Pomoc, pomůcka, pomáhající; význam slovesa pomáhat je usnadňovat někomu něco. Kolik předmětů denně usnadňuje život, již ani nelze spočítat. Pomůckou může být cokoliv, co umožní vyrovnat se s handicapem nebo alespoň zmírnit jeho následky, a vrátit zpět do běžného života. Ačkoliv většina lidí má slovo pomůcka spjata s ortopedickým vozíkem, berlí apod., pomůckou může být i drobnost, která usnadňuje zejména tetraplegikovi práci na počítači, konzumaci jídla, osobní hygienu.

Kompenzační pomůcky umožňují handicapovanému dosáhnout alespoň určitého stupně pohybové samostatnosti. [33] Autoři Vyskotová a Čichoň rozdělili kompenzační pomůcky podle omezené funkce, kterou pomáhají kompenzovat: pomůcky usnadňující nebo umožňující stabilitu a pohyb v prostoru, pomůcky umožňující provádět běžné denní činnosti, pomůcky umožňující provádět pracovní aktivity, pomůcky umožňující provádět volnočasové a sportovní aktivity. [34]

Kompenzační pomůcky (zdravotními pojišťovнами většinou označované jako prostředky zdravotnické techniky), které vozíčkář s krční lézí potřebuje ke kompenzaci svého postižení, lze rozdělit z hlediska účelu jejich použití a z hlediska jejich úhrady. Z hlediska úhrady se pomůcky dělí na: [35]

- pomůcky plně nebo částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, <sup>11</sup>

---

<sup>11</sup>Jsou vyjmenovány v číselnících jednotlivých zdravotních pojišťoven. Aktuální seznam hrazených prostředků např. u VZP je k dispozici na: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky>. Zdravotnické prostředky jsou rozděleny do 17 skupin a u každé položky je kód ZP, preskripční omezení, užitná doba a limitace výšky úhrad.

- pomůcky hrazené z příspěvku na zvláštní pomůcku od Krajského úřadu práce,<sup>12</sup>
- pomůcky nehrazené ze zdravotního pojištění.<sup>13</sup>

Z hlediska druhu pomůcky se dělí na:

- lokomoční pomůcky (chodítka, trenažér pohybu dolních končetin, schodišťové plošiny, mobilní rampy, stropní systémy),
- mechanické a elektrické vozíky,
- ortézy a korzety,
- pomůcky ortopedické protetiky (dlahy, peronální dlahy – pomůcky pro vertikalizaci tetraplegika),
- pomůcky pro polohování (polohovací postele, antidekubitní matrace a sedací polštáře),
- speciální prostředky pro sport (handbike<sup>14</sup>, monoski<sup>15</sup>),
- pomůcky usnadňující výkon praktických činností člověka.

### 1.2.1 Výběr a předepsání pomůcky

Zdravotní handicap ve formě pohybového postižení s sebou přináší absolutní závislost na technickém vybavení a každá drobnost může znamenat obrovský rozdíl v kvalitě života na vozíku. V současné době je na trhu více dodavatelů kompenzačních pomůcek. Pomůcky jsou předepisovány pojišťovnou na určité období a jejich pořízení je velmi finančně nákladné, proto je nutno klást velký důraz na výběr nejvhodnější pomůcky.

V ideálním případě by se klient měl zorientovat v nabídce jednotlivým firmám a teprve poté kontaktovat dodavatelskou firmu, aby mu zvolenou pomůcku předvedla či zapůjčila

<sup>12</sup> Na základě zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a vyhlášky č. 388/2011 Sb., může úřad práce poskytnout příspěvek na pomůcku, která umožní sebeobsluhu nebo samostatný pohyb. Jde zejména o podporu při nákupu automobilu, ručního ovládacího řízení, stavební úpravy bytu, pořízení schodišťové plošiny, stropního zvedacího systému. Podmínkou přiznání příspěvku je, že pomůcku nehradí ani nepůjčuje zdravotní pojišťovna.

<sup>13</sup> Plná úhrada z vlastních finančních zdrojů nebo s finanční pomocí některé z nadací.

<sup>14</sup> Jedná se o kolo, jež je poháněno pomocí horních končetin, tzn. je primárně určeno pro osoby s omezenou schopností pohybu.

<sup>15</sup> Monoski je speciální sportovní nářadí, které kompenzuje fyzické postižení jedince a umožňuje mu zařadit se mezi zdravou lyžařskou veřejnost. Skládá z jedné standardní lyže, na které je připevněna v silném vázání nosná konstrukce s tzv. skořepinou, ve které je lyžař posazen.



k vyzkoušení. S výběrem pomůžky ergoterapeut, fyzioterapeut nebo diskuze přímo s uživateli zvolené pomůcky v komunitních centrech.

Zdravotní pomůcky jsou předepisovány odborným lékařem<sup>16</sup> na „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“ a lze na něj napsat pouze jednu položku. V případě položky označené „Z“ musí být poukaz potvrzen revizním lékařem a bude hrazen do výše částky v poli MAX.

Pokud revizní lékař pomůcku neschválí, je možnost odvolat se prostřednictvím lékaře, který pomůcku předepsal. Platnost poukazu je 30 dní, v případě vozíku či jiné na míru objednané pomůcky je platnost poukazu 90 dní od data vystavení.

V případě úmrtí osoby, které byla pomůcka přidělena, je nutno kontaktovat dodavatelskou firmu a pomůcku vrátit (platí za předpokladu, že pomůcka je majetkem zdravotní pojišťovny). Pomůcky hrazené zdravotní pojišťovnou, ať již plně nebo částečně, jsou stále majetkem zdravotní pojišťovny. Po uplynutí užité doby nevzniká nárok na novou pomůcku automaticky. Je třeba zažádat o vyřazení pomůcky z evidence zdravotní pojišťovny (rozhodne krajský revizní technik pojišťovny na základě zprávy od servisního technika dodavatelské firmy).

## **1.2.2 Základní pomůcky tetraplegika**

### **Ortopedický vozík**

Rehabilitační nebo také ortopedický vozík (starší, již nepoužívaný výraz je invalidní vozík) je základní pomůckou pro osoby částečně nebo plně imobilní. Využívají jej osoby jak s dočasným, tak i s trvalým omezením hybnosti. Vozík se stal symbolem tělesně postiženého člověka a tento symbol se také využívá pro označení bezbariérově přístupných míst.<sup>[36]</sup>

Základní pomůckou tetraplegika je správně vybraný a nastavený vozík. Podle technických parametrů, variability, hmotnosti a možnosti nastavení, jsou vozíky rozděleny do několika kategorií. Každá kategorie má pak svého cílového uživatele.

---

<sup>16</sup> Rehabilitační lékař, ortoped, neurolog.

Základní dělení dle pohonu:

- Mechanické vozíky (užitná doba 5 let)

*„Invalidní vozík je prostředek zdravotní techniky sloužící k přepravě handicapovaných osob v interiéru i v exteriéru, a to aktivním způsobem nebo za pomoci druhé osoby. Pro imobilní jedince je mnoho variant vozíků, které se dělí dle různých hledisek“* [37]

- Elektrické vozíky (užitná doba 7 let)

*„Elektrické vozíky jsou určeny osobám s postižením dolních a zároveň horních končetin nebo s chronickým onemocněním, kvůli kterému se nesmí jedinec fyzicky namáhat. Tyto vozíky jsou vybaveny elektrickým motorem, který je umístěn pod sedadlem. Ovládání je buď joystickem, nebo tlačítky na opěrkách rukou, v případě závažnějšího handicapu horních končetin může být vozík řízen ústy nebo bradou“* [37]

Základní cena elektrického vozíku je kolem 115 000 Kč<sup>17</sup>, celková cena vozíku včetně potřebného příslušenství se pohybuje průměrně do 160 000 Kč. Na rozdíl od mechanických vozíků, elektrické jsou téměř kompletně hrazeny zdravotní pojišťovnou (ZP). Uživatel si připlatí pouze za nadstandardní vybavení ve formě silnějších motorů, rychlejší nabíječky, či silnějších baterií.

Pro tetraplegika je ideální kombinace mechanického a elektrického vozíku. Mechanický se pro nižší krční léze používá pro pohyb v interiéru, popřípadě pro transport (je skladnější), elektrický je určen do exteriéru. Vyšší krční léze se pohybují výhradně pomocí elektrického vozíku. ZP souběh pomůcek stejného typu nehradí, proto většina vozíčkářů žádá nadace o příspěvek na druhý vozík.

Nejvhodnější vozíky pro tetraplegiky jsou aktivní, které jsou lehké a vysoce variabilní. Lze je nastavovat a přizpůsobovat dle aktuálního zdravotního stavu uživatele a reflektují zachované funkční schopnosti. Ceny takových vozíků včetně potřebného příslušenství se pohybují kolem 100 000 Kč, pouze část je hrazena zdravotní pojišťovnou. Zatímco základní mechanický vozík lze pořídit již od cca 8 000 Kč (plně hrazeno ZP),

---

<sup>17</sup> Údaje o cenách, doplatecích a úhradách jednotlivých kompenzačních a zdravotních pomůcek, použitých i dále v DP, poskytla firma MEDICCO s. r. o. na základě přímého dotazu (informace poskytl Bc. Martin Mazurek, produktový manažer firmy, v Brně, Heršpická 1013/11d, 19. 10. 2017). Jednotlivé ceny a úhrady byly ověřeny v Číselníku zdravotních prostředků ZP (aktuální seznam hrazených prostředků, např. u VZP je k dispozici na: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky>. Zdravotnické prostředky jsou rozděleny do 17 skupin a u každé položky je kód ZP, preskripční omezení, užitná doba a limitace výšky úhrad).

odlehčený základní vozík stojí 16 000 Kč (plně hrazeno ZP), odlehčený variabilní vozík je dostupný za 35 000 Kč (ZP hradí 21 000 Kč) a nejdražší je kategorie aktivních vozíků (ceny od 55 000 Kč, ZP hradí 21 000 Kč). Uvedené ceny jsou za základní vybavení, příslušenství cenu vozíku navyšuje.

### **Antidekubitní sedací polštář**

Antidekubitní sedáky (tzv. podsedáky) jsou pro každého vozíčkáře přímo součástí sedacího systému vozíku a úzce souvisí s výběrem vozíku. Každý sedák má odlišnou výšku, je vyroben z různého materiálu, má jinou konturaci pro sedací partie a jiný stupeň antidekubitní ochrany. Většina tetraplegiků volí kompromis mezi antidekubitním účinkem, podporou pánve a subjektivním pocitem pohodlí. Antidekubitní sedák bývá zpravidla plně hrazen ZP, ceny se pohybují v rozmezí 8 až 11 tisíc Kč, užitná doba je 3 roky.

### **Polohovací lůžko**

Polohovací lůžko je důležitou podmínkou pro správné a snadné polohování, ošetrovatelskou péči sester, rodiny i osobních asistentů osob s míšním poraněním. Bývá i zásadním pomocníkem při autokatetrizaci, oblékání a dalších úkonech.<sup>[38]</sup>

Nastavitelná ložní plocha lůžka usnadňuje přesun z lůžka na vozík, ať už samostatný (za pomoci skluzné desky) či asistovaný. Součástí je i matrace s vysokou antidekubitní ochranou, která musí být dostatečně měkká (zamezení vzniku dekubitů) a zároveň tuhá (aby neomezovala mobilitu tetraplegika). Elektricky polohovací lůžko je zpravidla plně hrazeno ZP, cena se pohybuje kolem 29 900 Kč, užitná doba 10 let. U antidekubitní matrace je spoluúčast klienta, pojišťovna hradí maximálně 3 000 Kč.

### **Mobilní zvedák**

Zařízení pro usnadnění přesunu těžkých tetraplegiků (kde není možný přesun s asistencí nebo s pomocí skluzné desky). Umožňuje jednoduchý transport z vozíku na lůžko, přesun na toaletu, nebo zvednutí klienta ze země (např. po pádu). Mobilní zvedák je plně hrazen zdravotní pojišťovnou, cena se pohybuje kolem 30 000 Kč, užitná doba 10 let. Nutnou součástí jsou závěsy, částečně hrazené ZP (cca 4 500 Kč), klient hradí doplatek ve výši 1 200 Kč v závislosti na zvoleném typu závěsu.

## **MOTOmed**

Léčebný pohybový přístroj, který udržuje pohyblivost, zmírňuje poškození vyvolané nedostatkem pohybu, redukuje spasmy a mobilizuje zbytky svalů. Je určen nejen pro vozíčkáře, ale i pro osoby dlouhodobě upoutané na lůžko. Motorem a softwarem podporovaný přístroj protáhne jak dolní, tak i horní končetiny. Je určen i pro domácí cvičení a je nedílnou součástí vybavení většiny tetraplegiků. Cena se pohybuje kolem 100 000 Kč, záleží na zvolené výbavě. V ČR není hrazen ze zdravotního pojištění, je možno zažádat si o příspěvek úřad práce.

## **Vertikalizační zařízení**

Vertikalizace je pro tetraplegika nezbytná. Pomáhá s eliminací spasmů, aktivuje střevní činnost a zabraňuje demineralizaci kostí. V domácím prostředí je možné několik druhů vertikalizace:

- vertikalizační lavice či stůl: slouží pro vertikalizaci osob s nejtěžším krčním postižením, umožňuje polohování od 0° až 90°,
- statická vertikalizace,
- dynamická vertikalizace: aktivní způsob vertikalizace, za pomoci rukou dochází k simulaci chůze dolních končetin.

Vzhledem k cenám výše uvedených vertikalizačních zařízení (kolem 100 000 Kč, nejsou hrazeny ZP), většina tetraplegiků proto volí variantu pevných dlah v kombinaci s vysokým chodítkem, vydávané na lékařský poukaz a plně hrazené pojišťovnou.

## **Pomůcky pro sebeobsluhu**

*„Úroveň samostatnosti v oblasti sebeobsluhy je u člověka s poruchou hybnosti jedním z faktorů, které výrazně ovlivňují sebevnímání a sebehodnocení a zároveň se také promítají do oblasti jeho socializace, integrace a společenské inkluze“.*<sup>[39]</sup>

Pomůcky usnadňující výkon praktických činností člověka. Jedná se o celou řadu kuchyňských potřeb (speciálně tvarované talíře, upravené příbory, atd.), zapínače a rozepínače knoflíků, navlékače punčoch, terapeutické nůžky, otvírač plechovek. Poslední skupina je zaměřena na pomůcky ulehčující ovládání počítače a pomůcky nahrazující funkční úchop.

### 1.3 Zdravotní pomůcky pro tetraplegiky

Důležitou kategorií pomůcek jsou hygienické prostředky. Jsou nezbytné často i několikrát denně, je tedy vhodné věnovat jim speciální pozornost při výběru. Zvyšují míru soběstačnosti tetraplegika a významně přispívají k psychické pohodě. Některé úkony v oblasti intimní hygieny spojené s krčním míšním postižením jsou i pro danou osobu velmi nepříjemné a často až ponižující, proto každá pomůcka, která eliminuje nutnost osobní asistence, je více než vítána.

#### 1.3.1 Pomůcky pro osobní hygienu

V Číselníku zdravotní pojišťovny<sup>18</sup> skupina 12. Předepisuje lékař odbornosti neurolog, ortoped, rehabilitační nebo praktický lékař. Užité doba pomůcky a nutnost schválení revizním lékařem je v závislosti na typu pomůcky.

Tato skupina pomůcek je zpravidla plně hrazena ZP, cena se pohybuje od 1 000 Kč (deska na vanu), přes cca 4 000 Kč (toaletní křeslo) až po 15 000 Kč (vanový zvedák).

#### 1.3.2 Pomůcky pro inkontinenci

I když cílem urologické medikace je eliminovat nežádoucí úniky moči, většina tetraplegiků trpí určitým stupněm inkontinence, a potřebuje pomůcky řešící individuální problémy, jako jsou jednorázové močové katetry, kondomový urinál, sběrné urinální sáčky, plenkové kalhotky, vložné pleny a podložky. Pomůcky mohou být předepisovány na období tří měsíců a kombinovat je lze jen dle pokynů ZP.<sup>[38]</sup>

Pro naprostou většinu tetraplegiků je nutná metoda umělého vyprazdňování močového měchýře cévkou. Používá se k zajištění evakuace močového měchýře u osob s míšním postižením, kteří nejsou schopni spontánního močení nebo jim po vymočení zbývá velké reziduum. Dle úchopu se pak volí pro tetraplegika buď ČI, nebo permanentní katetr<sup>19</sup> či epicystotomie.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Číselníky zdravotní pojišťovny – dokument, vydávaný každoročně jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Struktura a obsah souvisí s vykazováním zdravotní péče. Obsahují kód pomůcky, cenu a úhradu zdravotní pojišťovny. Někdy nazývány též úhradový katalog.

<sup>19</sup> Vhodné pro vysoké léze, cévka trvale zavedená do močové trubice.

<sup>20</sup> Slouží k zajištění derivace moči z močového měchýře. Z močového měchýře skrze břišní stěnu je vyveden močový katetr do sběrného urinálního sáčku. Nutná pravidelná výměna katetru.

## **Čistá intermitentní katetrizace**

Cévkování je prováděno jednorázovým sterilním katetrem. Použije se buď již lubriko-  
vaný katetr (šetrnější), nebo nepotahovaný v kombinaci s gelem. Močová spasmolytika  
sníží sílu močového měchýře a umožní zadržet tolik moči (300–400 ml), aby cévkování  
nemuselo být prováděno více jak 5 až 6x denně. Jedná se v současné době o nejvíce vhod-  
nou a doporučovanou metodu vyprázdnění močového měchýře. [31]

ZP plně hradí 15 balení katetrů na období 3 měsíce, tzn. 450 kusů. Nutné schválení  
revizním lékařem. Pomůcky nejsou hrazeny pacientům v ústavní péči a v odborných lé-  
čebnách – klienti je dostávají přímo od zařízení, kde jsou hospitalizováni.

## **2. Analýza systému příspěvků a státních výhod pro tetraplegiky**

### **2.1 Definice**

#### **Přímé a nepřímé náklady**

*„Na náklady můžeme pohlížet z hlediska ekonomického nebo z hlediska finančního účet-  
nictví. Finanční účetnictví charakterizuje náklady jako peněžně vyjádřenou spotřebu vý-  
robních faktorů vynaložených při vytváření výnosů včetně dalších nákladů nutně  
spojených s činností podniku. Náklady z ekonomického hlediska nezahrnují pouze to, co  
bylo zapláceno, ale vše, co bylo obětováno.“ [40]*

#### **Zdravotnické a nezdravotnické náklady, přímé a nepřímé**

*„Přímé náklady jsou náklady, které jsou spotřebovány přímo ve vztahu k léčení choroby.  
Jako nepřímé náklady jsou označovány ty náklady, které jsou sice spojeny s chorobou,  
ale nejsou přímo určeny k uhrazení nákladů na léčení choroby.“ [41]*

#### **Přímé zdravotnické náklady**

*„Přímé zdravotnické náklady jsou charakteristické tím, že jsou přímo ve vztahu k léčení  
choroby a jsou hrazeny ze zdrojů, které stát vyčlenil na zdravotní pojištění, event. jsou ve  
zdravotních pojišťovnách strádány formou zdravotního pojištění.“ [41]*

## **Přímé nezdravotnické náklady**

*„Mezi přímé nezdravotnické náklady patří náklady související s léčbou daného onemocnění, které nejsou hrazeny z financí zdravotního pojištění, ale jsou hrazeny především nemocným nebo výjimečně ze sociálního pojištění či jiných zdrojů. Mezi přímé nezdravotnické náklady řadíme např. náklady, které souvisí se spoluúčastí pacienta na hrazení zdravotní péče, náklady na individuální dopravu pacienta do zdravotnického zařízení.“*  
[41]

## **Nepřímé náklady**

*„Nepřímými náklady jsou označovány náklady, které souvisejí se znevýhodněním občana ve společnosti tím, že se pro nemoc nemůže plně zapojit ve společnosti. Nejsou určeny k léčbě nemocného. Mezi nepřímé náklady řadíme náklady, které hradí: nemocný, stát, právnická osoba, která pacienta zaměstnává.“*<sup>[41]</sup>

## **2.2 Systém sociálních dávek, služeb, příspěvků a výhod pro tetraplegiky**

Zdravotní stav, který se náhle změní úrazem či nemocí klade, velmi vysoké požadavky i na finanční oblast. Je potřeba se orientovat v systému příspěvků a výhod, na které má tetraplegik nárok. Jejich využití pomůže získat pomůcky či úpravy, které člověk vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebuje a které mohou výrazně ovlivnit kvalitu života.

*„Největší minoritou na světě jsou právě lidé s handicapem. Přibližně 700 milionů lidí má postižení, které je omezuje natolik, že trpí chudobou.“*<sup>[42]</sup>

*„Zdravotní postižení s sebou přináší snížení standardu, ale není automaticky předpokladem chudoby. Vždycky záleží i na rozsahu a charakteru postižení, do jaké míry je člověk odkázán pouze na sociální pomoc státu či může pracovat“.*<sup>[43]</sup>

## **Invalidní důchod**

Je určen osobám, kterým jejich dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav ztěžuje, popřípadě znemožňuje nalezení a výkon práce. Jedná se tedy o kompenzaci sníženého či chybějícího výdělku.

Právní úprava vychází ze zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, <sup>[44]</sup> posouzení stupně invalidity pak vychází z vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity. <sup>[45]</sup> V příloze 1 této vyhlášky se uvádí rozmezí poklesu pracovní schopnosti u jednotlivých zdravotních postižení.

### 2.2.1.1 Stupně a posouzení invalidity

Dle § 39 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, <sup>[44]</sup> hovoříme o třech stupních invalidity dle poklesu procentních bodů pracovní schopnosti:

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

Míru poklesu pracovní schopnosti posuzuje posudkový lékař Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) na základě nálezu ošetřujícího lékaře a výsledků odborných vyšetření. Lékař taktéž zjišťuje, zda se jedná o postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o trvalý stav a jaká je reálná možnost rekvalifikace vzhledem k dosaženému vzdělání a zdravotnímu stavu.

V případě tetraplegie se jedná vždy o pokles pracovní schopnosti o alespoň 70 % a hodnotí se dále schopnost práce za zcela mimořádných podmínek, což znamená dle § 6 vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity „*zásadní úprava pracovních podmínek, pořízení a využití zvláštního vybavení pracoviště, zvláštní úpravy stávajících strojů, nástrojů, používání zvláštních pracovních pomůcek nebo každodenní podpora nebo pomoc na pracovišti formou předčitatelských služeb, tlumočnických služeb nebo pracovní asistence*“.<sup>[45]</sup>

### 2.2.1.2 Výše invalidního důchodu

Částka invalidního důchodu je tvořena dvěma složkami: základní a procentní výměrou. Základní výměra je dle § 41 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, <sup>[44]</sup> stanovena ve výši 9 % z průměrné mzdy v ČR (pro rok 2018 činí výše základní výměry 2 550 Kč).



Procentní výměra se liší dle stupně invalidního důchodu dle § 41 odst. 2 tohoto zákona následovně:

- 0,5 % výpočtového základu u invalidity I. stupně,
- 0,75 % výpočtového základu u invalidity II. stupně,
- 1,5 % výpočtového základu u invalidity III. stupně.

Výše invalidního důchodu závisí na počtu odpracovaných let a výši dosahovaných výdělků. Minimální výše procentní výměry je v současné době stanovena na 770 Kč; pro rok 2018 je tedy nejnižší částka invalidního důchodu 3 320 Kč.

Ve speciálních případech (při vzniku invalidity před 18. rokem věku, popřípadě invalidní důchod přiznaný do 28 let věku) se za osobní vyměřovací základ považuje všeobecný vyměřovací základ (= průměrná mzda v ČR za rok, který o dva roky předchází podání žádosti, vynásobený příslušným koeficientem).

### 2.2.2 Příspěvek na péči

Právní úprava vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dle § 7 odst. 1) „*Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.*“<sup>[10]</sup>

Příspěvek slouží k financování potřebné pomoci při zajištění základních životních potřeb. Byl zaveden v roce 2007. Z příspěvku se hradí buď služby registrovaných poskytovatelů zdravotní péče, se kterými má klient sepsanou smlouvu, nebo osoba, která se o klienta stará (např. osoba z okruhu známých či příbuzných) nebo osoba blízká (např. rodiče – zde není potřeba smlouva). Poskytovatelé péče se dají kombinovat.

Dlouhodobým trendem je i dle slov JUDr. Martina Netolického, Ph.D.<sup>21</sup> poskytování sociálních služeb v co nejpřirozenějším prostředí jejich uživatelů. Erik Čipera, ředitel obecně prospěšné společnosti Asistence<sup>22</sup> zase uvádí, že *pokud chcete s těžkým tělesným postižením (což tetraplegie rozhodně je) žít plnohodnotný život, musíte počítat s tím, že vás to bude něco stát. Všechny peníze putují na asistenční služby.*<sup>[46]</sup>

<sup>21</sup> Od roku 2012 pardubický hejtman, článek zveřejněn v časopise MŮŽEŠ, 12/2014.

<sup>22</sup> Společnost Asistence, o.p.s. je poskytovatelem osobní asistence a dalších služeb více než stovce lidí s tělesným postižením v Praze.

V ČR je cca 500 posudkových lékařů, kteří vydají za rok zhruba 400 000 posudků, na 8 000 z nich přijde stížnost. Na základě jejich rozhodnutí se pak rozdělují miliardy. Jen invalidním důchodcům stát v roce 2016 poslal zhruba 43 mld. Kč a lidem, kteří pobírají příspěvky na péči, poskytl více než 25 mld. Kč. Dávky pro osoby se zdravotním postižením spolykaly kolem dvou mld. Kč. [47]

Při posuzování často nebývá brán ohled na handicap žadatele, protože postižení neodpovídá některým kritériím. Stávalo se, že i trvale na lůžko upoutaný člověk nedosáhl na nejvyšší stupeň příspěvku na péči. Příklad tetraplegika, který po nepovedené novele z roku 2012 přišel o nejvyšší příspěvek na péči z důvodu, že jeden z posuzovaných bodů „komunikace“ je dle tabulek splněna je toho důkazem. Nikoho už nezajímá fakt, že ačkoliv se tetraplegik domluví, není schopen písemné komunikace. Od 15. listopadu 2014 platí nová metodika posuzování<sup>23</sup>. Cílem je zavést tzv. funkční hodnocení, kdy záleží nejen na diagnóze, ale i na charakteru omezení. Zároveň by měl být posuzován i celkový funkční stav.

### **2.2.2.1 Podmínky nároku na příspěvek na péči a jeho výše**

Nárok na příspěvek na péči má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Posudkový lékař na základě lékařských zpráv ke zdravotnímu stavu žadatele a na základě zprávy ze sociálního šetření posuzuje 10 základních životních potřeb dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.<sup>[48]</sup>

Při posuzování stupně závislosti se dle Přílohy č. 1 této vyhlášky hodnotí schopnost zvládat těchto deset základních životních potřeb: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.

Pokud žadatel nezvládá alespoň jednu z aktivit uvedených v popisu jednotlivých základních životních potřeb<sup>24</sup>, hodnotí se celá potřeba jako nezvládnutá. Podle počtu nezvládnutých úkonů je poté stanoven stupeň příspěvku na péči.

---

<sup>23</sup> Metodický pokyn ředitele odboru posudkové služby pro posudkové komise MPSV, upřesňuje posudkové zásady, kritéria a postupy při posuzování stupně závislosti, uvádí řadu konkrétních případů, jak přistupovat k hodnocení některých skutečností a dává oporu v neobvyklých situacích a případech.

<sup>24</sup> Přesná definice úkonů je v prováděcí vyhlášce č. 505/2006Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Dle § 8 odst. 1) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se osoba starší 18 let věku považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve: <sup>[10]</sup>

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby (u osoby mladší 18 let tři základní životní potřeby),

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb (u osoby mladší 18 let 4 nebo 5 základních životních potřeb),

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb, (u osoby mladší 18 let 6 nebo 7 základních životních potřeb),

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, (u osoby mladší 18 let 8 nebo 9 základních životních potřeb) a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. <sup>[10]</sup>

**Tabulka 3** Výše příspěvku v závislosti na postižení, zdroj: vlastní na základě podkladů zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách <sup>[10]</sup>

Věk	Stupeň závislosti v Kč/měsíc			
	I. lehká	II. středně těžká	III. těžká	IV. úplná
do 18 let	3 300	6 600	9 900	13 200
nad 18 let	880	4 400	8 800	13 200

### 2.2.2.2 Změna nároku na příspěvek při lázeňské či nemocniční péči

Dle § 14a odst. 1) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, <sup>[10]</sup> příspěvek na péči není vyplácen, pokud je osoba celý kalendářní měsíc hospitalizována v nemocnici, popřípadě je osobě celý měsíc poskytována zdravotní péče formou ústavní péče. Nedochozí

k poměrnému krácení, příspěvek je odebrán celý. Pokud je osoba alespoň jeden den v měsíci v domácí péči, příspěvek na péči jí náleží. O skutečnosti, že pobývá v ústavu, je povinna osoba informovat příslušný krajský úřad do 8 dnů.

## **2.2.3 Příspěvky pro zdravotně postižené**

### **2.2.3.1 Příspěvek na mobilitu**

Dle § 6 odst. 1 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, „*Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, který byl přiznán podle předpisů účinných od 1. ledna 2014, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče.*“<sup>[49]</sup>

Jedná se o opakující se dávku, která je vyplácena měsíčně osobě starší jednoho roku ve výši 550 Kč<sup>25</sup>, a která slouží k částečné úhradě zvýšených nákladů na dopravu. Nahrazuje příspěvek na provoz motorového vozidla a příspěvek na individuální dopravu poskytované do 31. 12. 2011 – dle § 36 odst. 1 vyhlášky č. 182/1991 Sb., prováděcí vyhláška k zákonu o sociálním zabezpečení,<sup>[50]</sup> byl držiteli průkazu mimořádných výhod II. a III. stupně přiznám příspěvek na provoz motorového vozidla ve výši 6 000 Kč (průkaz ZTP) respektive 9 900 Kč (průkaz ZTP/P). Nárok na příspěvek na mobilitu je přímo vázán na nárok na průkaz ZTP nebo ZTP/P.

### **2.2.3.2 Příspěvek na zvláštní pomůcku**

Dle § 9 odst. 1 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, „*Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku.*“<sup>[49]</sup>

---

<sup>25</sup> Výše dávky od ledna 2018. V předchozích letech (01. 01. 2012 až 31. 12. 2017) byla vyplácena ve výši 400 Kč měsíčně.

Podmínky k udělení příspěvku dle §9 odst. 5 téhož zákona <sup>[49]</sup> splňuje osoba:

- která je starší jednoho roku (výjimkou je příspěvek na úpravu bytu, který je určen pro osoby starší 3 let a příspěvek na pořízení vodícího psa – určen pro osoby starší 15 let),
- která tuto pomůcku použije k seberealizaci, k uplatnění při studiu či zaměstnání,
- která může pomůcku používat ve svém sociálním prostředí.

Při posuzování se přihlíží i k dalším pomůckám, zdravotnickým prostředkům, úpravám a předmětům, které osoba využívá. Příspěvek je poskytován na zvláštní pomůcku v základním provedení, která osobě vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší finanční náročnosti. Dále podmínkou přiznání příspěvku je, že pomůcku nehradí (plně ani částečně) ZP.<sup>[49]</sup>

Poskytované zvláštní pomůcky (dle zdravotní indikace, určeno pro tetraplegiky), na které lze získat příspěvek úřadu práce:<sup>26</sup>

- dodatečná úprava motorového vozidla,
- stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC,
- speciální komponenty osobního počítače,
- nájezdové ližiny, schodolez, přenosná rampa, stropní systém a schodišťová plošina včetně instalace,<sup>27</sup>
- stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě.

#### **Výše příspěvku na zvláštní pomůcku**

Maximální výše příspěvku na jednotlivou pomůcku je 350 000 Kč (s výjimkou příspěvku na schodišťovou plošinu, jehož max. výše činí 400 000 Kč) s tím, že příspěvek může činit max. 90 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny. Pokud je cena pomůcky nižší než 10 000 Kč, příspěvek se poskytuje pouze v případě, je-li příjem osoby nižší než osminásobek životního minima jednotlivce. Součet vyplacených příspěvků nesmí v osobě jdoucích 60. kalendářních měsíců přesáhnout částku 800 000 Kč (respektive 850 000 Kč).<sup>[49]</sup>

---

<sup>26</sup> Konkrétní výčet pomůcek pro jednotlivé handicapy určuje vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

<sup>27</sup> Po novele zákona od 1. 1. 2018 je k příspěvku na zvedací plošinu či schodišťovou sedačku nutný souhlas majitele nemovitosti. Souhlas může být nahrazen rozhodnutím soudu.

Příspěvek je nutno použít do 3 měsíců od vyplacení. O příspěvek lze žádat i 12 měsíců zpětně. V případě úmrtí nevzniká povinnost příspěvek nebo jeho část vrátit.

### **2.2.3.3 Příspěvek na zakoupení motorového vozidla**

V rámci příspěvku na zvláštní pomůcku je poskytován i příspěvek na zakoupení motorového vozidla. Příspěvek je možno poskytnout osobě starší 3 let, která splňuje zdravotní indikaci dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Výše příspěvku se stanoví s přihlédnutím na příjem osoby a osob s ní posuzovaných. Maximální výše příspěvku je 200 000 Kč na dobu 7 let.<sup>[49]</sup> Do 31. 12. 2017 byl příspěvek poskytován na období 10 let, v letech 2011–2017 na období 5 let. Po novele tohoto zákona platné od 1. 1. 2018 se již neberou při posuzování výše příspěvku majetkové ani sociální poměry či četnost dopravy.

### **Vrácení daně z přidané hodnoty**

Dle § 85 zákona č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, je při koupi auta možné zažádat na finančním úřadě o vrácení daně z přidané hodnoty. Osoba se zdravotním postižením má nárok na vrácení DPH u jednoho osobního auta zakoupeného v ČR v období 5 let v maximální výši 100 000 Kč.<sup>[51]</sup> Daňová úleva je vázána na příspěvek na zakoupení vozidla. Vrácení daně lze uplatnit i u staršího ojetého vozu, pokud je prodejce plátcem DPH.

### **2.2.4 Průkaz a výhody osoby se zdravotním postižením**

Je přiznáván osobám starším jednoho roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dle § 34 odst. 1 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením,<sup>[49]</sup> ve třech stupních – průkaz TP, ZTP a ZTP/P. Kartou ZTP/P vlastní všichni vozíčkáři, včetně tetraplegiků.

Průkaz ZTP/P dle §34 odst. 4 tohoto zákona znamená:

- *Průkaz osoby se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce.*
- *Osoba je schopna chůze v domácím prostředí jen se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze, v exteriéru je pohyb zpravidla možný jen na vozíku. Není schopna samostatné orientace v exteriéru.*

- *Zdravotní indikace na tento průkaz jsou např. anatomická ztráta dolní končetiny vysoko ve stehně s anatomicky nepříznivým pahýlem nebo v kyčli nebo střední, těžká a hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ horší než 50.*

Osoba, která je držitel průkazu ZTP/P, má dle § 36 odst. 1 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením:<sup>[49]</sup>

- *nárok na bezplatnou přepravu MHD, nárok na slevu 75 % obvyčejného jízdného ve 2. třídě vlaku ve vnitrostátní dopravě a na slevu ve výši 75 % ve spojích vnitrostátní autobusové dopravy,*
- *nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní dopravě,*
- *bezplatnou dopravu vodícího psa, je-li prakticky nebo úplně nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce,*
- *na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo vázáno na zakoupení místenky,*
- *na přednost při osobním projednávání záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání (nezahrnuje nákup v obchodech či ošetření ve zdravotnických zařízeních).*

## 2.2.5 Parkovací karta a vyhrazené parkovací místo

Držitelům průkazů ZTP (s výjimkou sluchového postižení) či ZTP/P vydávají sociální odbory obcí s rozšířenou působností od 1. 8. 2011 tzv. „parkovací průkaz pro osoby se zdravotním postižením“. Základní výhodou je nárok parkovat na místech vyhrazených pro osoby se zdravotním postižením. Držitel průkazu není ze zákona automaticky osvobozen od poplatku za parkování. Parkovací průkaz může být použit pouze v případě, řídí-li vozidlo osoba se zdravotním postižením, nebo je-li ve vozidle přepravována osoba, která je držitelem parkovacího průkazu. Tento průkaz je taktéž platný v zemích evropské unie.<sup>[52]</sup>

Dle zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích,<sup>[53]</sup> průkaz opravňuje držitele:

- *§ 67 odst. 5 stát po dobu nezbytně nutnou s autem na místech, kde je zákaz stání (pokud tím nedojde k ohrožení bezpečnosti a plynulosti provozu). Výjimka se nevztahuje na místa označená zákaz zastavení.*

- § 67 odst. 6 umožňují vjet do míst se značkou "zákaz vjezdu" pokud je tam dodatková tabulka "jen zásobování", "mimo zásobování", "jen dopravní obsluha" a "mimo dopravní obsluhy". Držitel průkazu současně může v naléhavém případě vjet i do oblastí označených značkou "pěší zóna".
- § 67, odst. 9 opravňuje majitele vozidla s přiznaným průkazem ZTP (s výjimkou sluchového postižení) či ZTP/P požádat si o vyhrazené parkovací místo v místě bydliště. Žádost se podává na odboru dopravy v obci s rozšířenou působností. Žadatel ZTP/P je osvobozen od poplatků za zřízení a užívání místa, hradí pouze vyznačení místa.

## 2.3 Daňové a poplatkové slevy

### 2.3.1 Sleva na telefon

Dle § 2 zákona č. 109/2008 Sb., o podmínkách poskytování zvláštních cen veřejně dostupné telefonní služby, je držitelům průkazů ZTP anebo ZTP/P poskytováno cenové zvýhodnění. „Výše cenového zvýhodnění pro osobu se zvláštními sociálními potřebami se tvoří tak, aby ztráta poskytovatelů zvláštních cen činila na tuto osobu nejvýše 200 Kč včetně daně z přidané hodnoty za kalendářní měsíc.“<sup>[54]</sup>

### 2.3.2 Úleva na jízdném v prostředcích městské hromadné dopravy a vlaku

Důležitým prvkem samostatnosti představuje pro tetraplegiky možnost samostatně nebo s mírnou dopomocí asistenta používat hromadnou dopravu nebo řídit vlastní auto. I osoba těžce pohybově postižená má šanci získat řidičský průkaz a díky tomu zásadně zvýšit svou mobilitu.

#### Cestování městskou hromadnou dopravou

Držitelé průkazu ZTP/P včetně doprovodu mají jízdné zdarma. Je nutno si uvědomit, že bezbariérové cestování pro vozíčkáře nespočívá jen v nákupu bezbariérových vozů, ale začíná právě na zastávce autobusu nebo tramvaje. Správné bezbariérové úpravy zastávek městské hromadné dopravy popisuje vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb.<sup>[52]</sup>

Zastávky by měly být koncipovány tak, aby výšková úroveň vagónu a nástupní plochy byla pokud možno v jedné úrovni, z čehož jednoznačně vyplývá požadavek na zvýšenou



nástupní plochu. Bezbariérové spoje jsou označeny jak v jízdním řádu, tak i na jednotlivých autobusech/tramvajích/metru mezinárodním symbolem přístupnosti. Znamená to, že dopravní prostředek má integrovanou výsuvnou plošinu, kterou řidič sklopí a vozičkář bez problému najede/vyjede.

### **Cestování vlakem**

Osoby na vozíku mají u Českých drah, a.s., (ČD) 75% slevu z ceny jízdného ve II. třídě a osoba doprovázející vozičkáře má jízdné zdarma. V jízdním řádu i na portále IDOS<sup>28</sup> jsou označeny spoje, které mají vozy přizpůsobené pro přepravu osob na vozíku. Cestující na vozíku musí přepravu nahlásit a objednat přes speciální formulář dostupný na <http://www.cd.cz/vozickari/> 24 hodin před plánovanou cestou. ČD zajistí k požadovanému spoji zvedací plošinu (pokud ji vlaková souprava nemá integrovanou), která vozičkáře zvedne do úrovně podlahy vlaku. V současné době ČD vlastní přibližně 80 plošin.

Osoba na vozíku cestuje:

- ve vyhrazeném bezbariérovém kupé, určeném přímo pro osoby na vozíku, v těsném sousedství se nachází i bezbariérové WC,
- na sedadle vyhrazeném pro osoby se zdravotním postižením, před sedadly (zpravidla hned první řada sedadel při vstupu do vagonu) je vyhrazen dostatečný prostor pro odložení vozíku,
- ve služebním vagónu.

V případě cestování vlakem odpadá problém s dostupností jednotlivých nádraží. Po nedávných rozsáhlých rekonstrukcích jsou objekty ČD bezbariérově vybaveny výtahy nebo šikmými/svislými schodišťovými plošinami. Samozřejmostí by mělo být i bezbariérové parkování před každým nádražím.

### **2.3.3 Sleva na vstupné na kulturní akce**

V ČR je již běžné poskytování slev na vstupném pro držitele průkazu ZTP/P a jeho doprovod. Většina internetových portálů nabízející kulturní či sportovní akce má už automaticky na svých stránkách i informace pro vozičkáře (ceny vstupenek, umístění vyhrazených míst a často i telefonní číslo, na kterém lze zjistit podrobnosti ohledně bezbariérovosti). Většinou hradí vozičkář plné vstupné (někteří pořadatelé dávají speciální ceny vstupenek i pro vozičkáře) a doprovod má vstupné zdarma.

---

<sup>28</sup> Dostupné na <https://jizdnirady.idnes.cz/vlaky/spojeni/>.

- Na sportovní fotbalové utkání české reprezentace mají vozíčkáři vstup za symbolickou 1 Kč (včetně doprovodu).
- Akce konané v pražské O2 aréně nabízí zlevněné vstupné pro držitele karet ZTP/P a doprovod za 1 Kč.

### 2.3.4 Osvobození od poplatku za použití dálnice

Dle § 20a odst. 1 písm. h) zákona č. 13/1997 Sb., o pozemních komunikacích, je od poplatku za užití zpoplatněné pozemní komunikace silničním motorovým vozidlem osvobozeno vozidlo *...převážující těžce zdravotně postižené občany, kteří jsou podle zvláštního právního předpisu držiteli průkazu ZTP, s výjimkou postižených úplnou nebo praktickou hluchotou, nebo průkazu ZTP/P, pokud držitelem silničního motorového vozidla je postižená osoba sama nebo osoba jí blízká.* <sup>[55]</sup>

Ministerstvo dopravy na svých webových stránkách uvádí, že nad rámec zákona nebudou pokutováni řidiči, kteří nemají dálniční známku, jestliže doloží potvrzení, že jedou pro osobu blízkou, která je držitelem výhod, do některého z rehabilitačních zařízení.

## 2.4 Nadace

*„V případě, že i po využití možností příspěvků od státu a od zdravotní pojišťovny stále chybí peníze na pomůcku, lze se ještě obrátit se žádostí na některou z nadací. Žádost by měla obsahovat základní údaje žadatele, stručný popis životní situace, zdravotního stavu, na co příspěvek žádá a co případný příspěvek od nadace pomůže v jeho životě vyřešit či zlepšit.“* <sup>[52]</sup>

Nadace jsou tedy jednou z možností financování potřebných a finančně hůře dostupných kompenzačních pomůcek pro postižené, sociálních služeb, vzdělávání či bezbariérových úprav bydlení.

Žádost o příspěvek by měla obsahovat:

- základní údaje žadatele,
- stručný popis zdravotního stavu, životní situace,
- informace o pomůcce, na kterou příspěvek žádáte,
- popis, jak pomůcka pomůže zlepšit či vyřešit problém žadatele.

K žádosti se přikládá i doklad o zdravotním stavu (lékařská zpráva), kopie průkazu osoby se zdravotním postižením, předběžný rozpis ceny pomůcky, prohlášení o příjmech

žadatele. Každá nadace se specializuje na jiné pomůcky, některá má i vlastní formulář žádosti. Tyto údaje je vhodné ověřit si předem před podáním žádosti. Pokud se nadace rozhodne žadateli vyhovět, zašle darovací smlouvu. Příspěvek je vždy vázán na konkrétního uživatele a konkrétní pomůcku. Nadace přispívá na základě předběžné faktury na vybranou pomůcku, nikdy neproplácí zpětně již zakoupenou pomůcku. V ČR je celá řada nadací, například: Nadace Charty 77<sup>29</sup>, Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové<sup>30</sup>, Nadace Agrofert<sup>31</sup>, Nadační fond manželů Livie a Václava Klausových<sup>32</sup>, Nadace Dagmar a Václav Havlových Vize 97<sup>33</sup> atd.

---

<sup>29</sup> Nadace Charty 77, dostupné z <https://www.kontobariery.cz/home.aspx>.

<sup>30</sup> Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové, dostupné z <https://www.vdv.cz/>.

<sup>31</sup> Nadace Agrofert, dostupné z <https://www.nadace-agrofert.cz/>.

<sup>32</sup> Nadační fond manželů Livie a Václava Klausových, dostupné z <http://nadacnifondklausovych.cz/>.

<sup>33</sup> Nadace Dagmar a Václava Havlových Vize 97, dostupné z <http://www.vize.cz/>.

## 3. Praktická část

### 3.1 Metodologie

#### 3.1.1 Cíl práce a stanovení hypotéz

Hlavním cílem diplomové práce bylo definovat, jaké náklady na kompenzační a zdravotní pomůcky s sebou přináší život s handicapem, konkrétně u osob se získaným poškozením míchy s diagnózou tetraplegie. Dalším cílem bylo prověřit, zda státní příspěvky dostatečně zmírňují jednoznačně zvýšené životní náklady tetraplegiků.

V rámci dotazníkového šetření byly stanoveny hypotézy.

Hypotéza č. 1: *Nejvíce osob s míšním poraněním spokojených s rozsahem příspěvků žije ve velkých městech (nad 100 000 obyvatel).*

Hypotéza č. 2: *Doba uplynulá od získání handicapu má zásadní vliv na spokojenost s poskytovanými příspěvky; nejspokojenější jsou osoby s mobilitou na vozíku delší než 3 roky.*

#### 3.1.2 Metodika

##### Dotazník

Data pro praktickou část byla získána pomocí dotazníkového šetření. Dotazník je tvořen uzavřenými, polootevřenými i otevřenými otázkami. Pokud byla možnost zaškrtnout více odpovědí, byla tato skutečnost uvedena u dané otázky.

Celkově se dotazník skládá z 38 otázek. Převážnou většinu tvoří otázky uzavřené (36), pouze jedna otázka je polootevřená a jedna otevřená. První část je zaměřena na získání základních informací o osobě dotazovaného – pohlaví, věk, rodinný stav, vzdělání aj. Druhá část se věnuje pomůckám, které respondent užívá, a jejich způsobu úhrady. Otázky jsou rozděleny na pomůcky zvláštní, kompenzační a pomůcky osobní hygieny. Za účelem získání co nejucelnější informace byli respondenti u těchto tří otázek nuceni vyplnit u každé z předem definovaných pomůcek, zda ji používají, a jakým způsobem byla hrazena. K dispozici byla i odpověď „jiná“, pokud se jednalo o pomůcku, která nebyla v seznamu uvedena. Další části jsou cíleny na příspěvky a výhody, které může tetraplegik čerpat, a zároveň na zvýšené náklady, které s sebou tato diagnóza přináší. Závěrečná část klade dvě uzavřené otázky, které jsou stěžejní pro vyhodnocení dotazníkového šetření a týkající se spokojenosti respondentů s výší a rozsahem příspěvků.

Ve fázi předvýzkumu byl dotazník předložen několika osobám s odpovídající diagnózou, aby bylo ověřeno, zda jsou dotazy kladeny srozumitelně. Byly nalezeny i drobné nedostatky, které byly ve finální podobě odstraněny.

Dotazník je k dispozici pouze v českém jazyce. Úplné znění dotazníku je v **Příloze 1**.

### **Sběr dat**

O spolupráci s distribucí dotazníku byly požádány hlavní instituce a společnosti, které mají k této problematice nejbližší; ParaCENTRUM Fenix, z. s.,<sup>34</sup> Česká asociace paraplegiků – CZEPA,<sup>35</sup> z. s. a MEDICCO s. r. o.,<sup>36</sup> ParaCENTRUM Fenix, z. s. zveřejnilo dotazník dne 19. 3. 2018 na svém facebookovém profilu. CZEPA, z. s. rozeslala dotazník jako součást pravidelného newsletteru svým klientům v březnu 2018. Společnost MEDICCO s. r. o. rozeslala svým klientům, vybraným na základě diagnózy, newsletter s žádostí o pomoc při vyplnění dotazníku taktéž v březnu 2018.

Dále v rámci dotazníkového šetření byla zpracovatelem 8. 3. 2018 osobně navštívena spinální jednotka Hamzovy odborné léčebny pro děti a dospělé v Luži-Košumberku. Pro klienty léčebny byl formulář vytvořen v tištěné verzi a distribuován osobně. Respondentům byla nabídnuta možnost pomoci s vyplněním dotazníku (při výrazném omezení funkčního úchopu ruky).

Převážně elektronický způsob distribuce byl zvolen vzhledem k charakteru cílové skupiny. Pro tetraplegiky představuje možnost vyplnění v klidu domova, s využitím kompenzačních pomůcek a nezávisle na čase.

Sběr dat byl ukončen 10. 4. 2018.

### **Výzkumný soubor**

Respondenty byly osoby ČR se získaným postižením míchy v úrovni krční páteře (tetraplegici), vzniklým důsledkem úrazu.

V ČR neexistuje statistika ani ucelená evidence osob s diagnózou tetraplegie. Český statistický úřad eviduje pouze občany zdravotně postižené. Pro maximální možný záběr byl výzkumný vzorek sestaven z databáze firmy MEDICCO s. r. o. (jedna z největších firem dodávajících kompenzační pomůcky pro handicapované), České asociace paraplegiků – CZEPA, z. s. (nezisková organizace sdružující vozíčkáře po poškození míchy

---

<sup>34</sup> ParaCENTRUM Fenix, z. s., dostupné z <http://pcfenix.cz/>.

<sup>35</sup> Česká asociace paraplegiků – CZEPA, z. s. dostupné z <https://www.czepa.cz/>.

<sup>36</sup> MEDICCO s.r.o., dostupné z <https://www.medicco.cz/>.

z celé ČR), ParaCENTRA Fenix, z. s. (brněnská nezisková organizace pomáhající vozíčkářům zpět do života) a klientů spinální jednotky Hamzovy odborné léčebny pro děti a dospělé v Luži-Košumberku.

MEDICCO s. r. o. eviduje ve své databázi zhruba 280 klientů s diagnózou míšní léze v oblasti krční páteře. Spinální jednotka, která se nachází v horním patře pavilonu G Hamzovy odborné léčebny pro děti a dospělé v Luži-Košumberku, má kapacitu 24 lůžek, z toho 12 bylo obsazeno klienty s tetraplegií. Ostatní uváděná čísla jsou pro celkový počet míšních lézí, organizace nerozlišují jednotlivé úrovně – viz **Tabulka 4**.

**Tabulka 4** Počet osob s míšní lézí ve zvolených organizacích

Organizace	Počet osob s míšní diagnózou
ParaCENTRUM Fenix, z. s.	130
MEDICCO s.r.o.	250
Hamzova odborná léčebna Luže	24
CZEPA, z. s.	700

### Návratnost

Celkem bylo osobně v Hamzově odborné léčebně osloveno všech 12 klientů s diagnózou tetraplegie, dotazník odmítli vyplnit dva. Důvodem byla časová zaneprázdněnost.

Elektronicky bylo vyplněno 68 dotazníků. Na facebookovém profilu ParaCENTRA Fenix, z. s. se žádost o vyplnění dotazníku zobrazila 60 osobám, z toho 23 dotazník vyplnilo. Dotazník, jako odpověď na newsletter společnosti MEDICCO s. r. o., vyplnilo 21 osob. Zbylých 24 dotazníků bylo vyplněno na základě newsletteru rozeslaného mezi členy CZEPA, z. s.

Celkově tedy práce vychází ze 78 dotazníků, což při zjištěném počtu tetraplegiků z dostupných údajů v ČR (1080 osob)<sup>37</sup> činí 7,2% vzorek.

Poměrně vysoká non-response elektronicky rozeslaného dotazníku může být dána několika faktory, jako je citlivost tématu nebo množství dotazníků, které respondenti s žádostí o vyplnění obdrží několikrát týdně.

---

37 Výpočet viz kapitola Etiologie a epidemiologie poranění páteře a nervového systému, strana 20.

Vzhledem k anonymitě dotazníku vycházel autor z předpokladu, že všechna data budou uvedena pravdivě a dotazník bude danou osobou vyplněn vždy pouze jednou. Program Formuláře Google Docs neumožňuje nastavit možnost jednorázového vyplnění formuláře z určité IP adresy.

### **Vyhodnocení dat**

Na počátku vyhodnocování byla zkontrolována úplnost a řádné vyplnění dotazníků. Pro vyhodnocení byl použit rozbor dotazníkového šetření. Grafy a tabulky byly vytvořeny sumarizací informací získaných z dotazníků.

Dotazník byl vytvořen elektronicky pomocí webové aplikace firmy Google (Formuláře Google Docs) a distribuován elektronickou poštou. Statistické vyhodnocení dat ze získaných vyplněných dotazníků bylo provedeno programem Microsoft Office Excel 2016.

### **Etické aspekty práce**

Během dotazníkového šetření nebyly zaznamenány etické námitky ze strany oslovených respondentů. Všichni respondenti se studie zúčastnili dobrovolně. Před vyplněním dotazníku byli informováni o účelu, kterému tento dotazník slouží. Jednotlivé otázky byly koncipovány tak, aby se zabránilo jednoznačné identifikaci respondentů. Vzhledem ke zvolenému charakteru sběru dat formou anonymního dotazníku nebylo potřeba podepisovat informovaný souhlas.

Respondenti byli zaslepeni tak, aby nebylo zpětně dohledatelné, kdo odpověděl ve kterém konkrétním dotazníku. Pouze pro potřeby faktických a logických nepřesností a nesrovnalostí byl každý osobně distribuovaný dotazník opatřen kódem, přidělený autorem dotazníku a uložený v samostatném souboru.

## **3.2 Výsledky dotazníkového šetření**

### **3.2.1 Popis výzkumného souboru**

Z celkového počtu 78 vyplněných dotazníků bylo pro vyhodnocení použito všech 78. Důvodem, proč se této studie zúčastnilo „pouze“ 78 respondentů, může být citlivost tématu (na finanční situaci bývá nahlíženo jako na soukromou věc). Na druhou stranu množství a výše příspěvků patří mezi často diskutované záležitosti cílové skupiny.

V ČR neexistuje statistika uvádějící celkový počet osob s míšní lézí, natož její části. Respondenti, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, pochází z různých částí republiky, z různě velkých měst, jsou různého věku, rodinného a sociálního stavu. Dotazníkem byli osloveni všichni, které bylo možné zvoleným způsobem oslovit. Analýza byla provedena na základě získaných odpovědí a nelze přesně určit, zda se jedná o vzorek reprezentativní. Analýza návratnosti dotazníků byla konzultována na Katedře pravděpodobnosti a matematické statistiky Matematicko-fyzikální fakulty Univerzity Karlovy.

Jednotlivé odpovědi byly zpracovány do grafů a dány do souvislostí.

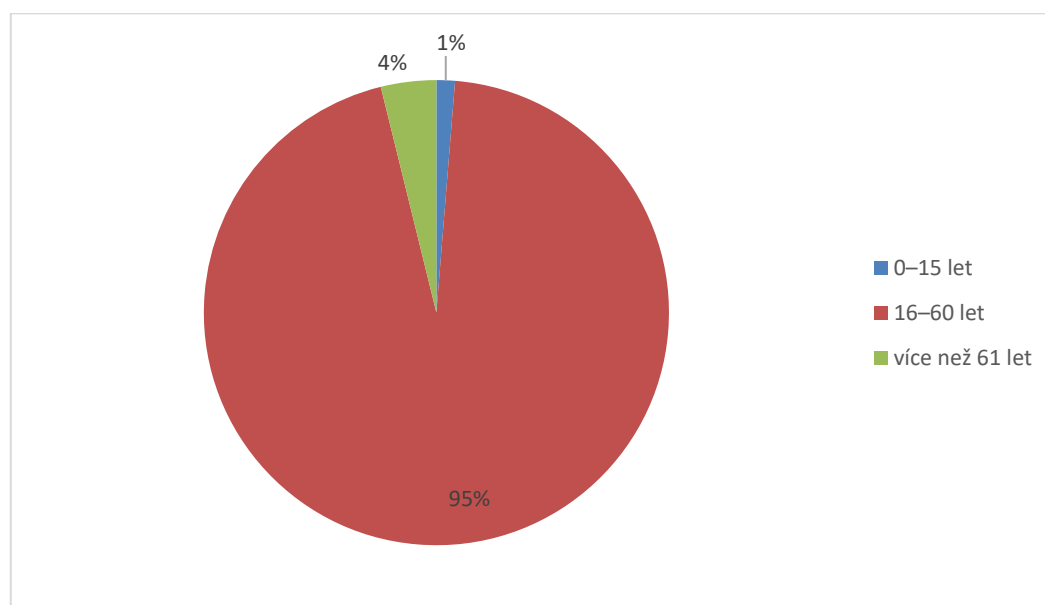
### **Pohlaví respondentů**

Výzkumný soubor 78 dotázaných byl tvořen z 81 % muži a z 19 % ženami.

### **Věk respondentů**

Věk respondentů byl v dotazníku rozdělen do tří skupin. Nejpočetnější věkovou kategorií ze 78 dotázaných byly osoby v produktivním věku 16–60 let včetně (95 %), naopak nejméně bylo respondentů ve věkové kategorii 0–15 let (1 %). Pouze 4 % dotázaných spadalo do kategorie 61 a více.

**Graf 1** Věk respondentů (N = 78)

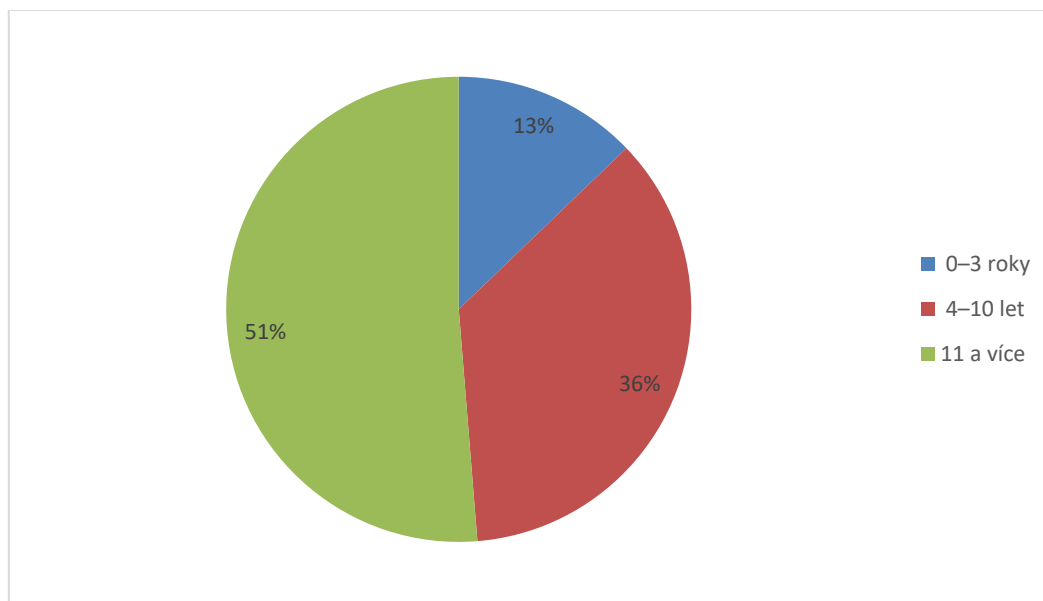




### Počet let s mobilitou na vozíku

Z grafu je patrné, že ze 78 dotazovaných je 51 % na vozíku 11 let a více, druhou nejpočetnější skupinu tvoří osoby s mobilitou na vozíku od 4 do 10 let (36 %). Nejméně početná skupina jsou „čerství“ vozíčkáři, zastoupení 13 %. Věková struktura byla cíleně vytvořena s ohledem na přirozený vývoj potřeb osob na vozíku, příliš krátce po úrazu by dotazovaní neměli dostatek zkušeností s vyřizováním jednotlivých příspěvků.

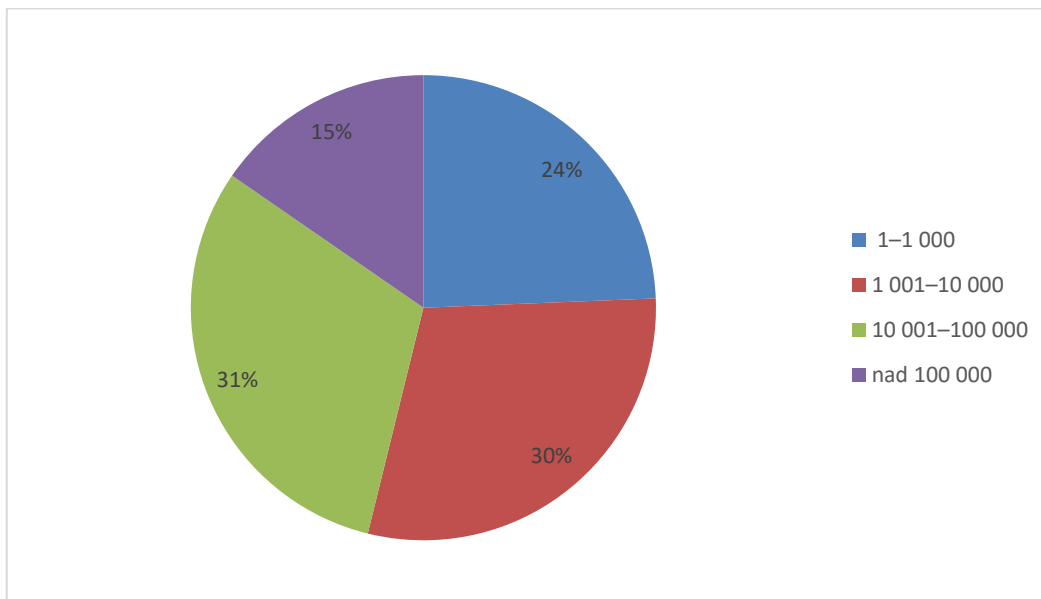
**Graf 2** Počet let s mobilitou na vozíku (N = 78)



### Počet obyvatel v místě bydliště

Nejvíce respondentů žije ve městech od 10 001 do 100 000 obyvatel (31 %), nejméně pak ve městech nad 100 000 obyvatel (15 %). Celých 24 % dotázaných žije v obci do 1 000 obyvatel, jak uvedlo 78 dotázaných.

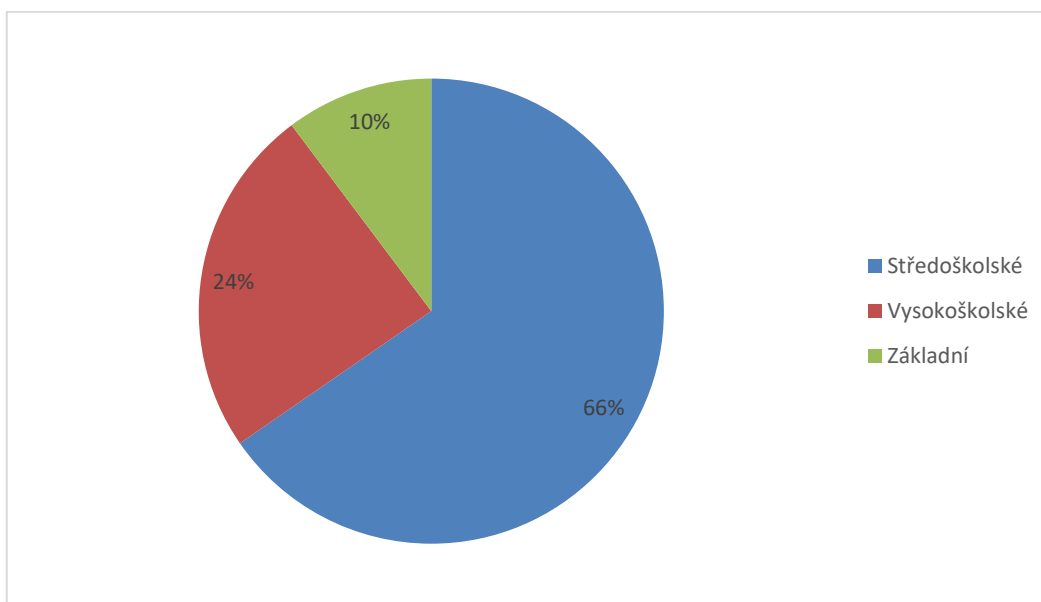
**Graf 3** Počet obyvatel v místě bydliště tetraplegiků (N = 78)



### Nejvyšší dosažené vzdělání

Pro potřeby dotazníku jsme vzdělání rozdělili do tří kategorií. Středoškolské vzdělání má ukončené 66 % ze 78 respondentů, 24 % respondentů má vysokoškolské vzdělání a 10 % respondentů má vzdělání základní.

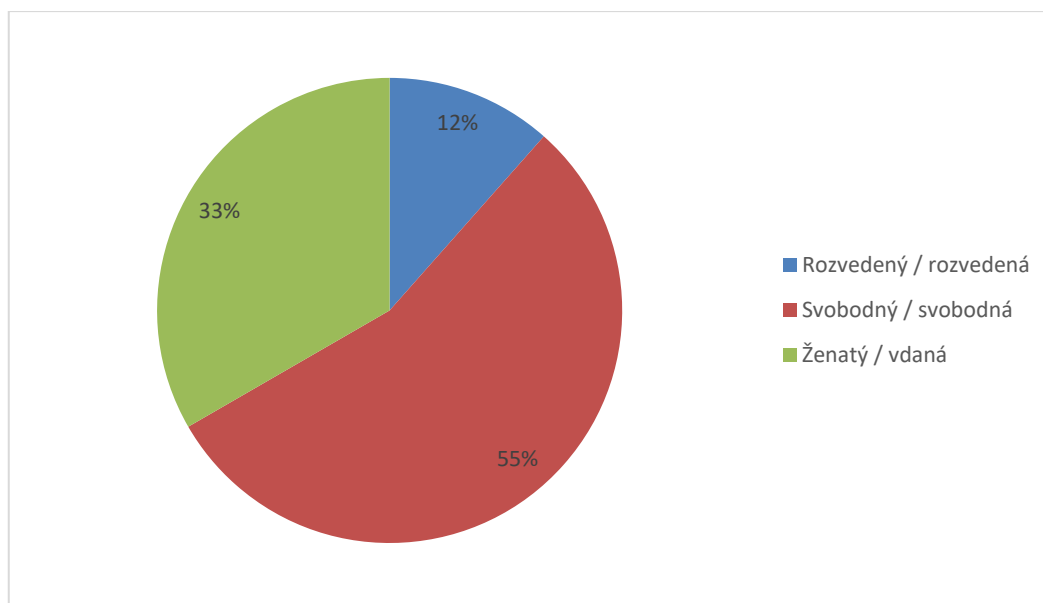
**Graf 4** Nejvyšší dosažené vzdělání tetraplegiků v ČR (N = 78)



## Rodinný stav

Nadpoloviční většina ze 78 dotázaných uvedla, že je svobodná (55 %), nejméně respondentů je rozvedených (12 %). Pro osoby s diagnózou tetraplegie je těžší najít si dlouhodobého partnera pro život. Omezení a četné komplikace zásadně ovlivňují partnerský vztah, přesto 33 % dotázaných uvedlo, že žije v manželství.

**Graf 5** Rodinný stav tetraplegiků v ČR (N = 78)



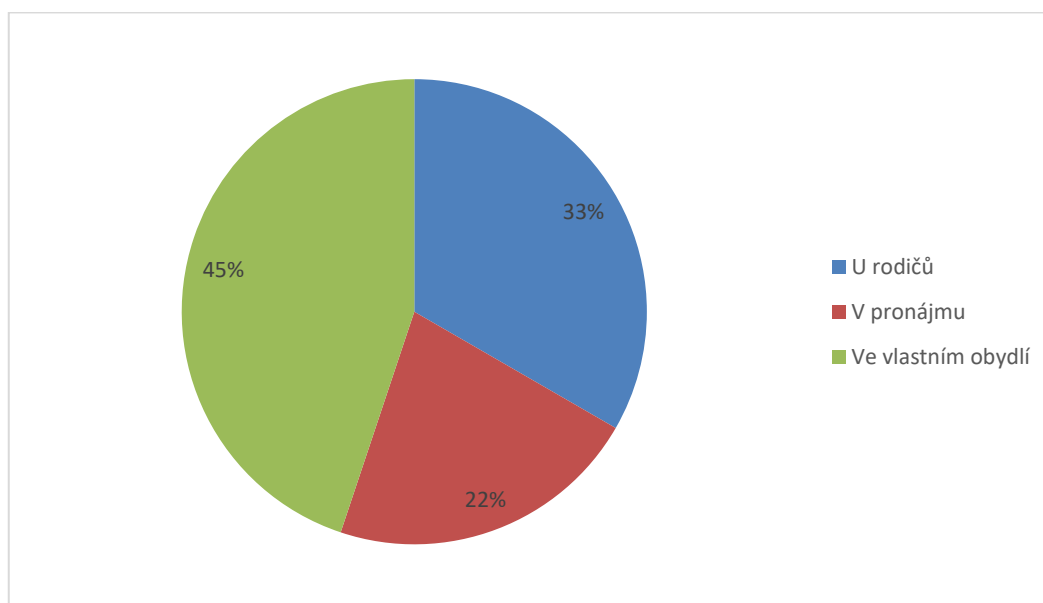
## Život v domácnosti

Naprostá většina ze 78 dotázaných (85 %) uvedla, že žije ve společné domácnosti, pouze 15 % respondentů žije samo. Samostatné bydlení implikuje zvýšené náklady na osobní asistenci při každodenních běžných činnostech.

## Bydlení respondentů

Celých 45 % z celkového počtu 78 dotázaných uvedlo, že žije ve vlastním obydlí, následujících 33 % dotázaných žije s rodiči. Nejméně dotázaných žije v pronájmu (22 %). Žádný z respondentů nežije v ústavu sociální péče.

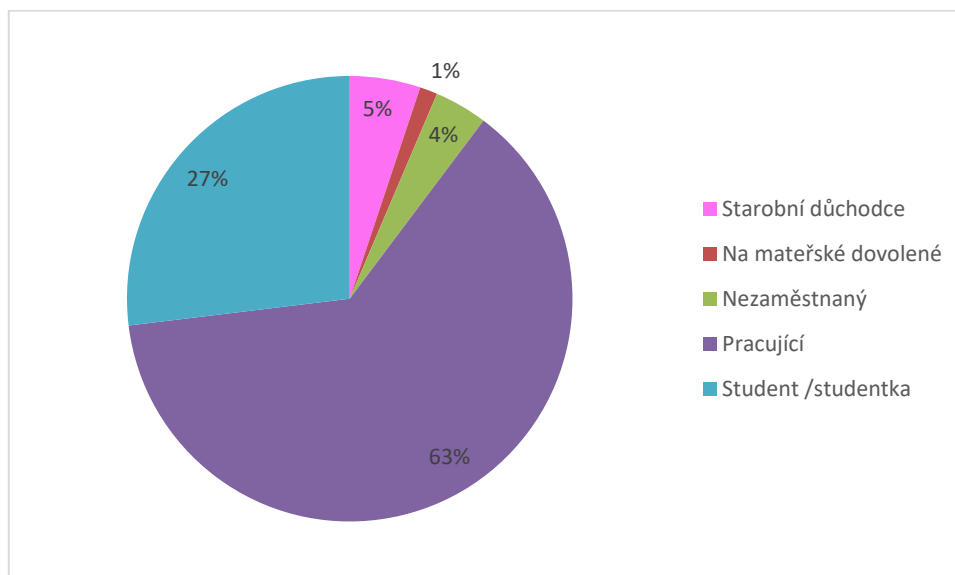
**Graf 6** Varianty bydlení tetraplegiků v ČR (N = 78)



### Sociální stav před změnou zdravotního stavu

Více než polovina ze 78 dotázaných (63 %) byla před úrazem spojeným se změnou zdravotního stavu ekonomicky aktivních, 27 % dotázaných studovalo, 5 % pobíralo starobní důchod, 4 % bylo nezaměstnaných a 1 % na mateřské dovolené.

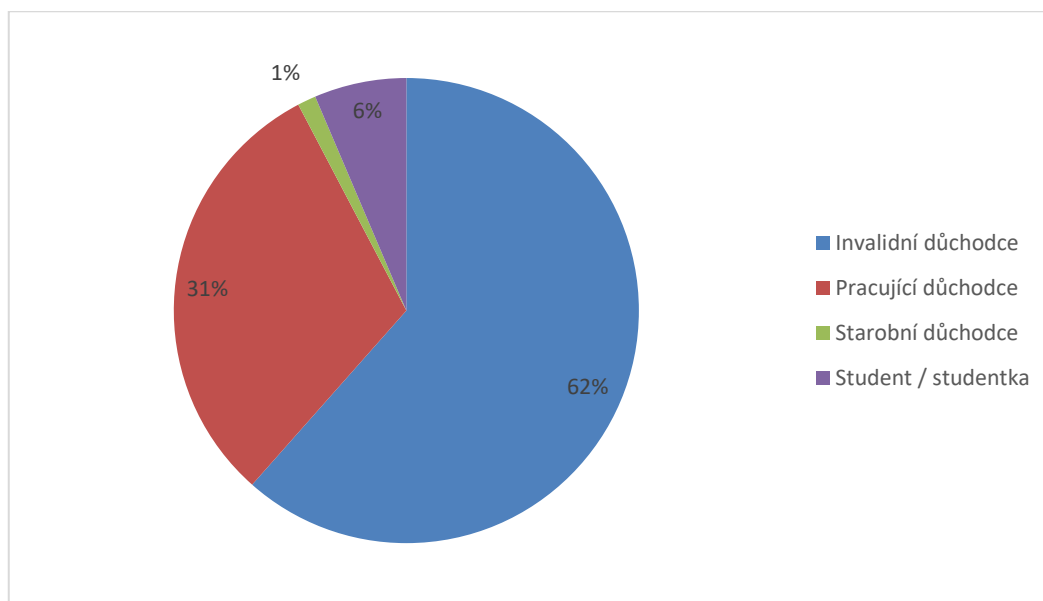
**Graf 7** Sociální stav před změnou zdravotního stavu způsobenou úrazem míchy s následkem tetraplegie v ČR (N = 78)



## Sociální stav po změně zdravotního stavu

Po změně zdravotního stavu tvoří nejpočetnější skupinu ze 78 dotázaných invalidní důchodci (62 %), následováni pracujícími invalidními důchodci s 31 %, studenty s 6 %. Pouze 1 % uvedlo, že je starobní důchodce. Vývoj sociálního stavu před a po změně zdravotního stavu demonstruje **Tabulka 5**.

**Graf 8** Sociální stav po trvalé změně zdravotního stavu získané úrazem v oblasti krční páteře s následkem tetraplegie v ČR (N = 78)



**Tabulka 5** Sociální stav před a po trvalé změně zdravotního stavu získané úrazem v oblasti krční páteře s následkem tetraplegie v ČR

	Pracující	Student	Nezaměstnaný	Starobní důchodce	Mateřská dovolená	Invalidní důchodce
Sociální stav před změnou zdravotního stavu	49	21	3	4	1	0
Sociální stav po změně zdravotního stavu	24	5	0	1	0	48

### 3.2.2 Seznámení s výsledky šetření

#### Používané kompenzační pomůcky a jejich způsob úhrady

Cílem otázky bylo zjistit, jaký typ kompenzačních pomůcek respondenti používají a jakým způsobem byly hrazeny. V dotazníku bylo nadefinováno 9 základních pomůcek a

jedna sekce „jiné“, aby byly obsaženy veškeré možnosti. Respondenti vyplňovali u každé z pomůcek, zda ji používají a způsob úhrady, který mohl být i kombinací několika možností.

Z celkového počtu 348 užívaných pomůcek jich 73 % bylo plně či částečně hrazeno ZP, doplněno ve 28 % o vlastní zdroje, 14 % nadace, 11 % sponzorský dar a 5 % jiný způsob úhrady. Nejčastěji frekventovanou pomůckou je mechanický invalidní vozík, používá ho 99 % ze 78 respondentů. Většinou se úhrada skládala z trojkombinace zdravotní pojišťovna – nadace – vlastní zdroje. Přehled pomůcek a úhrad – viz **Tabulka 6**.

**Tabulka 6** Kompenzační pomůcky používané tetraplegiky v ČR a jejich způsob úhrady (v %)

Pomůcka	Počet respondentů užívajících pomůcku (N = 78)	Způsob úhrady				
		ZP	Vlastní zdroje	Nadace	Sponzorský dar	Jiné
Mechanický vozík	99	N = 77				
		81	52	44	25	7
Antidekubitní sedák	90	N = 70				
		91	20	4	1	3
Polohovací postel	67	N = 52				
		87	15	0	2	4
Antidekubitní matrace	63	49				
		76	22	0	0	2
Elektrický vozík	47	N = 37				
		31	34	18	14	14
Mobilní zvedák	22	N = 17				
		88	12	0	6	6
Vertikalizační dlahy	14	N = 11				
		73	18	18	9	9
Vysoké chodítko	13	N = 10				
		80	10	10	20	0
Elektrický invalidní skútr	3	N = 2				
		50	50	0	50	0
Jiné	30	N = 23				
		26	30	17	26	17

## Používané zvláštní pomůcky a jejich způsob úhrady

Systém kopíruje předchozí otázku. Tato je zaměřena na zvláštní pomůcky zčásti hrazené úřadem práce. V dotazníku bylo uvedeno pět základních pomůcek. Respondenti vyplňovali u každé z nich, zda ji používají a způsob úhrady, který mohl být i kombinací několika možností, proto uváděný součet nedává rovných 100 %.

Zvláštní pomůckou, na kterou ze 78 dotazovaných žádalo o příspěvek celých 90 %, byl osobní automobil, hrazený nejčastěji ÚP v kombinaci s vlastními zdroji. O příspěvek na úpravu bytu žádalo 76 % respondentů, úhrada se dělila mezi ÚP a současně vlastní zdroje. Motomed používá 62 % dotázaných, úhrada je rozdělena mezi sponzorský dar, vlastní zdroje, nadace, ÚP i jiné. Schodišťovou plošinu uvedlo 40 % respondentů, hlavní úhrada náležela ÚP. Stropní zvedací systém využívá 14 % respondentů, hrazen byl především z příspěvků ÚP.

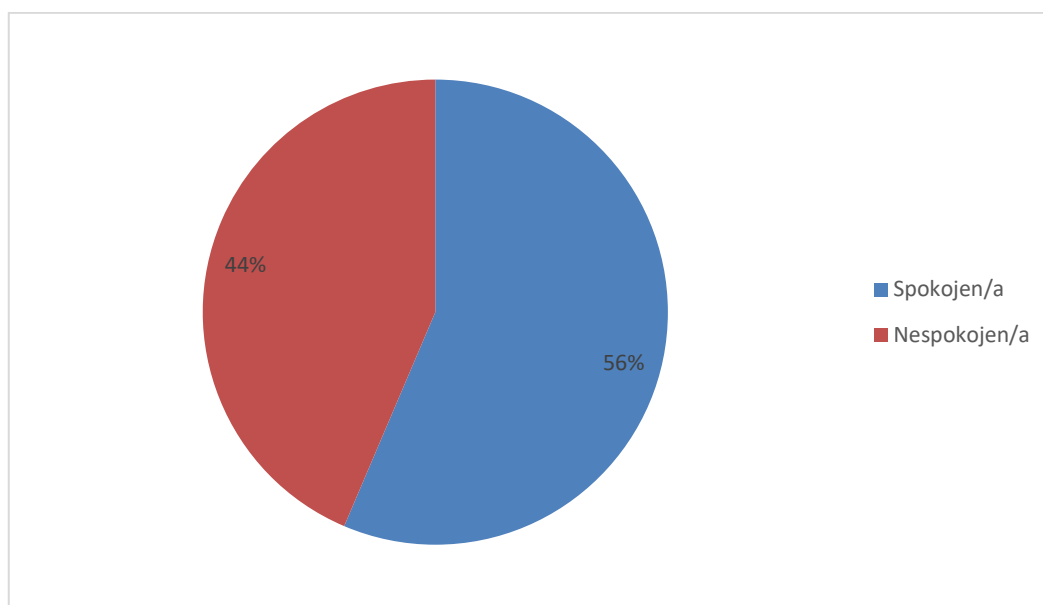
**Tabulka 7** Přehled zvláštních pomůcek užívaných tetraplegiky a jejich způsob úhrady (v %)

Pomůcka	Počet užívajících respondentů (N = 78)	Způsob úhrady				
		ÚP	Vlastní zdroje	Nadace	Sponzorský dar	Jiné
Automobil	90	N = 70				
		90	64	10	7	3
Úprava bytu	76	N = 59				
		63	64	0	0	10
Motomed	62	N = 48				
		15	25	19	33	13
Schodišťová plošina	40	N = 31				
		90	16	3	0	7
Stropní zvedací systém	14	N = 11				
		91	27	0	27	0

### Spokojenost s přiznanou částkou

Nadpoloviční většina ze 78 dotázaných (56 %) byla spokojena s přiznanou částkou, naopak nespokojeno bylo 44 %.

**Graf 9** Celková spokojenost tetraplegiků v ČR s přiznanou částkou ÚP/ZP na úhradu žádaných pomůcek (N = 78)



### **Názor tetraplegiků na transparentnost procesu schvalování pomůcek v ČR**

Na otázku, zda je proces schvalování pomůcek transparentní, 59 % ze 78 dotázaných odpovědělo negativně. Pouze 41 % odpovědí bylo pozitivních.

### **Co vadilo na procesu schvalování nejvíce?**

Na přímou otevřenou otázku, co nejvíce vadilo při schvalování, se většina ze 78 respondentů shodla na následujících odpovědích:

- „Rozsáhlé vyšetřování příjmů rodiny<sup>38</sup>“
- „Nekompetentnost úředníků a posudkových lékařů“
- „Libovůle úředníků“
- „Délka procesu“

### **Úhrada a použití pomůcek osobní hygieny**

Cílem otázky bylo zjistit, jaké z pomůcek osobní hygieny respondenti používají včetně jejich způsobu úhrady. Dotazník byl koncipován tak, aby u každé z pomůcek bylo nutno vyplnit, zda ji dotázaný používá. Existuje-li možnost kombinace více pomůcek, aby tato byla v dotazníku zohledněna, stejně jako u úhrad. Pomůcky osobní hygieny jsou hrazeny ZP s mírnou finanční spoluúčastí klienta. Celkově 78 respondentů používá 94 pomůcek,

<sup>38</sup> Před novelizací zákon č. 329/2011Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, <sup>[49]</sup> k 1. 1. 2018 byla zkoumána nejen finanční situace, ale i majetkové poměry osoby žijících ve společné domácnosti s posuzovanou osobou. Po intervenci Národní rady osob se zdravotním postižením je nyní zkoumána pouze finanční situace, což je ale i nadále vnímáno ze strany handicapovaných velmi negativně.



z 59 % hrazených ZP. Z vlastních zdrojů si pomůcky hradilo či doplácelo 51 % dotázaných. Sponzorský dar, stejně jako nadace, jako možný způsob úhrady nebo spolu úhrady využilo 3 % respondentů. Nejčastěji používanou pomůckou je toaletní křeslo, následováno sklopným sedátkem do sprchy. Respondenty nejméně používanou pomůckou je deska na vanu (10 %).

**Tabulka 8** Přehled pomůcek osobní hygieny užívaných tetraplegiky a jejich způsob úhrady (v %)

Pomůcka	Počet užívajících respondentů (N = 78)	Způsob úhrady			
		ZP	Vlastní zdroje	Nadace	Sponzorský dar
Toaletní křeslo	34	N = 27			
		67	52	0	0
Sklopné sedátko do sprchy	26	N = 20			
		35	75	5	5
Vanový zvedák	19	N = 15			
		80	20	0	0
Sedačka do sprchy	18	N = 14			
		50	71	0	0
Sedačka do vany	13	N = 10			
		60	30	10	10
Deska na vanu	10	N = 8			
		63	38	0	0

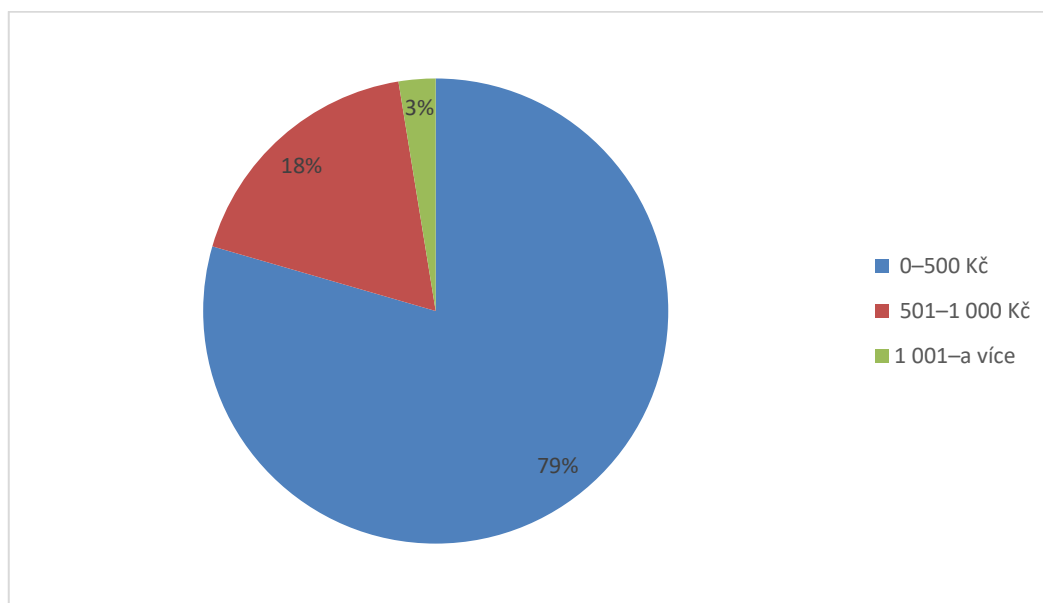
#### Použití kožní ochranné péče

Až 53 % respondentů uvedlo, že používá kožní ochrannou péči a předchází tak vzniku dekubitů, oděrek a zapařenin. Poměrně velká část ze 78 dotázaných (47 %) odpověděla negativně.

## Částka vynaložená měsíčně na kožní ochrannou péči

Nejvíce respondentů vynakládá částku v rozmezí od 0 do 500 Kč měsíčně (79 %), následováno 18 % (respondentů s částkou mezi 500 Kč–1 000 Kč. Nad 1 001 Kč měsíčně hradí pouze 3 % ze 78 dotazovaných.

**Graf 10** Částka vynakládaná měsíčně tetraplegiky v ČR na kožní ochrannou péči (N = 78)



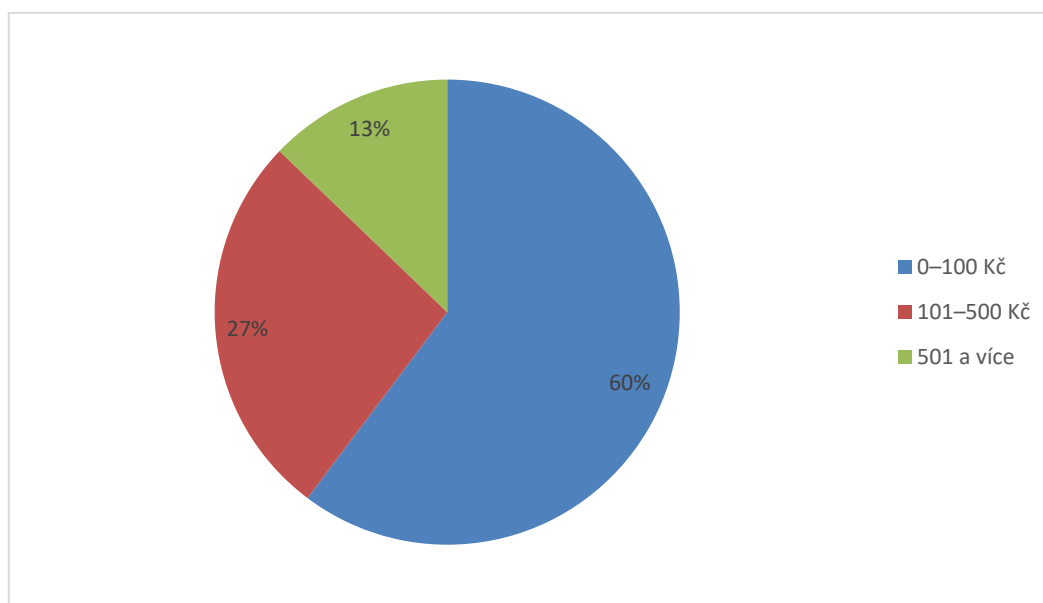
## Používání inkontinenčních pomůcek

Převážná většina ze 78 dotázaných (74 %) odpověděla kladně na dotaz, zda používají inkontinenční pomůcky. Velké procento dotázaných (26 %) inkontinenční pomůcky nepoužívá.

## Dostatečnost množství hrazených pomůcek pro inkontinenci

Zhruba 1/3 dotázaných (36 %) považuje množství inkontinenčních pomůcek hrazených ZP za nedostatečné, 64 % je s výši úhrad spokojeno. Částky, které jsou vynakládány nad úhradu ZP, se nejčastěji pohybují do 100 Kč měsíčně (60 %), nad 500 Kč měsíčně si hradí 13 % ze 78 dotázaných.

**Graf 11** Částka, kterou tetraplegici v ČR vynakládají měsíčně na pořízení inkontinenčních pomůcek nad rámec úhrady ZP (N = 78)



### **Pobírání invalidního důchodu**

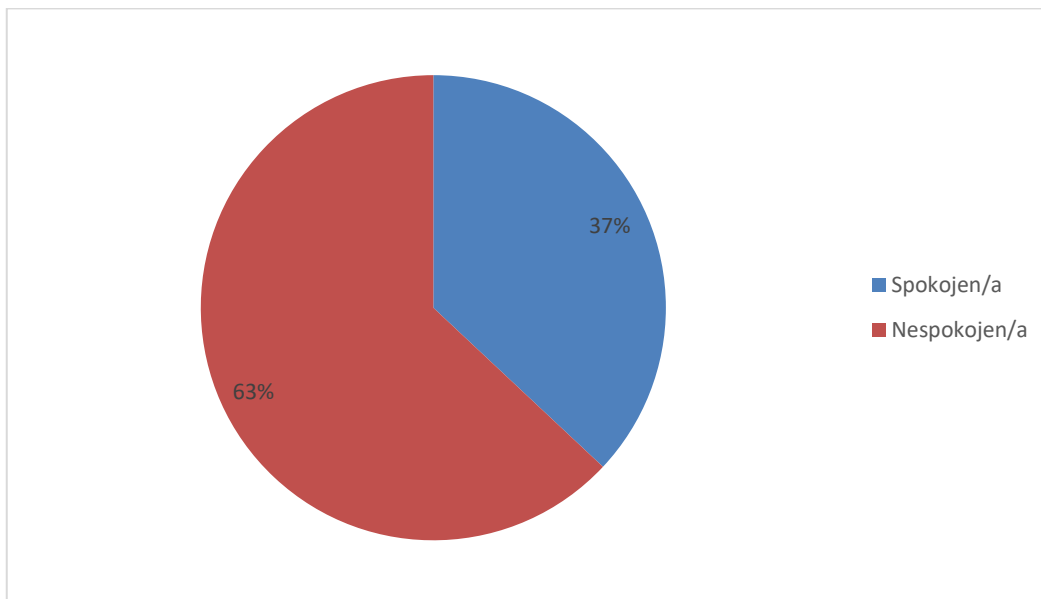
Drtivá většina ze 78 respondentů (94 %) pobírá invalidní důchod. Jen 6 % odpovědí bylo negativních.<sup>39</sup>

### **Spokojenost s výší pobíraného důchodu**

Invalidní důchod je důležitým, často jediným zdrojem příjmů pro osoby s handicapem. Jeho výše zásadně ovlivňuje kvalitu života. Z šetření vyplývá, že až 63 % ze 78 dotázaných je nespokojeno a naopak 37 % je s výší důchodu spokojeno.

<sup>39</sup> Legislativa ČR umožňuje po dovršení důchodového věku zvolit si výhodnější variantu pobíraného důchodu.

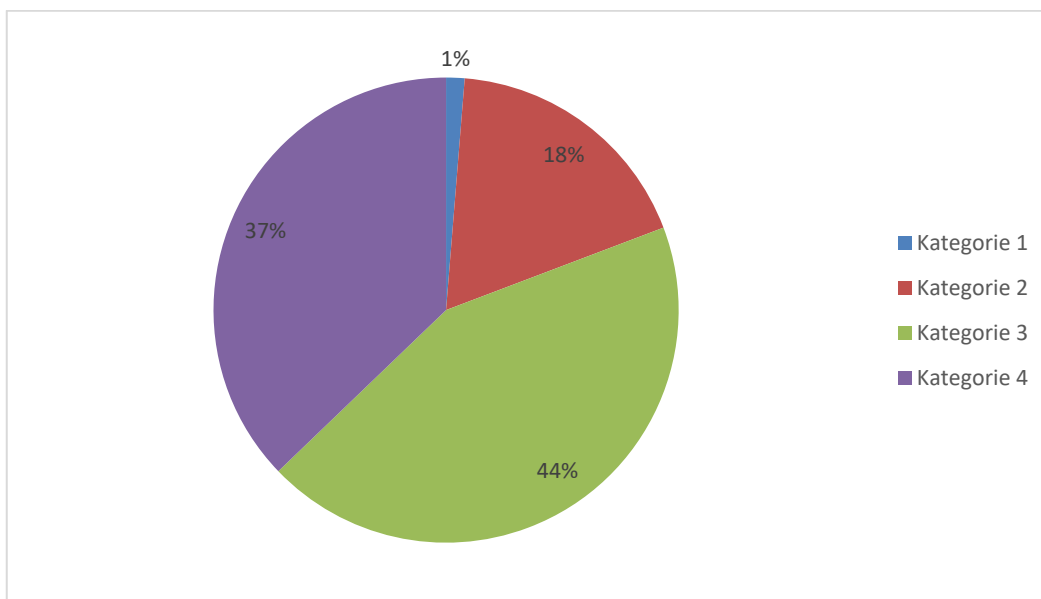
**Graf 12** Spokojenost tetraplegiků v ČR s výší pobíraného invalidního důchodu (N = 78)



### Kategorie pobíraného příspěvku na péči

Příspěvek na péči a jeho výše je nejkontroverznějším příspěvkem. Je předmětem častého jednání mezi zástupci handicapovaných a vládou o způsobu posuzování, vyplácení a jeho výši. Eliminuje zdravotní handicap, proto se v případě jednoho z nejtěžších zdravotních postižení, kam tetraplegie spadá, převážně pohybuje ve třetí (44 %) a čtvrté kategorii (37 %). Z dotazníkového šetření vyplynulo, že celých 18 % ze 78 dotázaných pobírá příspěvek na péči druhé kategorie. Jeden z dotázaných, což činí 1 %, uvedl, že pobírá příspěvek na péči první kategorie. I tato možnost je správná v případě, že následky poranění nejsou trvalé, což dotazník dále nezjišťoval.

**Graf 13** Kategorie pobíraného příspěvku na péči (N = 78)



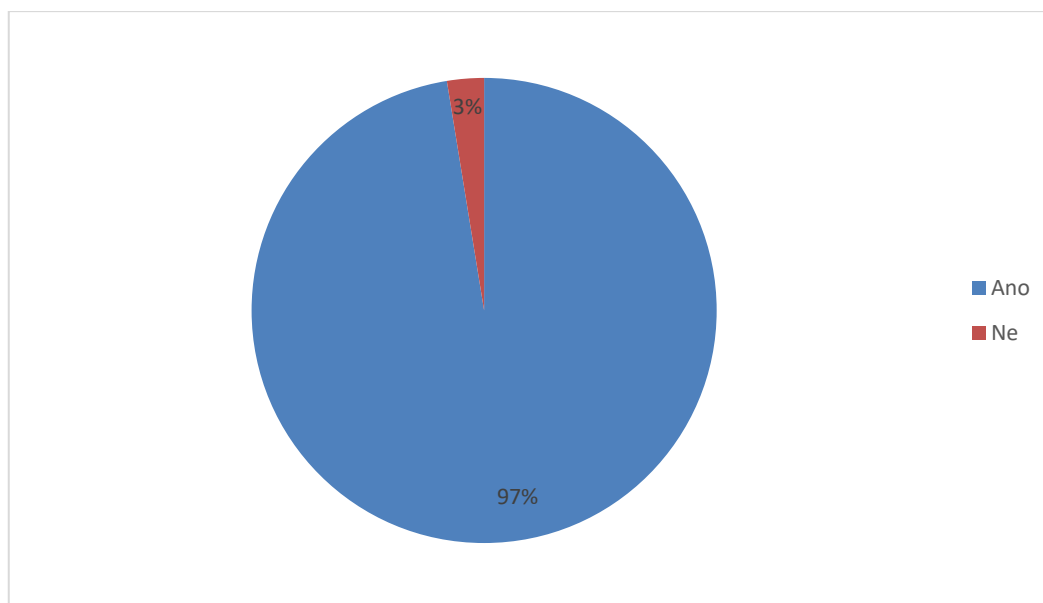
## Poskytnutí příspěvku na péči

Nevyhovující výše či nepřiznání příspěvku se řeší často odvoláním za podpory některé z asociací sdružující osoby s handicapem, zejména CZEPA, z. s. Pokud se rozhodnutí posudkového lékaře ukáže jako chybné, je výše příspěvku dorovnána zpětně.<sup>40</sup> Proti rozhodnutí o nepřiznání nebo nevyhovující výši příspěvku se odvolávalo 27 % ze 78 dotázaných, naopak v 73 % byl příspěvek přiznán ihned a s jeho výší byla spokojenost.

## Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu pobírá 97 % ze 78 dotázaných. Příspěvek není vyplácen automaticky, je nutno o něj požádat a je vázán na vlastnictví osobního automobilu, což je důvod, proč 3 % dotazovaných uvedlo, že příspěvek nepobírají.

**Graf 14** Pobírání příspěvku na mobilitu tetraplegiky v ČR (N = 78)



## Pozitivní přijetí zvýšení příspěvku na mobilitu

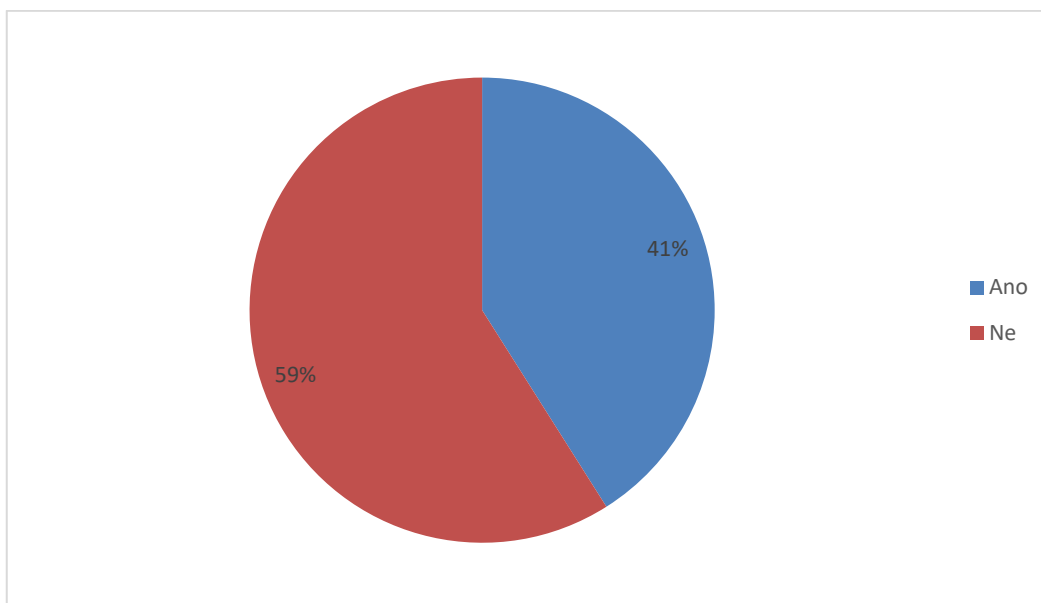
Na zvýšení příspěvku na mobilitu od ledna 2018 pozitivně reagovalo 87 % ze 78 dotázaných, 13 % respondentů zvýšení nepřikládá důležitost. Nezájem může být ovlivněn faktem, že ani po zvýšení nedosahuje výše příspěvku částky z roku 2010.

## Využití slevy na volání

Finančně zvýhodněné tarify pro handicapované využívá 41 % dotázaných, nadpoloviční většina ze 78 dotázaných 59 % neshledává nabízené slevy poskytované jednotlivými operátory zajímavými.

<sup>40</sup> Informace získány na základě konzultace se zástupci CZEPA, z. s.

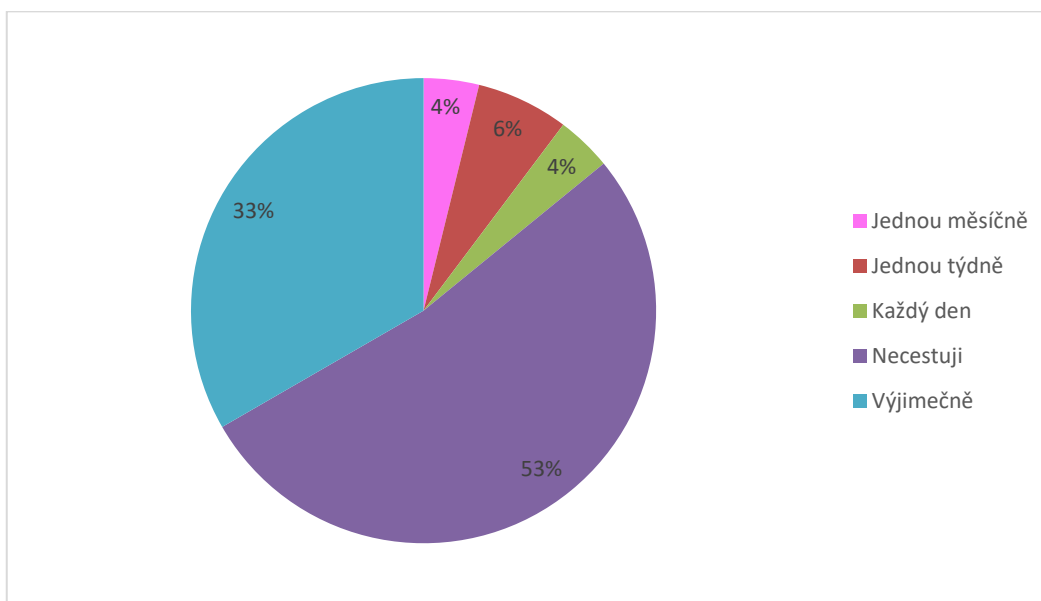
**Graf 15** Využití slevy na výhodnější tarif na volání u mobilních operátorů pro tetraplegiky v ČR (N = 78)



### Četnost cestování veřejnou dopravou

I přes velké slevy, které tetraplegici jakožto držitelé karty ZTP/P ve veřejné dopravě mají, denně cestují pouze 4 % ze 78 dotázaných. Většina respondentů veřejnou dopravou necestuje (53 %) nebo cestuje pouze výjimečně (33 %) a volí vlastní dopravní prostředek, díky kterému získá větší časovou flexibilitu a nezávislost na terénu či počasí. Jednu týdně veřejné dopravy využívá 6 % jednou měsíčně 4 % dotázaných.

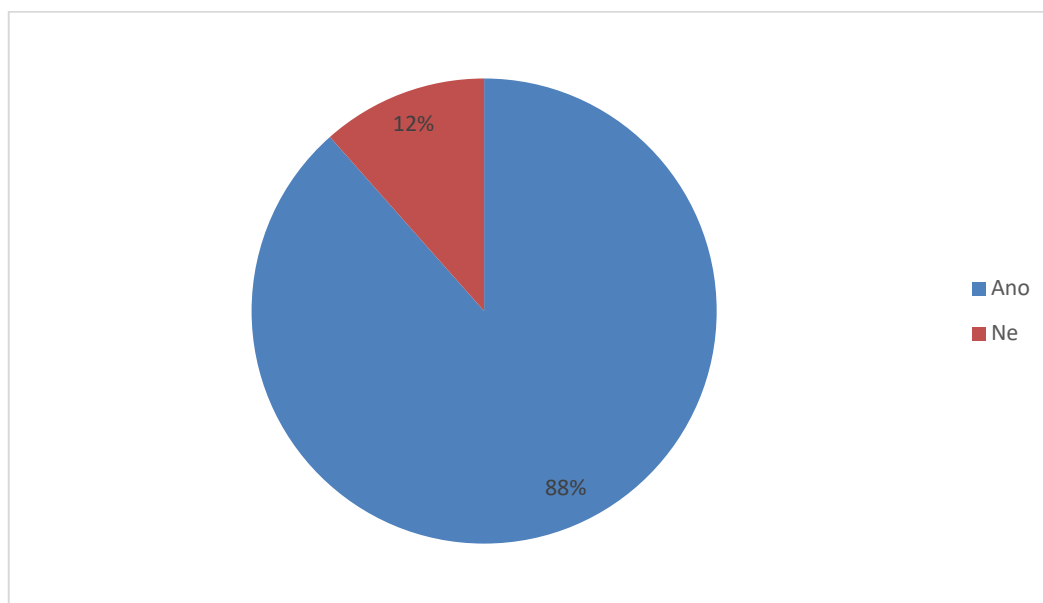
**Graf 16** Četnost cestování tetraplegiků v ČR prostředky veřejné dopravy (N = 78)



## Využití výhod bezplatné jízdy na dálnici

Možnost používat dálnice ČR bez nutnosti zakoupení dálniční známky, přináší držitelům karty ZTP/P finanční úsporu ve výši 1 500 Kč ročně. Využívá ji převážná většina ze 78 dotázaných (88 %), pouze 12 % respondentů neshledává tuto výhodu potřebnou.

**Graf 17** Využití možnosti jízdy na dálnicích ČR bez nutnosti zakoupení dálniční známky pro tetraplegiky v ČR (N = 78)



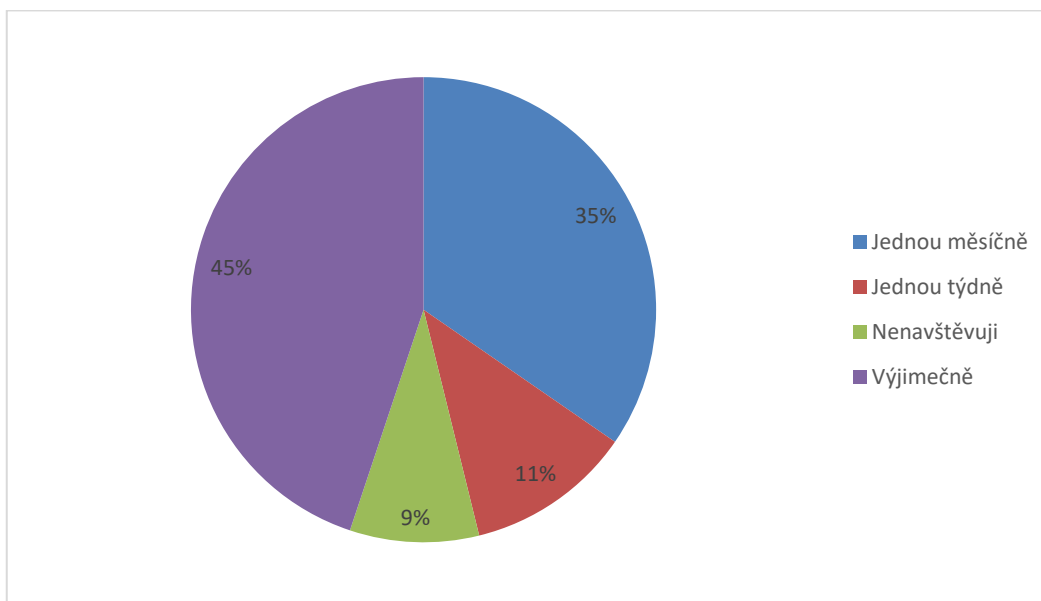
## Přínos slevy na bezplatné užití dálnice

Na rozdíl od slevy na volání je tato hodnocena respondenty příznivě, 87 % ze 78 dotázaných uvedlo, že bezplatné použití dálnice je pro ně přínosné. Naopak 3 % respondentů vyhodnotilo slevu na bezplatné cestování jako nezajímavou.

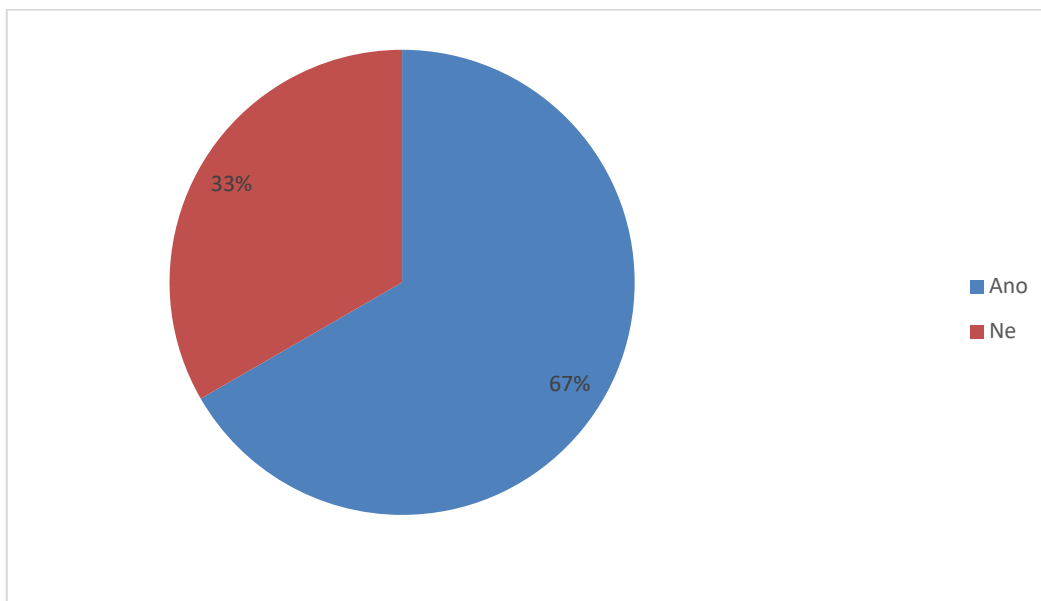
## Četnost návštěv kulturních akcí

Ačkoliv společnost vychází handicapovaným vstříc ve formě slev na vstupném a valná většina pořadatelů již myslí i na bezbariérové zázemí, jednou měsíčně navštěvuje kulturní akce pouze 35 % ze 78 dotázaných, 45 % se zúčastňuje kulturních událostí jen výjimečně a 9 % vůbec. Jednou týdně vyráží za kulturou 11 % respondentů. Pokud se již rozhodne kulturní akci navštívit, 67 % dotázaných využije možnosti doprovodu zdarma – viz **Graf 19**.

**Graf 18** Četnost návštěv kulturních akcí tetraplegiky v ČR (N = 78)



**Graf 19** Využití možnosti doprovodu zdarma na kulturní akce pro tetraplegiky v ČR (N = 78)



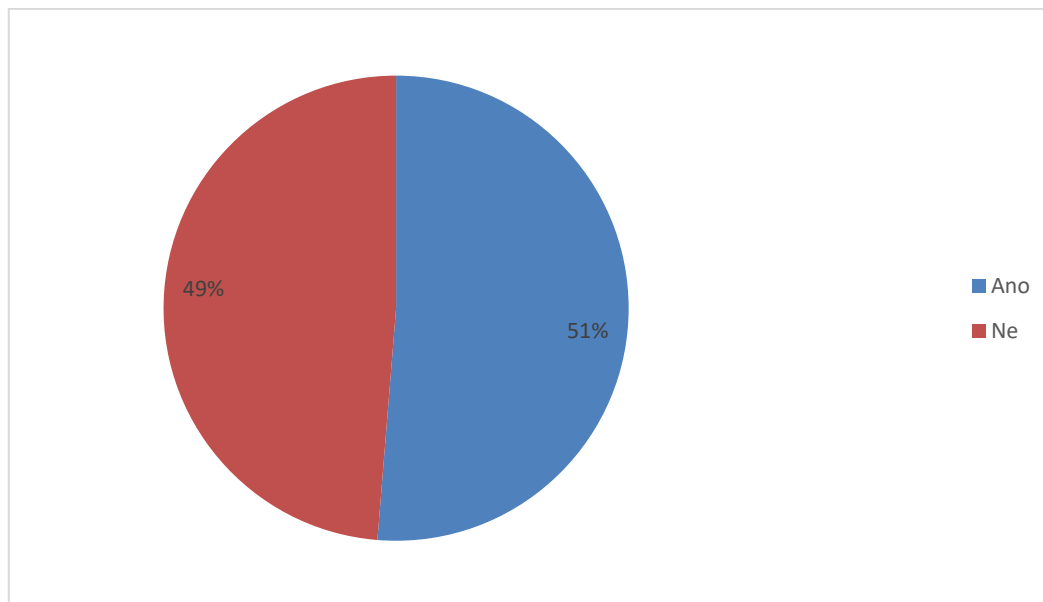
### Využití služeb osobní asistence

Tato otázka zjišťovala využití služeb osobní asistence od placených osobních asistentů jako potenciální finanční zátěž. Dotaz rozdělil respondenty téměř na polovinu, kdy 49 % ze 78 respondentů uvedlo, že asistenci nevyužívá (spoléhá se na pomoc rodiny či blízkých), zbylých 51 % asistenci využívá. Ze 40 dotázaných, kteří uvedli, že využívají služeb osobní asistence, ji 30 % využívá na pomoc s hygienou, 20 % jako doprovod k lékaři 15 % na úklid a 12 % na přípravu jídla. Jiné důvody (pomoc při posilování, asistence ve

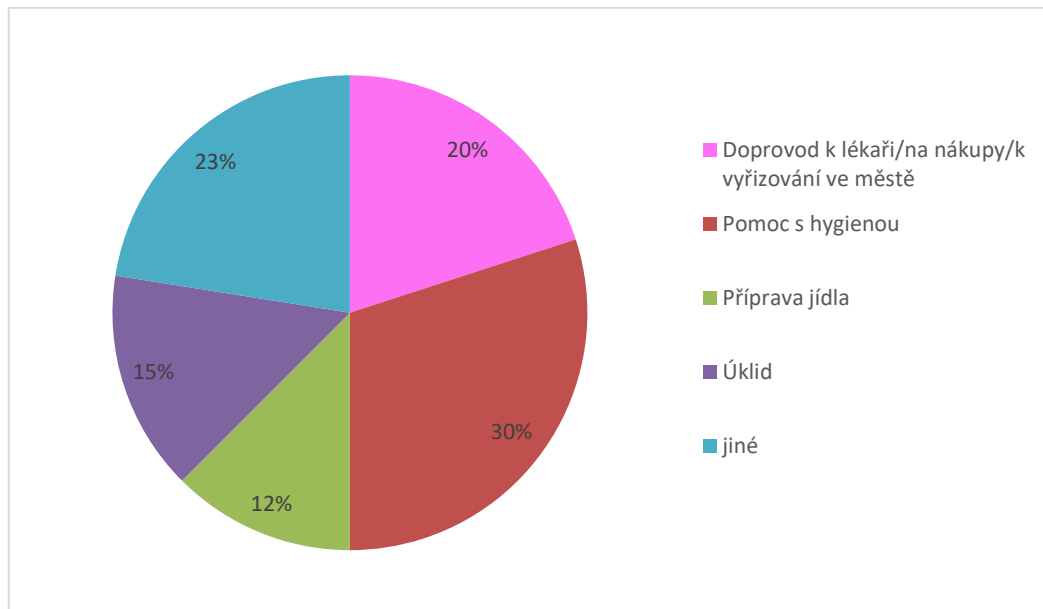


škole, asistence při všech denních činnostech), uvedlo 23 % ze 40 respondentů – viz **Graf 21**.

**Graf 20** Využití placených služeb osobní asistence pro tetraplegiky v ČR (N = 78)



**Graf 21** Účel využití placené služby osobní asistence tetraplegiky v ČR (N = 40)

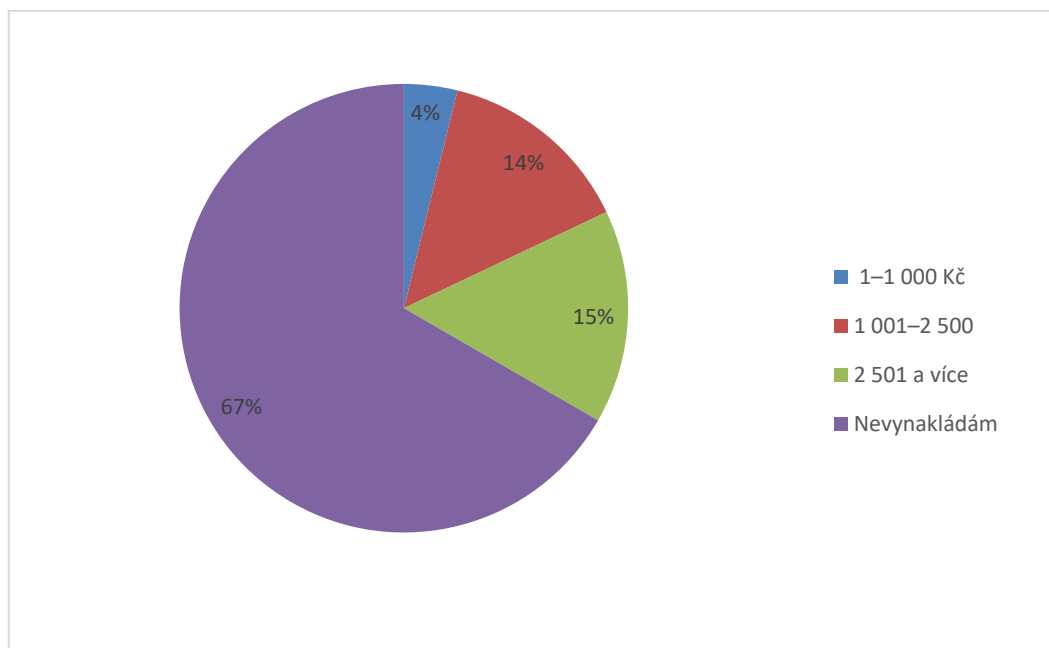


### Vynaložená měsíční částka na osobní asistenci nad rámec příspěvku na péči

Příspěvek na péči plně pokrývá náklady spojené s osobní asistencí 67 % ze 78 dotázaných, zbylých 33 % je nuceno si asistenci částečně hradit z vlastních prostředků. Měsíční náklady na osobní asistenci jsou rozděleny do tří intervalů. Nejvyšší částku (2 501 Kč a

výše) si hradí 15 %, 1 001 – 2 500 Kč si hradí 14 %, do 1 000 Kč vykazuje 4 % respondentů. Osobní asistence je u osob s diagnózou tetraplegie nezbytná, snížení měsíčních nákladů na tuto službu by výrazně ovlivnilo kvalitu života.

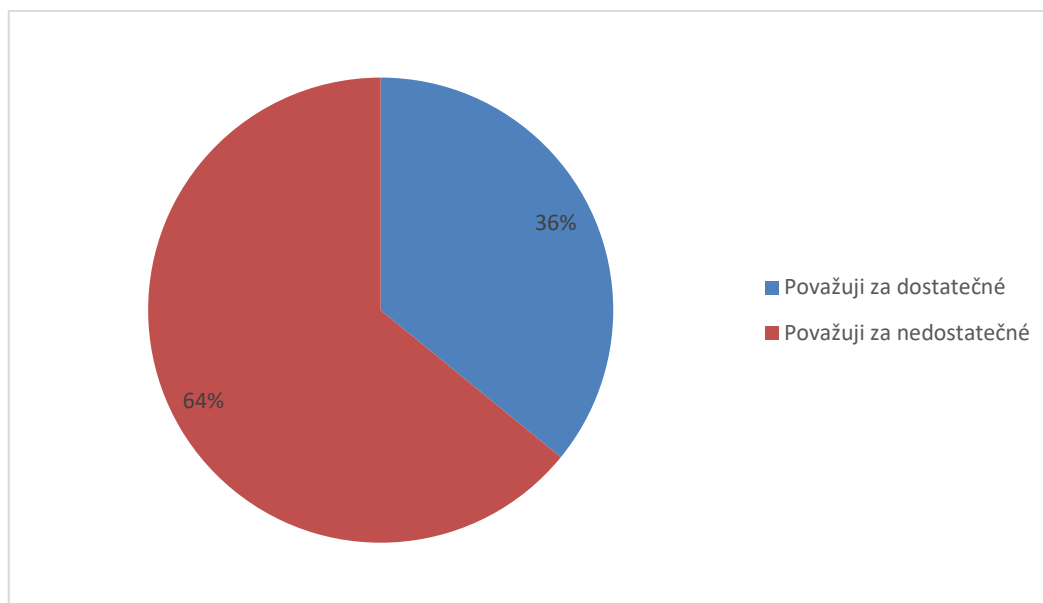
**Graf 22** Vynaložená měsíční částka tetraplegiky v ČR na služby placené osobní asistence nad rámec příspěvku na péči (N = 78)



### **Pokrývají příspěvky vaše náklady?**

Celých 64 % ze 78 respondentů se domnívá, že příspěvky, určené pro tetraplegiky, nepokrývají náklady, které s sebou tato změna zdravotního stavu přináší. Pouze 36 % dotázaných vyhodnotilo pobírané příspěvky jako dostatečné.

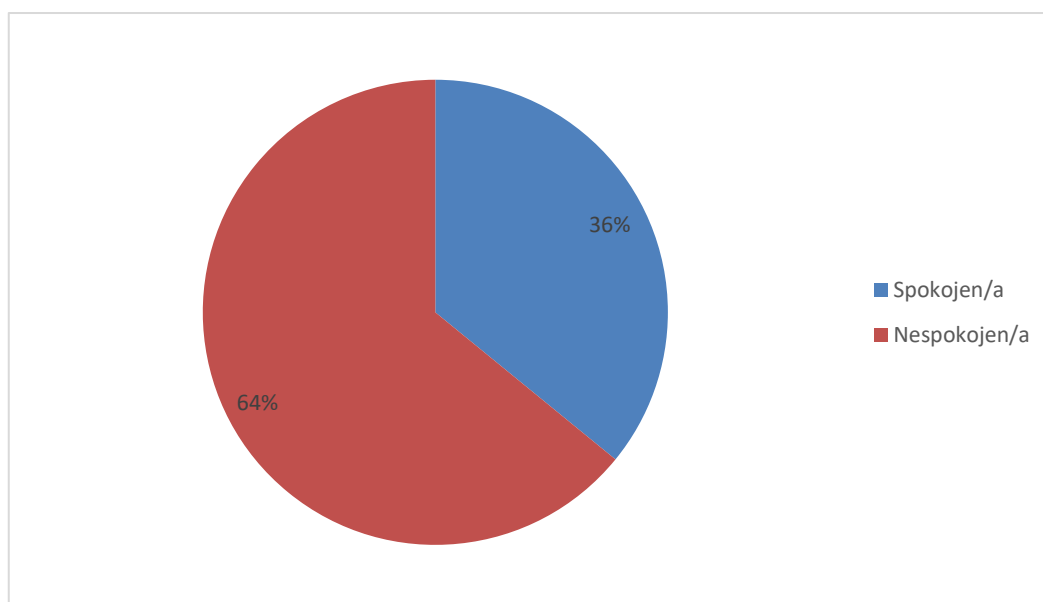
**Graf 23** Dostatečnost státních příspěvků na pokrytí životních nákladů tetraplegiků v ČR (N = 78)



### Spokojenost s rozsahem příspěvků

Na nejdůležitější otázku, která je současně cílem této diplomové práce, odpovědělo 64 % ze 78 respondentů negativně. Jen 36 % dotázaných je s rozsahem příspěvků spokojeno; výsledné hodnoty kopírují **Graf 23**.

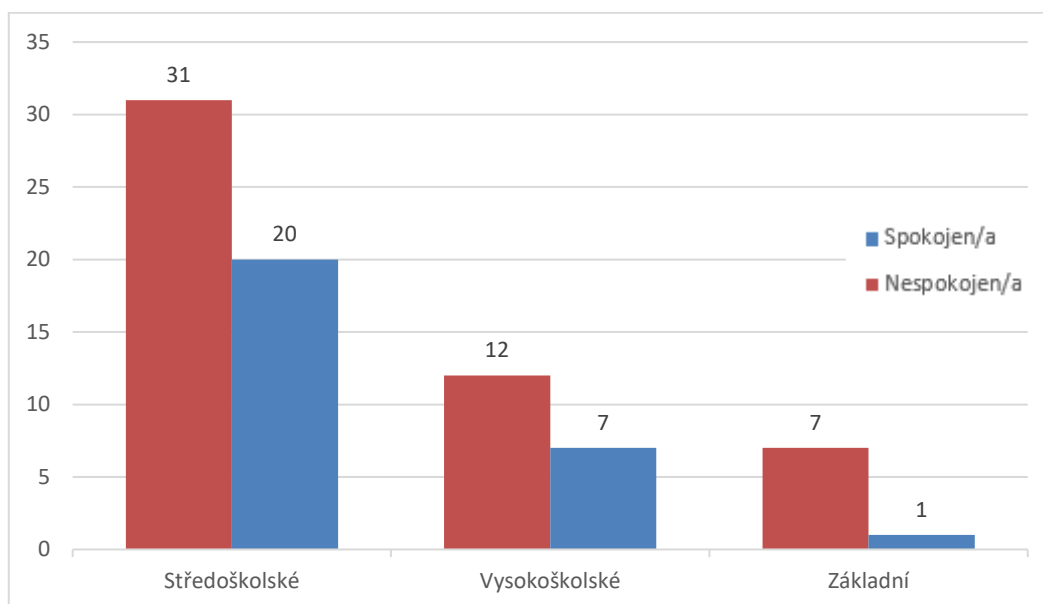
**Graf 24** Spokojenost s rozsahem příspěvků poskytovaných státem pro tetraplegiky v ČR (N = 78)



## Vliv nejvyššího dosaženého vzdělání tetraplegiků v ČR na spokojenost s rozsahem státních příspěvků

Nejvyšší dosažené vzdělání má přímý vliv na spokojenost s rozsahem příspěvků poskytovaných sociálním systémem ČR. Zatímco respondenti se základním vzděláním (základní vzdělání uvedlo 8 ze 78 dotázaných) jsou v 88 % s rozsahem příspěvků nespokojeni, u středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných respondentů nespokojenost klesá na úroveň cca 60 %.

**Graf 25** Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání (N = 78)



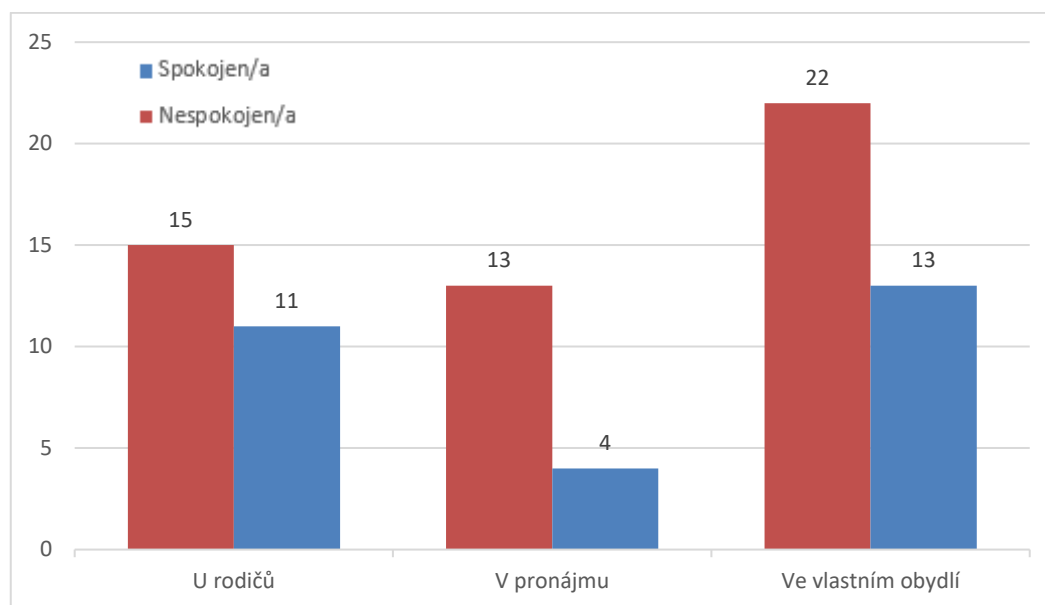
## Vliv typu bydlení tetraplegiků v ČR na spokojenost s rozsahem státních příspěvků

Z celkového počtu respondentů, žijících u rodičů, bylo s rozsahem příspěvků nespokojeno 58 %<sup>41</sup>. Respondenti, žijící ve vlastním obydlí, byli nespokojeni v 63 % a nejvíce nespokojených respondentů bylo žijících v pronájmu – 77 %.

Se vzrůstajícími náklady na bydlení klesá spokojenost s rozsahem příspěvků, přičemž na spokojenost nemá zásadní vliv, zda žije respondent sám či ve společné domácnosti. V obou případech se počet nespokojených pohybuje v rozmezí 64 % až 67 % (N = 78).

<sup>41</sup> Uvedená procenta se vztahují na počet respondentů žijících v daném typu bydlení, nikoliv na celkový počet respondentů.

**Graf 26** Spokojenost s rozsahem státních příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na typu bydlení (N = 78)

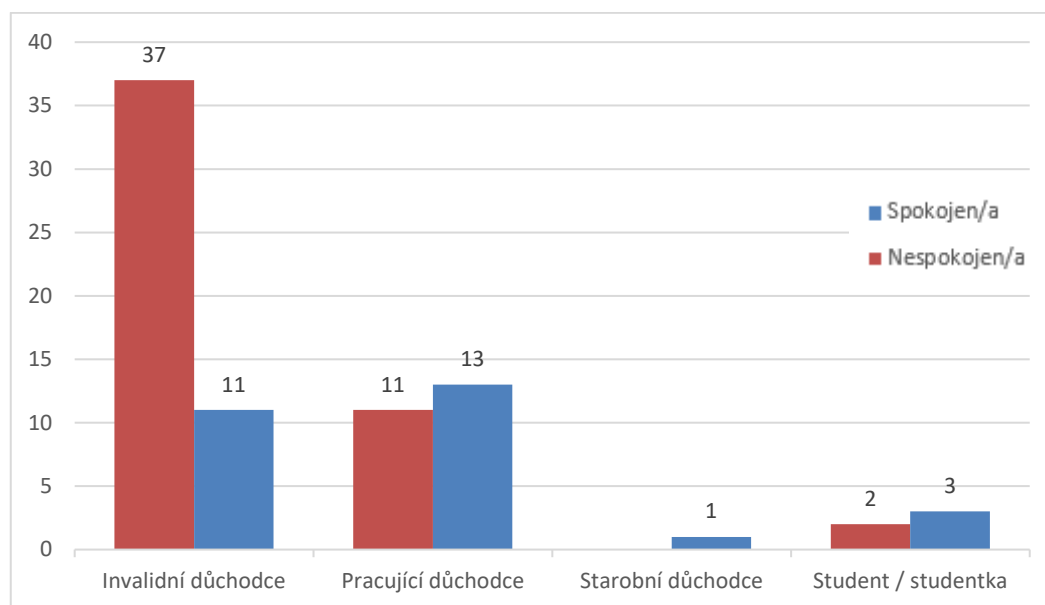


### Vliv aktuálního sociálního stavu tetraplegiků v ČR na spokojenost s rozsahem státních příspěvků

Výzkumným šetřením byl potvrzen výrazný nárůst nezaměstnanosti po vzniku handicapu. Zatímco před postižením bylo ekonomicky aktivně činných 63 % (N = 78) dotázaných, po vzniku zdravotního postižení tato hodnota klesla téměř na polovinu (31 %, N = 78). Možnost pracovního uplatnění na volném trhu je pro osoby s velmi těžkým zdravotním postižením ztížené, limitující je možnost pouze intelektuální práce nejlépe na zkrácený úvazek. Jako cenný zdroj příjmů má zaměstnanost zásadní vliv na spokojenost s rozsahem příspěvků. Nejvíce spokojenou skupinu dotázaných tvoří studenti 60 %<sup>42</sup>, následováni pracujícími důchodci (54 %). Naopak nejméně spokojení jsou invalidní důchodci (23 %). Pouze jeden respondent je ve starobní důchodu a s rozsahem příspěvků je spokojen.

<sup>42</sup> Uvedená procenta se vztahují na počet respondentů určitého sociálního stavu, nikoliv na celkový počet respondentů.

**Graf 27** Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na aktuálním sociálním stavu (N = 78)

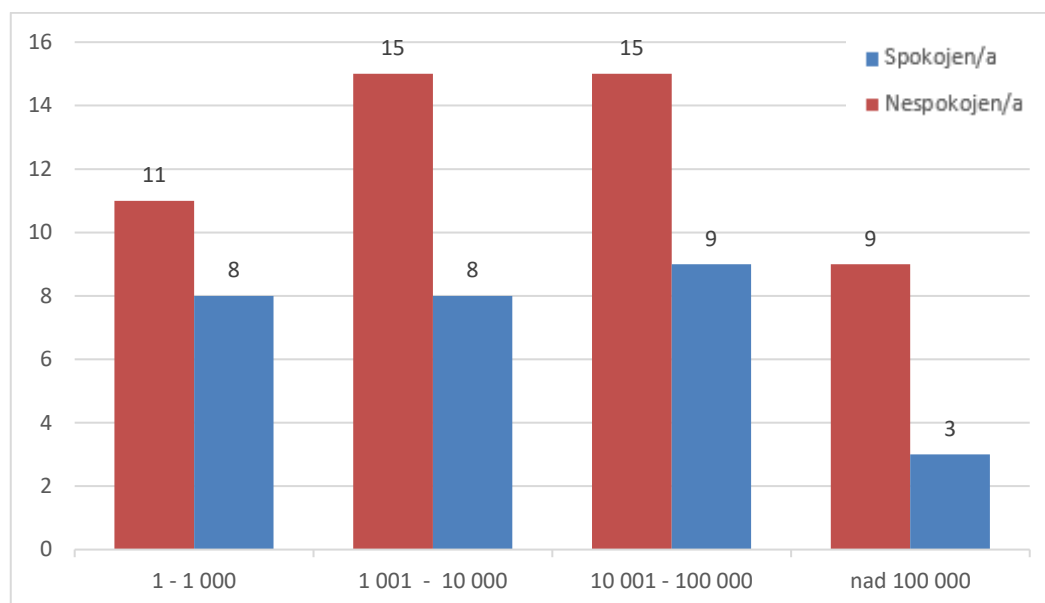


### Vliv velikosti osídlení na spokojenost tetraplegiků s rozsahem státních příspěvků

Nejvíce obyvatel spokojených s rozsahem příspěvků žije v malých obcích do 1 000 obyvatel (42 %) <sup>43</sup>, nejméně ve městech nad 100 000 obyvatel (25 %). Nebýt 38% spokojenosti obyvatel ve městech s 10 001 – 100 000 obyvateli, dalo by se říci, že se vzrůstající velikostí obce spokojenost obyvatel klesá. Ve městě s 1 001 – 10 000 obyvateli byla 25% spokojenost. Výsledky šetření zamítají **Hypotézu č. 1**, vycházející z faktu, že ve městě je více pracovních příležitostí a také více možností uplatnění slev (cestování městskou hromadnou dopravou, vstupné atd.), což by mělo vést k větší spokojenosti respondentů. Z dotazníkového šetření jasně vyplynulo, že nejdůležitějším faktorem jsou životní náklady, které jsou v malých obcích jednoznačně nižší, ačkoliv rozsah a hodnota příspěvků zůstává stejná.

<sup>43</sup> Uvedená procenta se vztahují na počet respondentů vztahený k velikosti místa bydliště, nikoliv na celkový počet respondentů.

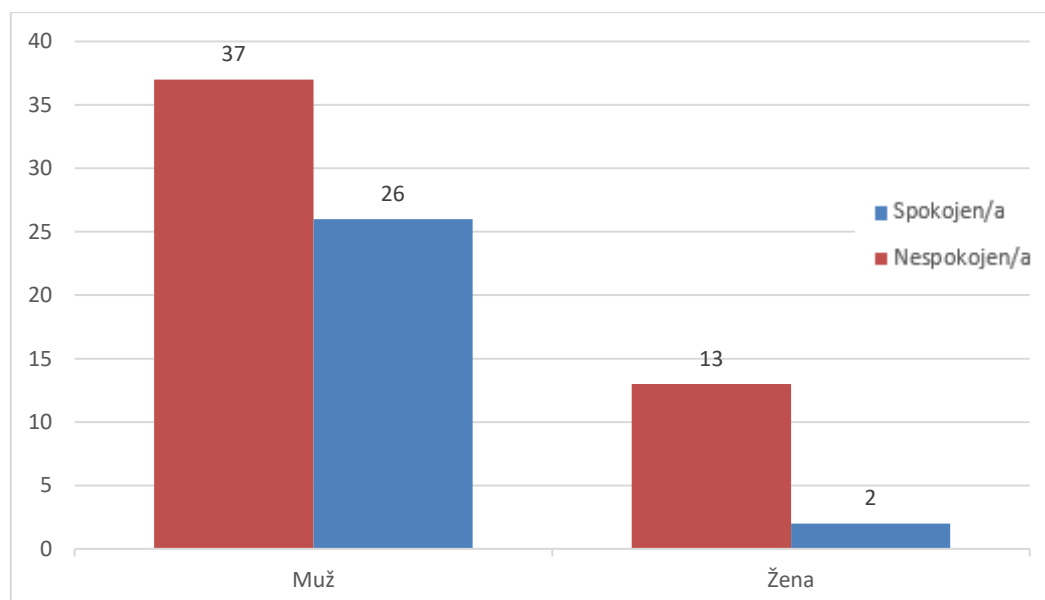
**Graf 28** Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na počtu obyvatel v místě bydliště (N = 78)



### Vliv pohlaví na spokojenost tetraplegiků s rozsahem státních příspěvků

Ze získaných dat autor zjišťoval i spokojenost s rozsahem příspěvků v závislosti na pohlaví. Jako více nespokojené se projeví ženy s 87 %<sup>44</sup>, muži byli nespokojeni v 59 %.

**Graf 29** Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na pohlaví (N = 78)

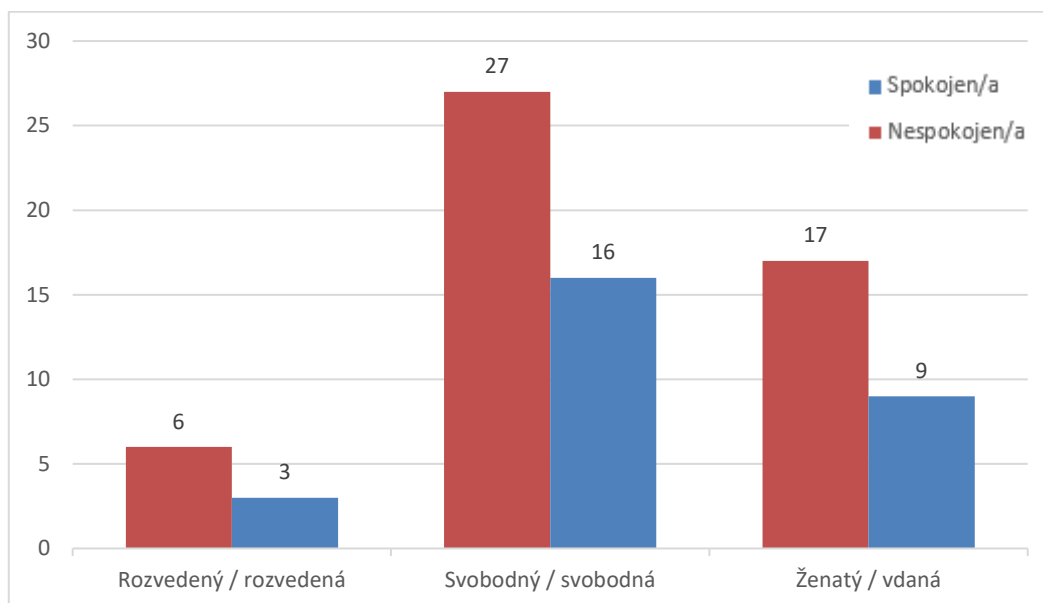


<sup>44</sup> Uvedená procenta se vztahují na počet respondentů daného pohlaví, nikoliv na celkový počet respondentů (N = 78).

## Vliv rodinného stavu na spokojenost tetraplegiků s rozsahem státních příspěvků

Rodinný stav respondentů se z dostupných odpovědí ukázal pro spokojenost s rozsahem příspěvků jako nepodstatný. Ať rozvedený (33 %) <sup>45</sup>, svobodný (38 %) či ženatý (35 %) respondent, míra spokojenosti se pohybovala kolem 35 %.

**Graf 30** Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na rodinném stavu (N = 78)



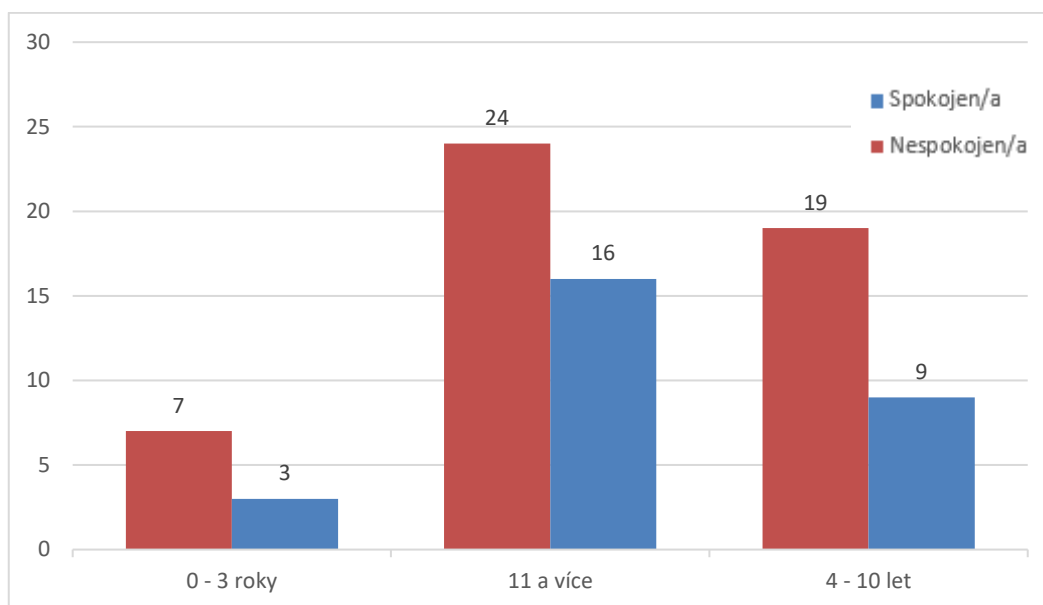
## Vliv počtu let s mobilitou na vozíku s rozsahem státních příspěvků

Otázka týkající se času stráveného s mobilitou na vozíku v závislosti na spokojenosti s rozsahem příspěvků měla zamítnout či nezamítnout **Hypotézu č. 2**. U období 0-3 let byly očekávány zvýšené náklady spojené s adaptací na nový zdravotní stav a nutností pořízení všech kompenzačních pomůcek, tzn. vysokou míru nespokojenosti s rozsahem poskytovaných příspěvků. V poslední fázi od 11 let výše byla předpokládána nutnost obměny pomůcek projevující se opět ve stoupající míře nespokojenosti. Výjimkou mělo být pouze střední období (4-10 let) z důvodu ustáleného zdravotního stavu i sociálního zázemí. Provedené dotazníkové šetření hypotézu č. 2 zamítlo, doba strávená s mobilitou na vozíku nemá vliv na spokojenost s rozsahem příspěvků. Nespokojenost byla ve všech případech 70% (N = 78).

<sup>45</sup> Uvedená procenta se vztahují na počet respondentů daného rodinného stavu, nikoliv na celkový počet respondentů (N = 78).



**Graf 31** Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na době s mobilitou na vozíku (N = 78)



Z otázek<sup>46</sup>, kde respondenti jednoznačně definovali vynaložené náklady nad rámec úhrady sociálním systémem ČR (ať už ze zdravotního pojištění či hrazených úřadem práce), výběrem z pevně daných finančních rozmezí, vyplynulo, že největší procento zvýšených nákladů se skládá z částek do 500 Kč měsíčně. U kožní ochranné péče 80 % a v případě inkontinenčních pomůcek 87 % respondentů uvedlo, že nad rámec příspěvků vynakládá částku do 500 Kč měsíčně. V případě osobní asistence u 67 % dotázaných příspěvek zcela pokryje náklady na osobní asistenci. Tyto částky mohou negativně ovlivnit vnímání respondentů, nebudou však rozhodujícím faktorem spokojenosti s rozsahem příspěvků.

### 3.3 Diskuze

Pro hlubší analýzu a faktické potvrzení zjištění z dotazníkového šetření by bylo vhodné zajistit ještě rozsáhlejší počet respondentů. V ČR neexistují dostupné ucelené výzkumy, týkající se pobíraných příspěvků pro osoby s diagnózou tetraplegie v porovnání s nutnými výdaji, zapříčiněnými vysokou mírou postižení. Výsledky šetření budou porovnány s realitou.

<sup>46</sup> Viz **Otázka 18, 21, 36** dotazníkového šetření a **Graf 10, 11, 22** týkající se nákladů vynaložených nad úhradu ZP či příspěvků.

Z výzkumu jednoznačně vyplynul fakt, že míšní poranění zásadním způsobem ovlivňuje život respondentů. Pokud zaměříme pozornost na otázku týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání, počet osob s vysokoškolským vzděláním u sledovaného vzorku překročil o 10 % celorepublikový průměr<sup>47</sup>. Tento fakt může být zatížen chybou způsobenou nízkým počtem hodnocených vzorků, nebo naopak vypovídá o snaze stát se plnohodnotným článkem společnosti (rozuměj ekonomicky aktivním), což se stalo hnacím motorem projevujícím se právě v oblasti vzdělání. Uvědomění si své zhoršené uplatnitelnosti na trhu práce spolu s touhou po ekonomické nezávislosti na státní podpoře se může projevit snahou o maximální vzdělanost jako kompenzace za fyzický handicap. Z pohledu státu tato čísla demonstrují nezpochybnitelný fakt, že vzdělání v ČR je plně podporováno a dostupné všem bez ohledu na zdravotní situaci.

Osobní automobil je po invalidním vozíku druhou nejdůležitější a zároveň nejdražší pomůckou vedoucí k mobilitě, samostatnosti a nezávislému pohybu. Stát přispívá nejen na pořízení a úpravu osobního automobilu, ale formou příspěvku na mobilitu i na měsíční provoz. Tyto příspěvky jsou pro tetraplegiky zásadní, a při jednáních vlády o jejich výši bývají prostřednictvím NRZP často připomínkovány. Při současné výši příspěvku 550 Kč měsíčně a cenám pohonných hmot to znamená příspěvek na 300 km<sup>48</sup>. Příspěvek na mobilitu je tedy vítanou, zároveň však nedostatečnou finanční podporou.

Využívání MHD (pro tetraplegiky i doprovod zdarma) či jiných prostředků veřejné dopravy (sleva 75% z ceny jízdného pro tetraplegika a doprovod zdarma) by mohlo pomoci finanční situaci tetraplegiků. Nicméně je limitováno architektonickými bariérami, které se odstraňují pomalu a postupně, zejména pak v malých obcích, kde dle výzkumu žije ¼ respondentů, a proto jsou využívány jen velmi zřídka.

Nejvíce limitující je pro tetraplegiky nutnost asistence při všedních denních činnostech. Při nejtěžší formě tetraplegie (pentaplegie) to znamená 24 hodinovou péči. Pokud rozdělíme příspěvek na péči nejvyšší, a to IV. kategorie (13 200 Kč), pak dostaneme částku 440 Kč na den, který má 24 hodin. Proto většina tetraplegiků i přes slevy na vstupném navštěvuje kulturní akce jen zřídka a finanční prostředky věnuje na činnosti, které jsou opravdu nezbytné.

Kompenzace výdělku je nahrazována invalidním důchodem, jako jediným zaručeným zdrojem příjmu handicapovaných. V roce 2018 činí základní invalidní důchod 3 320 Kč.

---

<sup>47</sup> Vlastní výpočet z podkladů Českého statistického úřadu.

<sup>48</sup> Výpočet vychází z ceny pohonných hmot 30 Kč/litr a spotřebě 6 l/100 km.

I když ČR jako jedna z mála zemí umožňuje zaměstnání při pobírání invalidního důchodu, pro tetraplegiky s jejich přidruženými zdravotními komplikacemi je často fyzický stav limitující natolik, že nejsou schopni práce. Z poloviny dotázaných, kteří byli ekonomicky aktivní, se po úraze míchy stali nespokojení pobíratelé invalidního důchodu.

Ve světle těchto faktů je nasnadě, že většina respondentů je s výší příspěvků nespokojena. Procentuální podíl nespokojených dotázaných se liší dle pohlaví, typu bydlení, velikosti bydliště i rodinného a sociálního stavu. Nicméně stále platí společný jmenovatel, že rozsah příspěvků je z hlediska dotázaných nedostatečný.

Data nejsou označena jako reprezentativní, neboť nemůžeme jednoznačně říct, že skupina osob, která se tohoto šetření zúčastnila, je reprezentativní v rámci celé cílové skupiny osob po získaném postižení míchy s následkem tetraplegie. V ČR neexistuje statistika, která by nám jednoznačně řekla, kolik osob s krční míšní lézí žije v současné době v ČR. Práce je limitována i nedostatečným počtem respondentů, který neumožnil hlubší statistickou analýzu a mohl vést ke zkreslení výsledků.

#### 4. Závěr

Z dotazníkového šetření jasně vyplynulo, jaké kompenzační a zdravotní pomůcky osoby se získaným postižením v oblasti krční páteře používají, jak jsou hrazeny a jakou částku měsíčně jsou nuceni vydat nad rámec svých příspěvků. Nejčastější kompenzační pomůckou tetraplegika je mechanický invalidní vozík, používá jej 99 % respondentů. Hrazen je nejčastěji kombinací ZP (81 %) – vlastní zdroje (52 %) – nadace (44 %). Příspěvek na zvláštní pomůcku bývá hlavně použit na nákup osobního automobilu (90 % respondentů), hrazeného kombinací příspěvek ÚP (90 %) – vlastní zdroje (64 %). Z pomůcek osobní hygieny je nejčastěji užívanou pomůckou toaletní křeslo (34 %), hrazené v kombinaci ZP (67 %) – vlastní zdroje (52 %).

Pokud bychom vzali zvýšené životní náklady (kožní ochranná péče, inkontinenční pomůcky a osobní asistence) v nejnižší možné částce, činí tato 1 000 Kč měsíčně, avšak v maximální možné míře je částka až čtyřnásobná. Mezi mírou postižení a měsíčními výdaji existuje přímá úměra: čím vyšší (těžší) postižení, tím vyšší měsíční vynakládaná částka. Naopak menší uplatnitelnost na trhu práce a s tím spojený menší příjem.

Dotazníkové šetření zamítlo obě hypotézy stanovené v cíli práce. Výsledky ukázaly, že nejvíce osob s míšním postižením spokojených s poskytovanými příspěvky žije v malých obcích do 1 000 obyvatel, čímž byla zamítnuta Hypotéza č. 1. Hypotéza č. 2 pokládala dobu od uplynutí handicapu jako zásadní faktor pro spokojenost s poskytovanými příspěvky. I tato hypotéza byla zamítnuta; doba strávená s mobilitou na vozíku nemá vliv na spokojenost s rozsahem příspěvků, neboť ta byla ve všech případech 30 % (N = 78).

I přes fakt, že ČR má rozsáhlý sociální systém, celých 64 % (N = 78) respondentů s rozsahem příspěvků není spokojeno. Nejvíce spokojených respondentů má středoškolské či vysokoškolské vzdělání, bydlí u rodičů nebo ve vlastním bytě a při pobírání invalidního důchodu pracuje. Nejméně spokojeni jsou respondenti odkázaní pouze na příjem plynoucí z invalidního důchodu a žijící v pronájmu.

Rozhodujícím faktorem se ukázala být možnost pracovat jako důležitý zdroj příjmu. I když stát podporuje celou škálou podpůrných nástrojů zaměstnávání osob s handicapem, ne vždy je možnost pracovního uplatnění, zejména u osob s těžkým postižením, jakou tetraplegie rozhodně je. Tito lidé jsou pak odkázaní na jediný příjem, kterým je invalidní důchod.

Na základě výsledků této práce lze konstatovat, že stát hraje důležitou, pro mnohé osoby s handicapem dokonce hlavní roli v každodenním boji se všedními denními činnostmi a potřebami. Potvrzení a upevnění této role zvýšením stěžejních příspěvků (příspěvek na péči, invalidní důchod) by přineslo vítaný čerstvý vítr ve snaze o plnohodnotný život.

## 5. Seznam literatury

1. NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita : diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha : Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
2. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením : somatopedická a psychologická hlediska*. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
3. HARTL , Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7345-009-7.
4. BRUNEL UNIVERSITY UK. *Definitions of Disability in Europe. A Comparative Analysis*. [Online] 13. září 2002. [Citace: 06. 12. 2017.] Dostupné z: <https://pure.uvt.nl/portal/files/1087210/definitions.PDF>.
5. VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a speciální. 2. rozšířené a přepracované vydání*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
6. VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
7. JEŠINA, Ondřej a HAMŘÍK, Zdeněk. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 80-244-2946-5.
8. WORLD HEALTH ORGANISATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health* . [Online] 2007. [Citace: 02. 11 2017.] Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321_eng.pdf?sequence=1).
9. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. [Online] 12. 2. 2010. [Citace: 2017. 8. 12.]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva\\_CJ\\_rev.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf).
10. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *Sbírka zákonů*, 14. 3. 2006. ISSN 1211-1244
11. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. *Sbírka zákonů*, 23. 7. 2004. ISSN 1211-1244
12. FIALOVÁ, Ilona, OPATŘILOVÁ, Dagmar a PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Somatopedie : texty k distančnímu vzdělávání*. Brno : Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-233-8.
13. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

14. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2016. 978-80-262-1154-9.
15. JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha : Portál, 2007. 978-80-7367-269-0.
16. Kolektiv autorů. *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích*. Praha : Diderot, 1999. ISBN 80-902555-2-3.
17. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.
18. Zákon číslo 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. *Sbírka zákonů*. 4. 8. 1995. ISSN 1211-1244
19. ČESKÁ SPOLEČNOST PRO MÍŠNÍ LÉZE ČLS JEP. *Den poranění míchy – míšní léze*. [Online] [Citace: 25. 10. 2017.] Dostupné z: <https://sciday.cz/misni-leze>.
20. ČESKÁ SPOLEČNOST PRO MÍŠNÍ LÉZE ČLS JEP. [Online] [Citace: 12. 6. 2017.] Dostupné z: <https://www.spinalcord.cz/>.
21. NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTRE. *Spinal Cord Injury Facts and Figures at a Glance*. [Online] 2016. [Citace: 22. 9. 2017.] Dostupné z: <https://www.nscisc.uab.edu/Public/Facts%202016.pdf>
22. VOKURKA, Martin a HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7345-009-7.
23. PETEROVÁ, Věra. *Páteř a mícha*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-336-2.
24. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, RŮŽIČKA, Evžen a TICHÝ, Jiří. *Neurologie*. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2.
25. WENDSCHE, Peter a kol., a. *Poranění míchy - ucelená ošetrovatelsko - rehabilitační péče*. Brno : NCO NZO, 2009. ISBN 978-80-7013-504-4.
26. *Vše okolo tetraplegie*. Česká asociace paraplegiků – CZEPA, Praha. 2012.
27. FALTÝNKOVÁ, Zdenka. *Paraplegie, tetraplegie*. Praha : Svaz paraplegiků, 1997. ISBN 80-239-1455-3.
28. KOLÁŘ, Pavel a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.;
29. ŠRÁMKOVÁ, Tatiana. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha : Svaz paraplegiků a MZČR, 1997.
30. KRÍŽ, Jiří a HYŠPERSKÁ Veronika. *Rizikové stavy u pacientů v chronické fázi po poškození míchy*. [Online] 2009. [Citace: 2017. 05 08.] Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/03/03.pdf>.

31. SUTORÝ, Martin, WENDSCHE, Peter. *Péče o vyměšování moči a stolice u pacientů s transverzální míšní lézí*. [Online] 2009. [Citace: 18. 05 2017.] Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/03/07.pdf>.
32. KUDLÁČEK, Martin a kol. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1655-7.
33. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
34. VYSKOTOVÁ, Jana a ČICHONĚ, Rostislav. *Kompenzační pomůcky a přístroje v rehabilitaci*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2013. ISBN 978-80-7464-421-4.
35. ŽIŽKA, Zdeněk. *Pomůcky pro osoby se zdravotním postižením*. Praha : Národní rada osob se zdravotním postižením, 2012. ISBN 978-80-87181-07-2.
36. ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha : Grada, 2011. ISBN 9788024738567.
37. OPATŘILOVÁ, Dagmar a VÍTKOVÁ, Marie. *Speciální pedagogická podpora dětí a mládeže se speciálními vzdělávacími potřebami mimo školu*. Brno : Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-21-5696-0.
38. KRŽIŽ, Jiří a FALTÝNKOVÁ, Zdenka. *Léčba a rehabilitace pacientů s míšní lézí*. Praha: CZEPA, 2012.
39. BENDOVÁ, Petra, JEŘÁBKOVÁ, Kateřina a RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1436-8.
40. SYNEK, Miloslav. *Podniková ekonomika, 5. přepracované a doplněné vydání Beckovy ekonomické učebnice*. místo neznámé : Nakladatelství C H Beck, 2010. ISBN 8074003361.
41. VLČEK, Jiří, MÜLLEROVÁ, Hana a MACEK, Karel. *Farmakoepidemiologie, farmakoekonomika, farmakoinformatika: základy pro farmaceuty*. Praha : Panax, 1999. ISBN 8090212670.
42. ŠTĚPÁNEK, Jindřich. Nejmenší menšina. MŮŽEŠ 12/2014. Spolek přátel Konta Bariéry, 2014. ISSN 1213-8909
43. ŠABATOVÁ, Anna. Jsou lidé s postižením ohroženi chudobou více než ostatní? MŮŽEŠ 12/2014, : Spolek přátel Konta Bariéry, 2014. ISSN 1213-8909
44. Zákona č.155/1995Sb., o důchodovém pojištění. *Sbírka zákonů*. 4. 8. 1995. ISSN 1211-1244



45. Vyhláška č.359/2009Sb., o posuzování invalidity. *Sbírka zákonů*. 9. 10. 2009.  
ISSN 1211-1244
46. ČIPERA, Erik. Žítí s handicapem něco stojí. MŮŽEŠ 12/2014, Spolek přátel Konta Bariéry, 2014. ISSN 1213-8909.
47. Invalidé čekají na razítko měsíce. Posudkových lékařů je zoufale málo. [Online] 03. 02 2018. [Citace: 10. 02 2018.] Dostupné z:  
[https://www.denik.cz/z\\_domova/invalide-cekaji-na-razitko-mesice-posudkovych-lekaru-je-zoufale-malo-20180202.html](https://www.denik.cz/z_domova/invalide-cekaji-na-razitko-mesice-posudkovych-lekaru-je-zoufale-malo-20180202.html) .
48. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *Sbírka zákonů*. 29. 11. 2006. ISSN 1211-1244
49. Zákon č. 329/2011Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. *Sbírka zákonů*. 14. 11. 2011. ISSN 1211-1244
50. Vyhláška č. 182/1991 Sb., prováděcí vyhláška k zákonu o sociálním zabezpečení. *Sbírka zákonů*. 27. 05. 1991. ISSN 1211-1244
51. Zákon č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty. *Sbírka zákonů*. 23. 04. 2004.  
ISSN 1211-1244
52. BULANTOVÁ, Kateřina, a další. *Nápadník*. Brno : Liga vozíčkářů, 2013.
53. Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích. *Sbírka zákonů*. 19. 10. 2000. ISSN 1211-1244
54. Nařízení vlády č. 109/2008 Sb., o podmínkách poskytování zvláštních cen veřejně dostupné telefonní služby . *Sbírka zákonů*. 04. 04. 2008. ISSN 1211-1244
55. Zákon č.13/1997 Sb., o pozemních komunikacích. *Sbírka zákonů*. 21. 02. 1997.  
ISSN 1211-1244

## 6. Seznam zkratek

CZEPA	Česká asociace paraplegiků – CZEPA, z. s.
ČD	České dráhy
ČIK	Čistá intermitentní katetrizace
ČR	Česká republika
DP	Diplomová práce
DPH	Daň z přidané hodnoty
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health ( <i>česky</i> Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví)
Kč	Koruna česká
Mld.	Miliarda
MHD	Městská hromadná doprava
OSN	Organizace spojených národů
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
ÚP	Úřad práce
WHO	World Health Organisation ( <i>česky</i> Světová zdravotnická organizace)
ZP	Zdravotní pojišťovna

## 7. Seznam tabulek

<b>Tabulka 1</b> Procentuální zastoupení úrazu míchy dle přerušného míšního segmentu v období 2006–2016 <sup>[20]</sup> .....	21
<b>Tabulka 2</b> Průměrné roční náklady na zdravotní péči v USA za rok 2015 dle National Spinal Cord Injury Statistical Centre <sup>[21]</sup> .....	21
<b>Tabulka 3</b> Výše příspěvku v závislosti na postižení, zdroj: vlastní na základě podkladů zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách <sup>[10]</sup> .....	42
<b>Tabulka 4</b> Počet osob s míšní lézí ve zvolených organizacích.....	53
<b>Tabulka 5</b> Sociální stav před a po trvalé změně zdravotního stavu získané úrazem v oblasti krční páteře s následkem tetraplegie v ČR .....	60
<b>Tabulka 6</b> Kompenzační pomůcky používané tetraplegiky v ČR a jejich způsob úhrady (v %) .....	61
<b>Tabulka 7</b> Přehled zvláštních pomůcek užívaných tetraplegiky a jejich způsob úhrady (v %) .....	62
<b>Tabulka 8</b> Přehled pomůcek osobní hygieny užívaných tetraplegiky a jejich způsob úhrady (v %) .....	64

## 8. Seznam grafů

<b>Graf 1</b> Věk respondentů (N = 78) .....	55
<b>Graf 2</b> Počet let s mobilitou na vozíku (N = 78).....	56
<b>Graf 3</b> Počet obyvatel v místě bydliště tetraplegiků (N = 78) .....	57
<b>Graf 4</b> Nejvyšší dosažené vzdělání tetraplegiků v ČR (N = 78).....	57
<b>Graf 5</b> Rodinný stav tetraplegiků v ČR (N = 78).....	58
<b>Graf 6</b> Varianty bydlení tetraplegiků v ČR (N = 78).....	59
<b>Graf 7</b> Sociální stav před změnou zdravotního stavu způsobenou úrazem míchy s následkem tetraplegie v ČR (N = 78).....	59
<b>Graf 8</b> Sociální stav po trvalé změně zdravotního stavu získané úrazem v oblasti krční páteře s následkem tetraplegie v ČR (N = 78) .....	60
<b>Graf 9</b> Celková spokojenost tetraplegiků v ČR s přiznanou částkou ÚP/ZP na úhradu žádaných pomůcek (N = 78).....	63
<b>Graf 10</b> Částka vynakládaná měsíčně tetraplegiky v ČR na kožní ochrannou péči (N = 78).....	65
<b>Graf 11</b> Částka, kterou tetraplegici v ČR vynakládají měsíčně na pořízení inkontinenčních pomůcek nad rámec úhrady ZP (N = 78).....	66
<b>Graf 12</b> Spokojenost tetraplegiků v ČR s výší pobíraného invalidního důchodu (N = 78).....	67
<b>Graf 13</b> Kategorie pobíraného příspěvku na péči (N = 78) .....	67
<b>Graf 14</b> Pobírání příspěvku na mobilitu tetraplegiky v ČR (N = 78) .....	68
<b>Graf 15</b> Využití slevy na výhodnější tarif na volání u mobilních operátorů pro tetraplegiky v ČR (N = 78) .....	69
<b>Graf 16</b> Četnost cestování tetraplegiků v ČR prostředky veřejné dopravy (N = 78).....	69
<b>Graf 17</b> Využití možnosti jízdy na dálnicích ČR bez nutnosti zakoupení dálniční známky pro tetraplegiky v ČR (N = 78) .....	70
<b>Graf 18</b> Četnost návštěv kulturních akcí tetraplegiky v ČR (N = 78) .....	71
<b>Graf 19</b> Využití možnosti doprovodu zdarma na kulturní akce pro tetraplegiky v ČR (N = 78).....	71
<b>Graf 20</b> Využití placených služeb osobní asistence pro tetraplegiky v ČR (N = 78) ....	72
<b>Graf 21</b> Účel využití placené služby osobní asistence tetraplegiky v ČR (N = 40).....	72
<b>Graf 22</b> Vynaložená měsíční částka tetraplegiky v ČR na služby placené osobní asistence nad rámec příspěvku na péči (N = 78) .....	73

<b>Graf 23</b> Dostatečnost státních příspěvků na pokrytí životních nákladů tetraplegiků v ČR (N = 78) .....	74
<b>Graf 24</b> Spokojenost s rozsahem příspěvků poskytovaných státem pro tetraplegiky v ČR (N = 78).....	74
<b>Graf 25</b> Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání (N = 78) .....	75
<b>Graf 26</b> Spokojenost s rozsahem státních příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na typu bydlení (N = 78).....	76
<b>Graf 27</b> Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na aktuálním sociálním stavu (N = 78).....	77
<b>Graf 28</b> Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na počtu obyvatel v místě bydliště (N = 78).....	78
<b>Graf 29</b> Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na pohlaví (N = 78).....	78
<b>Graf 30</b> Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na rodinném stavu (N = 78).....	79
<b>Graf 31</b> Spokojenost s rozsahem příspěvků pro tetraplegiky v ČR v závislosti na době s mobilitou na vozíku (N = 78) .....	80

## 9. Přílohy

### Příloha 1 DOTAZNÍK

Vážené respondentky, vážení respondenti z řad tetraplegiků,  
Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro Diplomovou práci na téma „Zvýšené životní náklady tetraplegika se získaným postižením úrazem a jejich kompenzace státními příspěvky“. Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Předem děkuji za spolupráci.

Vendula Tučková, studentka Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy.

### SOCIO – EKONOMICKÉ

#### 1. JAKÉ JE VAŠE POHLAVÍ?

- a) Muž
- b) Žena

#### 2. JAKÝ JE VÁŠ VĚK?

- a) do 15
- b) 16–60
- c) nad 61

#### 3. JAK DLOUHO JSTE NA VOZÍKU?

- a) 0–1 rok
- b) 2–10 let
- c) 11 a více

#### 4. KOLIK OBYTATEL MÁ VAŠE MÍSTO BYDLIŠTĚ?

- a) Do 1 000 obyvatel
- b) 1 001 – 5 000
- c) 5 001 – 10 000
- d) Nad 10 001

#### 5. JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?

- a) Základní
- b) Středoškolské
- c) Vysokoškolské

#### 6. JAKÝ JE VÁŠ RODINNÝ STAV?

- a) Svobodný/á
- b) Ženatý/ Vdaná
- c) Rozvedený/á
- d) Vdovec/ Vdova

**7. ŽIJETE SÁM/SAMA NEBO VE SPOLEČNÉ DOMÁCNOSTI?**

- a) Jsem sám/sama
- b) Ve společné domácnosti

**8. KDE ŽIJETE?**

- a) Ve vlastním obydlí
- b) V pronájmu
- c) V ústavu sociální péče
- d) U rodičů

**9. JAKÝ BYL VÁŠ SOCIÁLNÍ STAV PŘED ZMĚNOU ZDRAVOTNÍHO STAVU?**

- a) Zaměstnaný
- b) Nezaměstnaný
- c) Student
- d) Starobní důchodce
- e) Na mateřské dovolené

**10. JAKÝ JE VÁŠ SOCIÁLNÍ STAV PO ZMĚNĚ ZDRAVOTNÍHO STAVU?**

- a) Pracující důchodce
- b) Invalidní důchodce
- c) Starobní důchodce
- d) Student/ studentka

**POMŮCKY**

**11. JAKÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY POUŽÍVÁTE A JAKÝM ZPŮSOBEM BYLY HRAZENY?**

- a) Mechanický vozík

- (a) Zdravotní pojišťovna
- (b) Nadace
- (c) Vlastní zdroje
- (d) Sponzorský dar
- (e) Jiné
- (f) Nepoužívám

- b) Elektrický vozík

- (a) Zdravotní pojišťovna
- (b) Nadace
- (c) Vlastní zdroje
- (d) Sponzorský dar
- (e) Jiné
- (f) Nepoužívám

- c) Polohovací postel
- (a) Zdravotní pojišťovna
  - (b) Nadace
  - (c) Vlastní zdroje
  - (d) Sponzorský dar
  - (e) Jiné
  - (f) Nepoužívám
- d) Vertikalizační dlahy
- (a) Zdravotní pojišťovna
  - (b) Nadace
  - (c) Vlastní zdroje
  - (d) Sponzorský dar
  - (e) Jiné
  - (f) Nepoužívám
- e) Vysoké chodítko
- (a) Zdravotní pojišťovna
  - (b) Nadace
  - (c) Vlastní zdroje
  - (d) Sponzorský dar
  - (e) Jiné
  - (f) Nepoužívám
- f) Motomed
- (a) Zdravotní pojišťovna
  - (b) Nadace
  - (c) Vlastní zdroje
  - (d) Sponzorský dar
  - (e) Jiné
  - (f) Nepoužívám
- g) Mobilní zvedák
- (a) Zdravotní pojišťovna
  - (b) Nadace
  - (c) Vlastní zdroje
  - (d) Sponzorský dar
  - (e) Jiné
  - (f) Nepoužívám
- h) Elektrický invalidní scooter
- (a) Zdravotní pojišťovna
  - (b) Nadace
  - (c) Vlastní zdroje
  - (d) Sponzorský dar
  - (e) Jiné
  - (f) Nepoužívám
- i) Jiné (vypište a uveďte zdroj financování)



## JAKÉ ZVLÁŠTNÍ POMŮCKY VYUŽÍVÁTE A JAK BYLY HRAZENY?

- a) Automobil
- (a) Úřad práce
  - (b) Nadace
  - (c) Vlastní zdroje
  - (d) Sponzorský dar
  - (e) Jiné
  - (f) Nepoužívám
- b) Stropní zvedací systém
- (a) Úřad práce
  - (b) Nadace
  - (c) Vlastní zdroje
  - (d) Sponzorský dar
  - (e) Jiné
  - (f) Nepoužívám
- c) Úprava bytu
- (a) Úřad práce
  - (b) Nadace
  - (c) Vlastní zdroje
  - (d) Sponzorský dar
  - (e) Jiné
  - (f) Nepoužívám
- d) Schodišťová plošina
- (a) Úřad práce
  - (b) Nadace
  - (c) Vlastní zdroje
  - (d) Sponzorský dar
  - (e) Jiné
  - (f) Nepoužívám
- e) Motomed
- (a) Úřad práce
  - (b) Nadace
  - (c) Vlastní zdroje
  - (d) Sponzorský dar
  - (e) Jiné
  - (f) Nepoužívám
- f) Jiné (vypište a uveďte zdroj financování)

**12. POKUD JSTE ŽÁDALI O NĚKTEROU Z VÝŠE UVEDENÝCH POMŮCEK, BYLI JSTE S PŘIZNANOU ČÁSTKOU SPOKOJENÍ?**

- a) Ano
- b) Ne

**13. MYSLÍTE SI, ŽE JE PROCES SCHVALOVÁNÍ POMŮCKY TRANSPARENTNÍ?**

- a) Ano
- b) Ne

**14. CO VÁM NEJVÍCE VADILO PŘI SCHVALOVÁNÍ?**

.....

**POMŮCKY OSOBNÍ HYGIENY**

**15. JAKÉ POMŮCKY OSOBNÍ HYGIENY POUŽÍVÁTE A JAK JSOU HRAZENY?**

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| a) Deska na vanu             | (a) Zdravotní pojišťovna<br>(b) Nadace<br>(c) Vlastní zdroje<br>(d) Sponzorský dar<br>(e) Jiné<br>(f) Nepoužívám   |
| b) Sedačka do vany           | (a) Zdravotní pojišťovna<br>(b) Nadace<br>(c) Vlastních zdroje<br>(d) Sponzorský dar<br>(e) Jiné<br>(f) Nepoužívám |
| c) Vanový zvedák             | (a) Zdravotní pojišťovna<br>(b) Nadace<br>(c) Vlastní zdroje<br>(d) Sponzorský dar<br>(e) Jiné<br>(f) Nepoužívám   |
| d) Sklopné sedátko do sprchy | (a) Zdravotní pojišťovna<br>(b) Nadace<br>(c) Vlastní zdroje<br>(d) Sponzorský dar                                 |

- (e) Jiné
- (f) Nepoužívám

e) Toaletní křeslo

- (a) Zdravotní Pojišťovna
- (b) Nadace
- (c) Vlastní zdroje
- (d) Sponzorský dar
- (e) Jiné
- (f) Nepoužívám

f) Sedačka do sprchy

- (a) Zdravotní pojišťovna
- (b) Nadace
- (c) Vlastní zdroje
- (d) Jiné
- (e) Nepoužívám

**16. POUŽÍVÁTE KOŽNÍ OCHRANNOU PÉČI?**

- a) Ano
- b) Ne

**17. JAKOU ČÁSTKU MĚSÍČNĚ VYNAKLÁDÁTE NA KOŽNÍ OCHRANNOU PÉČI?**

- a) 0 – 500 Kč
- b) 501 – 1 000 Kč
- c) 1 001 a více

**18. POUŽÍVÁTE POMŮCKY PRO INKONTINENCI?**

- a) Ano
- b) Ne

**19. JE PŘEDEPSANÉ MNOŽSTVÍ DOSTATEČNÉ?**

- a) Ano
- b) Ne

**20. JAKOU ČÁSTKU MĚSÍČNĚ INVESTUJETE DO INKONTINENČNÍCH POMŮCEK?**

- a) 0 – 100
- b) 101 – 500
- c) 501 a více

## FINANCOVÁNÍ

### **21. POBÍRÁTE INVALIDNÍ DŮCHOD?**

- a) Ano
- b) Ne

### **22. POKUD POBÍRÁTE INVALIDNÍ DŮCHOD, JSTE SPOKOJENI S JEHO VÝŠÍ?**

- a) Ano
- b) Ne

### **23. JAKOU KATEGORIE MÁTE PŘÍSPĚVEK NA PÉČI?**

- a) Kategorie 1
- b) Kategorie 2
- c) Kategorie 3
- d) Kategorie 4

### **24. PŘÍSPĚVEK NA PÉČI VÁM BYL PŘIZNÁN HNED NEBO JSTE SE MUSELI ODVOLÁVAT?**

- a) Ihned
- b) Po odvolání
- c) Nežádal jsem

### **25. POBÍRÁTE PŘÍSPĚVEK NA MOBILITU?**

- a) Ano
- b) Ne

### **26. UVÍTAL/A JSTE ZVÝŠENÍ PŘÍSPĚVKU NA MOBILU OD 1. 1. 2018 NA 550 Kč?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Je mi to jedno

### **27. VYUŽÍVÁTE SLEVVU NA TELEFON?**

- a) Ano
- b) Ne

### **28. JAK ČASTO CESTUJETE VEŘEJNOU DOPRAVOU?**

- a) Každý den
- b) Jednou týdně
- c) Jednou měsíčně
- d) Výjimečně
- e) Necestuji

**29. VYUŽIJETE VÝHODY BEZPLATNÉ JÍZDY NA DÁLNICI?**

- a) Ano
- b) Ne

**30. SHLEDÁVÁTE SLEVOU NA CESTOVÁNÍ PŘÍNOSNOU?**

- a) Ano
- b) Ne

**31. JAK ČASTO NAVŠTĚVUJETE KULTURNÍ AKCE?**

- a) Každý den
- b) Jednou týdně
- c) Jednou měsíčně
- d) Výjimečně
- e) Nenavštěvuji

**32. VYUŽÍVÁTE MOŽNOST DOPROVODU ZDARMA?**

- a) Ano
- b) Ne

**33. VYUŽÍVÁTE SLUŽEB OSOBNÍ ASISTENCE?**

- a) Ano
- b) Ne

**34. POKUD VYUŽÍVÁTE SLUŽEB OSOBNÍ ASISTENCE, JAKÉ ČINNOSTI VYUŽÍVÁTE NEJČASTĚJI?**

- a) Úklid
- b) Nákupy
- c) Příprava jídla
- d) Pomoc s hygienou
- e) Doprovod k lékaři/k vyřizování ve městě
- f) Jiné

**35. JAKOU ČÁSTKU MĚSÍČNĚ VYNAKLÁDÁTE NA TUTO SLUŽBU?**

- a) Nevynakládám
- b) 0 – 1 000 Kč
- c) 1 001 – 2 500
- d) 2 501 a více

**CELKOVÉ SHRNUTÍ**

**36. DOMNÍVÁTE SE, ŽE VÝŠE UVEDENÉ PŘÍSPĚVKY JSOU DOSTATEČNÉ K POKRYTÍ VAŠICH NÁKLADŮ?**

- a) Ano
- b) Ne

**37. JSTE SPOKOJENÝ/Á S ROZSAHEM PŘÍSPĚVKŮ?**

- a) Ano
- b) Ne