

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

KVALITA ŽIVOTA LIDÍ PO ÚRAZU MÍCHY

(Quality of life of people after spinal injury)



Rigorózní práce

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem Rigorózní práci na téma „Kvalita života lidí po úrazu míchy“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění.

Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích.

Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

V Olomouci dne 5. 2. 2013

Podpis

Ráda bych poděkovala své rodině a blízkým za podporu a především svému bratrovi Mgr. Ondřeji Slavičkovi za významnou pomoc se statistickým zpracováním dat.

OBSAH

Úvod.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 Problematika vrozených a získaných tělesných postižení	8
1.1 Vývoj lidí s vrozeným tělesným postižením.	8
1.2 Získané postižení.....	10
2 Popis úrazu a příčiny jeho vzniku	12
2.1 Postup péče po úrazu.....	12
2.2 Následky úrazu.....	17
2.2.1 Omezení hybnosti dle segmentu poranění	17
2.2.2 Další obtíže spojené s poraněním.....	18
3 Psychologické prožívání úrazu	19
3.1 Model průběhu psychické krize nemocného člověka dle Křivohlavého	19
3.2 Další teorie psychického zpracování úrazu	20
3.3 Obranné mechanismy	21
3.4 Pozitivní psychické důsledky úrazu	23
3.5 Negativní psychické důsledky úrazu	24
3.6 Sebevraždy.....	25
3.7 Stigmatizace.....	26
3.8 Změna sebepojetí po úrazu	28
3.9 Chronické onemocnění	29
4 Kvalita života	32
4.1 Metody měření kvality života	32
4.2 Psychologické metody měření kvality života	33
4.3 Vnější činitele ovlivňující kvalitu života.....	35
4.3.1 Rodina	35
4.3.2 Partnerské vztahy	36
4.3.3 Přátelské vztahy.....	36
4.3.4 Práce.....	37
4.3.5 Vzdělání	38

4.3.6	Věk	38
4.3.7	Volnočasová aktivita	39
4.3.8	Asistenční psi	39
4.3.9	Online sociální sítě	40
4.4	Vnitřní činitele ovlivňující kvalitu života	41
4.4.1	Nezdolnost	41
4.4.2	Vnímaná osobní zdatnost (self – efficacy)	43
4.4.3	Teorie Juliana Rottera	44
4.4.4	Pocit viny	44
4.4.5	Víra	44
4.5	Výzkumy v oblasti kvality života lidí po úrazu páteře	45
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	49
5	Výzkumný problém a cíle práce	49
5.1	Hypotézy	49
6	Popis zvoleného metodologického rámce a metod	51
6.1	Zvolený typ výzkumu	51
6.2	Metody sběru dat	51
6.3	Metody zpracování a analýzy dat	53
6.4	Etické principy při výzkumech s lidmi	53
7	Soubor	54
7.1	Strategie výběru výzkumného souboru	54
7.2	Charakteristiky výzkumného souboru	54
8	Výsledky	57
8.1	Testování hypotéz	57
8.1.1	Testování hypotéza č. 1	57
8.1.2	Testování hypotézy č. 2	61
8.1.3	Testování hypotézy č. 3	63
8.1.4	Testování hypotézy č. 4	66
8.1.5	Testování hypotézy č. 5	68
8.1.6	Testování hypotézy č. 6	70

8.1.7	Testování hypotézy č. 7	72
8.1.8	Testování hypotézy č. 8	75
8.1.9	Testování hypotézy č. 9	77
8.2	K platnosti hypotéz	81
9	Diskuze	83
9.1	Diskuze nad dotazníky	83
9.2	Diskuze o výsledcích.....	86
9.3	Omezení a přínos do budoucnosti.....	91
10	Závěry	93
	Souhrn	94
	Seznam použitých zdrojů a literatury	98
	Přílohy	
	Příloha č. 1 Seznam tabulek a grafů	
	Použité zkratky	
	Příloha č. 2 Baterie dotazníků	
	Příloha č. 3 Abstrakt Rigorózní práce	
	Abstract of Thesis	

Úvod

Kvalita života je téma, kterému se především v posledních letech věnuje mnoho výzkumů. Zkoumá se kvalita života různých sociálních skupin podle mnoha kategorií. Naším bodem zájmu se v této práci stala kvalita života lidí po úrazu páteře a míchy, kteří ztratili schopnost chůze. Podobnému tématu jsme se věnovali již v rámci ročníkové práce a to konkrétně zpětnému začleňování lidí po úrazu páteře a míchy zpět do společnosti a také v rámci diplomové práce, jejímž přepracováním vznikla tato práce. Kvalita života lidí po úrazu páteře a míchy jako téma nás zaujala na základě osobní zkušenosti z dětství i současnosti. V průběhu zjišťování teoretických podkladů i výzkumu samotného jsme měli možnost porovnat vlastní prožitky a vzpomínky na proces znovuvytváření života, životních postojů, cílů a hodnot osoby s takovým poraněním.

První písemné zmínky o výskytu poranění míchy pochází již od Egyptanů, konkrétně jsou připisovány Imhotepovi. Až do 2. světové války se takové poranění nijak neřešilo a pacienti s takovým poraněním byli odkázáni na svůj osud. O velký rozvoj v oblasti všech fází péče o pacienty s míšním poraněním se zasloužil Američan Donald Munro (Adamčová, 2005).

V současné době jsou osoby s poraněním páteře a míchy brány jako plnohodnotní členové společnosti, alespoň ve vyspělých zemích světa. Společně s dalšími oblastmi medicíny, psychologie a dalšími vědními obory se společnost snaží o maximálně kvalitní a efektivní péči, která by těmto osobám v životě pomohla. V mnoha městech v České republice jsou například budovány bezbariérové přístupy na chodníky, zastávky i do veřejných budov. Rozvíjí se programy pro zkvalitnění volného času těchto lidí a pro navazování nových sociálních vazeb.

Kvalita života jako oblast zájmu a výzkumu je tedy významnou a užitečnou oblastí, která dává možnost, jak nadále rozvíjet životní možnosti a spokojenost s vlastním životem, nejen osobám s poraněním páteře a míchy, ale také mnoha dalším specifickým skupinám.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Problematika vrozených a získaných tělesných postižení

„Tělesným postižením se v současné době rozumí trvalý nebo dlouhodobý stav, který je charakteristický orgánovou nebo funkční poruchou, kterou nelze léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň zmírnit“ (Kurková, s. 50, 2008 in Krhutová, Potměšil, Novosad, Michalík, & Valenta, 2005).

Zaměříme-li se na tělesné postižení obecně, nalezneme mnoho druhů postižení, podle nichž by se dali lidé s tímto postižením zařadit do různých kategorií. My si rozdělíme tyto lidi do dvou velkých skupin podle doby vzniku postižení. První skupinou jsou lidé, kteří se s tělesným postižením musí vyrovnávat od narození. Druhou skupinou jsou lidé, kteří ho získají až během života. Obě tyto skupiny lidí mají svá specifika, která provází jejich vývoj. Cílem jejich vývoje je plná integrace do společnosti, tedy rovnoprávné společenské začlenění jejich minoritní skupiny do vzdělávacího i pracovního procesu a splynutí se životem společnosti. (Novosad, 2000).

V této práci se převážně věnujeme lidem se získaným pohybovým postižením, procesům, které se odehrávají po úrazu, kvalitě jejich následného života a aspektům, které tuto kvalitu života ovlivňují. Na začátek se však pokusíme zmapovat i vývoj jedinců s postižením vrozeným, abychom lépe chápali rozdíly mezi těmito dvěma skupinami.

1.1 Vývoj lidí s vrozeným tělesným postižením.

Dle Kurkové (2008) je vrozené postižení takové postižení, jehož viditelné projevy můžeme pozorovat do druhého roku věku dítěte. Renotiérová (2002) naopak uvádí, že vrozené postižení je především výsledkem postižení zárodku v prvních týdnech vývoje. Vliv může mít mnoho faktorů, avšak podstatné je, že uvádí jako vymezení doby, kdy lze mluvit o vrozeném postižení, první rok života dítěte.

„Vrozené postižení (resp. v raném věku získané) ovlivňuje ve větší míře vývoj dítěte, které v důsledku toho nemůže získat určité zkušenosti. Na druhé straně není tak subjektivně traumatizující, protože jedinec s vrozeným postižením je na svůj handicap adaptován“ (Vágnerová, s. 162, 2004). Takový jedinec si samozřejmě v průběhu života uvědomuje svoji odlišnost, avšak do značné míry není ani schopen dostatečně si uvědomit výhody,

které by získal, kdyby své postižení neměl, protože mu schází zkušenost s takovou situací (Vágnerová, 2004).

Omezení motoriky postiženého člověka má v dětství značný vliv na rozvoj různých schopností. V první řadě omezuje možnosti poznávání okolního světa, čímž mění náhled postižené osoby na svět, snižuje její orientaci v něm a omezuje přijímání některých informací o okolním světě. Toto úzce souvisí s poznávacími procesy. Některé kompetence se pak v závislosti na postižení rozvíjejí v menší míře a jsou mnohdy nahrazeny hlubším rozvojem v oblastech jiných. Omezená hybnost například omezuje přísun obvyklých podnětů pouze na podněty z blízkého, dosažitelného okolí.

Vlivem okolí také dochází k utváření osobnosti postiženého dítěte. Tu ovlivňuje především nejbližší sociální okolí, rodina, vrstevníci, blízcí lidé. V kontaktu s nimi pak tyto lidé získávají určité životní role a na ně vázané sociální zkušenosti, které spoluutváří jeho osobnost.

Vzhledem k tomu, že je postižení součástí těchto lidí již od narození, ovlivňuje celý vývoj osobnosti od raných fází vývoje až do dospělosti. Každá z těchto vývojových fází má svoje specifika a postižení těchto lidí může do značné míry pozměnit získané dovednosti a schopnosti vztahující se k daným vývojovým stádiím. Především v kojeneckém a batolecím věku je velmi důležitý přístup rodiny k postiženému dítěti. V kojeneckém věku dítě mnohdy vyžaduje specifickou péči a stimulaci, aby mohlo kvalitně rozvíjet svoje předpoklady, a to úzce souvisí se zájmem rodiny, s tím jak dítě akceptuje a zda je ochotna a schopna tuto speciální péči dítěti poskytnout. Je také nutné, aby dítěti byla poskytována dostatečná citová podpora (Vágnerová, 2004).

Batolecí věk má velký význam na utváření vlastní identity a je věkem, kdy dochází k prvnímu osamostatňování dítěte, což je velmi podstatné. V případě, že existují překážky, které zabraní dosažení samostatnosti, má to na utváření identity značný vliv.

Velkým zlomem je nástup postiženého dítěte do školy, protože je v této době konfrontováno se stálostí svého postižení a v mnoha případech se svou odlišností od zdravých jedinců. Dochází zde k významnému socializačnímu vývoji, který je vlivem postižení také značně ovlivněn. Děti jsou mnohdy v menším sociálním kontaktu s rodinou, vrstevníky i s širším sociálním okolím a jsou tak ochuzeny o některé sociální zkušenosti. V období školního věku může mít postižený jedinec také problémy se sníženým

hodnocením sebe sama. To se může projevit různými odlišnostmi v chování nebo například potřebou prokázat vlastní zdatnost v určité oblasti ve zvýšené míře. Po absolvování střední školy se v období dospívání klade opět důraz na další osamostatnění. Člověk s postižením si uvědomuje svá omezení v různých oblastech, začíná být více sebekritický, odpoutává se od rodiny v dosažitelné míře a vytváří důležité vazby s vrstevníky. Vrcholem je co nejlepší začlenění do společnosti a hledání profesní a partnerské role (Vágnerová, 2004).

1.2 Získané postižení

Získané postižení je takové postižení, které nastalo až po druhém roce života (Kurková, 2008). Příčiny takového postižení mohou být různé od deformací, různých typů úrazu až po široký výčet nemocí jako jsou například dětská infekční obrna, myopatie, revmatická onemocnění a mnoho dalších (Renotierová, 2002).

Odlišnosti v přijetí získaného postižení podle věku

Získané postižení znamená pro člověka značné trauma. Způsoby, jakými se s tím člověk vyrovnává, jsou různé. Specifikum vyrovnání se s postižením získaným po úrazu se budeme věnovat ve 3. kapitole. Vliv na proces přijetí všech tělesných postižení má mnoho aspektů, patří mezi ně podpora rodiny, osobnostní vlastnosti a další. Mimo jiné k nim také patří dosažená vývojová úroveň.

V dětském věku je přijetí postižení velmi ovlivněno způsobem, jakým takový fakt přijímají rodiče postiženého dítěte. Mladší děti mnohdy nepochopí význam takové životní změny a pojmají ji pouze v mezích aktuálního omezení a nepříjemností bez náhledu do budoucnosti.

Oproti tomu reakce adolescentů a dospělých je zatížena faktem, že jsou schopni reálně uvažovat o tom, že tato změna ovlivňuje nejenom momentální situaci, ale že přesahuje i do budoucnosti a již jsou schopni vnímat, jaké důsledky to bude mít pro jejich další život.

Dojde-li k postižení v období dospívání, je ohrožen emancipační vývoj a je deformován také rozvoj identity. Možná je i regrese na nižší vývojovou fázi. Výhodou postižení vzniklého v tomto věku je, že jsou již vytvořeny vztahy se zdravou společností. Je také téměř dokončen vývoj, proto postiženému člověku zůstává většina dovedností

včetně běžných sociálních dovedností, které bude moci později dále uplatňovat ve svém kontaktu se společností (Vágnerová, 2004).

Nyní jsme si nastínili základní rozdíly ve vývoji lidí s vrozeným a získaným postižením a rozlišili jsme odlišnosti v nazírání získaného postižení z hlediska věku. V další části textu se budeme již výhradně věnovat úrazu, procesům spojeným s vyrovnáváním se s úrazem, rehabilitací a kvalitě života a jejím jednotlivým aspektům z hlediska námi zvolené úzké kategorie tělesně postižených, kteří své postižení získali v důsledku poranění páteře a míchy a jsou trvale upoutaní na invalidní vozík.

2 Popis úrazu a příčiny jeho vzniku

„Mícha je část centrálního nervového systému uložená v páteřním kanálu. V horní části přechází do prodloužené míchy, její dolní konec dosahuje zhruba k 1.–2. bedernímu obratli, dále pokračuje kořeny probíhajícími páteřním kanálem v jeho dolní části“ (Vokurka, Hugo, s. 70, 278, 1995). K poškození míchy dochází nejčastěji vlivem poranění páteře jako následkem úrazu. Mícha prochází páteřním kanálem, který je tvořen obratli. Dojde-li k jejich posunutí, zlomení či roztříštění, může dojít také k různě závažnému poškození míchy. Toto poškození má za následek různě závažné omezení či úplné vymizení citlivosti a ochrnutí svalů pod úrovní místa poranění (Faltýnková, 2004). Stupně poškození míchy se vyhodnocují na základě Frankelovy klasifikace (in Hoch, Višňa, s. 66, 2004):

„Stupeň A – kompletní motorická a senzitivní léze pod úrovní poranění.

Stupeň B – kompletní ztráta motoriky, senzitivita částečně zachovaná.

Stupeň C – motorické funkce zachovány, ale efektivně nepoužitelné.

Stupeň D – motorické funkce zachovány, ale oslabené, senzitivita plně zachovaná.

Stupeň E – bez známek míšního poranění, normální motorická a senzitivní funkce“

Velmi častými příčinami úrazu, při nichž dochází k poranění míchy, v krční oblasti jsou skoky po hlavě do mělké vody, pády, autohavárie nebo cyklistické nehody. V oblasti hrudní a bederní páteře, je nutné k poranění páteře a míchy vyvinout značnou sílu, vyskytují se tedy u vysokoenergetických poranění, jakými jsou autohavárie či pády z výšky. Celkově se poškození míšních struktur vyskytuje zhruba v 10-12 procentech případů zlomenin páteře (Hoch, Višňa, 2004). Jiné příčiny poškození míchy pak mohou být následkem fyzického napadení, napadení střelnou zbraní, bodného poranění (Faltýnková, 2004).

2.1 Postup péče po úrazu

Po úrazu páteře s poraněním míchy je pacient převezen na specializované páteřní centrum, kde je mu provedena operace a probíhá zde celá akutní fáze léčení, která trvá 2-3 první týdny. Poté je pacient přemístěn na spinální jednotku, kde je pacientům poskytována subakutní péče a je započata celková rehabilitace. Po absolvování rehabilitace na některé ze spinálních jednotek se pacient přesunuje k rehabilitaci do rehabilitačního ústavu, a to

v době, kdy vstupuje do chronické fáze léčby, tedy ve 12. týdnů po úrazu (Chrobok, Prokop, 2006).

Rehabilitace je naprosto neodmyslitelnou součástí léčby lidí po poranění páteře a míchy. Je to velmi dlouhodobá, složitá činnost, která v sobě zahrnuje mnoho aktivit, zaměřených na různé oblasti. Probíhá jak primárně v nemocnicích, tak také později v rehabilitačních centrech. Její součástí je jak rehabilitace léčebná, tak i v pozdější době rehabilitace sociální, pracovní a pedagogická. Všechny její části přispívají ke zlepšení zdravotního stavu a zpětnému začlenění lidí po poranění páteře a míchy do společnosti a zvýšení kvality života.

Léčebná rehabilitace

„Léčebná rehabilitace představuje postupy a procesy navazující na léčení (nebo prolínající se s léčením). Prioritně usiluje o odstranění defektů a funkčních poruch, sekundárně přispívá i k odstraňování následků zdravotního postižení. Hranice mezi léčením a léčebnou rehabilitací jsou dodnes povětšinou neostré“ (Jesenský, s. 35, 1995). Pfeiffer a Votava (1983) rozdělují léčebnou rehabilitaci na dva základní druhy. Prvním je léčebná rehabilitace vertikální, při níž se daří obnovit původní zdravotní stav organismu a pacient se bez obtíží vrací do normálního pracovního procesu. Druhým typem je léčebná rehabilitace horizontální, při níž má poškození trvalý charakter, vzniklé důsledky jsou mnohem rozsáhlejší a je nutné léčebnou rehabilitaci kombinovat i s ostatními druhy rehabilitace. V případě lidí s poraněním páteře a míchy bychom tedy hovořili o léčebné rehabilitaci horizontální (Jesenský, 1995).

K prostředkům léčebné rehabilitace dle Jesenského (1995) patří:

- léčebná tělesná výchova
- ergoterapie
- psychoterapie a psychorehabilitace
- fyziatrie, léčebné využívání fyzikálních energií
- arteterapie
- dietoterapie

Léčebná tělesná výchova

Léčebná tělesná výchova je zřejmě nejpodstatnější složkou léčebné rehabilitace. Praktikuje se v několika formách, kterými jsou především individuální léčebná tělesná

výchova a skupinová jako dvě nejvýznamnější části a dále léčebný, kondiční i závodní sport, turistika, cíleně řízená rekreace a zájmové činnosti (Kříž, 1986).

Ergoterapie

Podstatou ergoterapie je provádění pracovních činností jako formy terapie, které jsou řízeny ergoterapeutem (Kubínková, Křížová, 1997). *„Hlavní cílem ergoterapie je pomoci osobám s disabilitou řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro život nepostradatelné, a napomáhat aktivnímu začlenění do společnosti a zachování optimální kvality života“* (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, s. 18, 2009). Pro každého nemocného se vytváří jedinečný individuální léčebný plán. Součástí ergoterapie je také vybavení nemocného kompenzačními pomůckami a nácvik, jak s nimi zacházet a správně je využívat, aby přispěly k větší soběstačnosti rehabilitanta (Kubínková, Křížová, 1997).

Psychoterapie a psychorehabilitace

V oblasti psychoterapie a psychorehabilitace je hlavním cílem překonat níže zmíněné fáze vyrovnávání se s úrazem, vyrovnat se s vadou adaptovat se na novou životní situaci a roli. Případně dovést zdravotně postižené až ke zdravé asertivitě (Křivohlavý, 1985).

Fyziatrie

Fyziatrie pracuje s upraveným elektrickým proudem jako stimulatorem nervosvalové aktivity, teplem nebo chladem pro zlepšení krevního oběhu a snížení bolesti a také s magnetickou energií. Velmi často se kombinuje s balneologií (Jesenský, 1995). Cílem této práce je zvýšení obranyschopnosti organismu (Jandová, 1998).

Arteterapie

„Arteterapie používá umělecké prostředky (výtvarné, hudební, slovesní i pohybové aktivity) k realizaci léčebných a LR cílů. Umožňuje uvolnění tenzí, rozvíjí kreativitu a navozuje psychickou pohodu“ (Jesenský, s. 37, 1995).

Dietoterapie

„Dietoterapie používá prostředky šetrčího, podporujícího a racionálního stravování“ (Jesenský, s. 37, 1995).

Pedagogická rehabilitace

„Pedagogická rehabilitace je souvislá pedagogická péče směřující k získání maximálně možné kvalifikace zdravotně postižených osob pro život a pro společenské uplatnění v závislosti na druhu a stupni zdravotního postižení, na osobních předpokladech pro vzdělání a výchovu, osobních zájmech a na územních možnostech“ (Kříž, s. 22, 1986).

Uplatňuje se především u dětí s vrozeným či získaným postižením. Je však také důležitou součástí rehabilitace dospělých osob s poraněním páteře a míchy, protože může být prostředkem k dosažení zaměstnání. Jsou-li následky poranění míchy natolik závažné, že zasahují do schopností nutných pro vykonávání dosavadního zaměstnání a není-li možné kvůli nim již dále toto zaměstnání vykonávat ani v budoucnu, mohou pacienti absolvovat různé rekvalifikační kurzy, které jim umožní se znovu začlenit do pracovního procesu (Kříž, 1986).

Sociální rehabilitace

Základem sociální rehabilitace je začlenění zpět do společnosti. Společnost mezinárodní rehabilitace uvádí, že sociální rehabilitace se snaží u postiženého o dosažení schopnosti normální sociální funkce, čímž je myšleno, že se snaží o rozvoj takových schopností postiženého člověka, které zajišťují, že v kontaktu se společností je postižený člověk schopen dosáhnout maximálního uspokojení svých potřeb a zároveň přiměřeně reagovat, chovat se a prožívat různé společenské situace a také se do nich co nejvíce zapojovat (Jesenský 1995).

Sociální rehabilitaci si můžeme vymezit ve třech kategoriích.

- Humanitární význam

Aspekty spadající do této kategorie se soustřeďují na samotnou osobnost postiženého člověka a rozvíjejí ji. Umožňují také vrůstání člověka do společnosti, dávají možnost, aby se ve společnosti sám prosadil, a směřují ho tím k osobní životní spokojenosti a pohodě. (Jesenský, 1995).

- Ekonomický význam

Tato kategorie je rozdělena faktem, že pozitivní výsledky sociální rehabilitace mají vliv nejen na postiženého člověka samotného, ale také na společnost. Můžeme sem tedy zařadit nejen usnadnění průběhu pracovní rehabilitace a zkrácení období pracovní neschopnosti, zvyšování aktivity a efektivnosti činnosti postiženého, ale také odlehčení finanční zátěže státu, uvolňování pečovatelských kapacit a snižování nároků na řadu služeb (Jesenský, 1995).

- Společenský význam

Hlavním významem této složky je vzájemné obohacení minoritní společnosti postižených lidí a majoritní společnosti zdravých lidí. Navíc umožňuje využívat potenciálu postiženého člověka, jímž by mohl přispět k zabezpečení vlastního života i k celkovému chodu společnosti (Jesenský, 1995).

Pracovní rehabilitace

Práce patří mezi základní lidské potřeby a v případě, že tato potřeba není saturována, dochází k frustraci nebo dokonce i ke stresovému stavu (Jankovský, Pfeiffer, & Švestková, 2005). Tato forma rehabilitace je napojena na výsledky dosažené v rámci léčebné a sociální rehabilitace. Snaží se o rozvoj vědomostí a dovedností, které jsou nezbytné pro výkon vybraného povolání (Faltýnková, 2007).

Pracovní rehabilitace je v kompetenci orgánů sociálního zabezpečení a je součástí sociální politiky státu (Kubínková, Křížová, 1997). Stát nabízí podnikatelům různé formy, jak podporovat zaměstnávání osob se zdravotním postižením, včetně vytvoření chráněných pracovních dílen¹ či chráněných pracovních míst² (Integrovaný portál MPSV). Ve skutečnosti však pracovní rehabilitaci zajišťují velmi často specializované agentury, které nejenom poskytují svým klientům poradenské služby, možnosti nácviku pracovního

¹ „Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců“ (Integrovaný portál MPSV).

² „Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce“ (Integrovaný portál MPSV).

chování a pracovních dovedností, ale také tuto práci zprostředkovávají (Jelínková et al., 2009).

2.2 Následky úrazu

Následky úrazu jsou u různých lidí různé dle segmentů poranění, avšak společné těmto úrazům je, že v první fázi po úrazu přichází spinální šok.

„Spinální šok je neurologický stav, který vzniká krátce po poranění míchy. Zahrnuje chabou paresu končetin, areflexii, ochablý močový měchýř a ztrátu vlivu sympatiku. Tento stav je různorodý, ale většinou trvá asi 6 týdnů“ (Zdravotnická záchraná služba Jihočeského kraje).

2.2.1 Omezení hybnosti dle segmentu poranění

V předchozím textu jsme nastínili systém vyhodnocování stupně poškození míchy na základě Frankelovy klasifikace, která je členěna do pěti základních kategorií, nyní se pokusíme toto obecné členění dále specifikovat.

Místo poranění v oblasti C1–C3 je specifikováno úplnou závislostí na pomoci druhých lidí. Postižený není schopen samostatné činnosti v žádném směru, je třeba zajistit pomoc při osobní hygieně oblékání, stravování i pohybu na lůžku. Využívá elektrického vozíku ovládaného hlavou, případně ústy přes vzduchovou ústní trubičku.

Místo poranění v oblasti C4. Postižený je taktéž plně závislý na pomoci druhých, k pohybu využívá elektrický vozík, který ovládá bradou.

Místo poranění v oblasti C5. Postižený je již schopen provádět některé základní úkony osobní hygieny, pomoci s oblékáním horní poloviny těla, konzumovat připravené jídlo s užitím speciálních pomůcek, stejně tak je schopen psaní s užitím ortézy a speciálních pomůcek. Elektrický vozík již ovládá rukou a je schopen využívat i mechanický vozík, pokud se pohybuje na hladkém povrchu v interiéru.

Místo poranění v oblasti C6. Postižený je již téměř nezávislý na okolí v oblastech osobní hygieny, kde využívá pomůcek, a v oblékání. Je schopen nachystat jídlo i nápoje, píše s pomůckou a určitým typem tužky. Na hladkých površích se pohybuje na mechanickém vozíku jak vevnitř, tak i venku, pro náročnější terén užívá elektrický vozík.

Místo poranění v oblasti C7. V oblasti osobní hygieny a oblékání je plně nezávislý, taktéž je nezávislý v každodenních činnostech s ohledem na úpravy prostředí. K pohybu

není nutné používat elektrický vozík, dokáže se plně nezávisle pohybovat na mechanickém vozíku venku i vevnitř.

Místo poranění v oblasti C8–Th1. Postižený je ve všech směrech plně nezávislý, avšak chůze není schopen.

Místo poranění v oblasti Th1–Th10. Chůze je možná s pevnou ortézou na kolena a kotníky, kolena jsou natažená, k podpoře je nutné užít bradla.

Místo poranění v oblasti Th10–L2. K chůzi se využívá ortéza s kloubem, podpora kotníků a berle.

Místo poranění v oblasti L3–L5. K chůzi využívá ortézu na kotníky, berle nebo hůl. Nemusí již využívat k přesunu vozík (Faltýnková, 2004).

2.2.2 Další obtíže spojené s poraněním

Jejich výskyt je opět spojený s výškou míšního poranění. Ve fázi spinálního šoku dochází například k vymizení reflexů močení a činnosti střev. Po odeznění spinálního šoku se některé reflexy mohou navrátit, avšak nutná je rehabilitace a opětovný nácvik vyprazdňování (Sutorý, 2009, Faltýnková, 2007).

Dalšími obtížemi jsou také patologické vegetativní reflexy, které se projevují změnami krevního tlaku, zčervenáním v obličejí, pocením, bolestmi hlavy, obtížemi s dýcháním nebo až ztrátami vědomí. S poraněním ve vyšších oblastech pak také poruchy termoregulace a spasticita, tedy zvýšené svalové napětí vnitřních orgánů a také kosterních svalů, které je provázeno nepříjemnými svalovými záškuby (Hugo, Vokurka, 1995, Faltýnková, 2007).

Pacienti s poraněním v oblasti krční páteře mohou mít v akutní fázi léčby problém s dýcháním v důsledku vyřazení hlavního dýchacího svalu (Faltýnková, 2007). Naopak pacienti mužského pohlaví s poraněním v oblasti kolem Th12 mají nejvyšší pravděpodobnost poškození erektilní funkce (Šrámková, 1997). Pacientky ženského pohlaví s poraněním míchy v sexuální oblasti mají obtíže především ve změnách či vymizení citlivosti, v dosahování orgasmu. Dále se mohou potýkat s krvácením či střevními problémy nebo s obtížemi s pohybem a nalezením správné polohy (Kreuter, Taft, Siösteen, & Biering-Sørensen, 2011).

3 Psychologické prožívání úrazu

Úraz je velmi závažný a nečekaný zásah do života postiženého člověka. Každý člověk má svoje ideály, naděje, plány, které jsou součástí jeho osobnosti. Úraz, v našem případě poranění páteře a míchy, všemi těmito ideály a sny otřese, nebo je dokonce znemožní, minimálně na určitý čas. Po zjištění, co se stalo a jaké jsou následky, je člověk v šoku. Dostává se do krize. Tento stav je první krokem k adaptaci na nový život, začlenění do života a znovudosažení uspokojivé kvality života, k čemuž přispívá řada různých faktorů. Vyrovnávání se s takovou životní změnou však není jednoduché a nemusí vždy skončit pozitivně. Mnoho autorů se zabývalo procesem vyrovnávání se s takovou událostí. Některé z těchto teorií si zde nyní uvedeme.

3.1 Model průběhu psychické krize nemocného člověka dle Křivohlavého

Křivohlavý (1985) rozdělil tento proces do pěti fází. Proces začíná na časové ose v místě, kdy dojde k životnímu zvratu, v našem případě k úrazu, respektive, je-li postižený v bezvědomí, v době, kdy se vzbudí z bezvědomí a je informován o svém zranění.

Fáze - Výkřik

Citová reakce je nejzásadnější charakteristikou fáze výkřiku. Projevuje se zděšením, zmatkem, extrémním pocitem strachu, obav a naprostým selháním všech strategií zvládání těžkostí, které byly do této doby funkční. Navenek se pak projevuje dvěma způsoby. Prvním je křik, pláč, nařikání, hysterický výbuch a další formy, jimiž se snaží výše uvedené pocity dostat ven. Druhým je opak ve formě psychické slabosti, omdlávání, otupení, depresí, pádu do těžké úzkostlivosti až upadnutí do bezvědomí (Křivohlavý, 1985).

Fáze – Popření

Ve fázi popření dochází k citovému útlumu. Člověk v této fázi se snaží vytlačit z vědomí fakt, že tato krizová situace vůbec existuje. Ve svém jednání a myšlení naprosto ignoruje realitu a přistupuje k ní pouze jako ke špatnému snu (Křivohlavý, 1985).

Fáze – Intruze

Slovem intruze je zde vyjádřeno neodbytné, vtíravé myšlení na krizovou událost. Člověk se těmito myšlenkám velmi těžko brání, přicházejí často ve formě nočních můr,

mnohdy se také objevují v denním snění a jsou nevyzpytatelně asociovány s naprosto nesouvisejícími činnostmi, slovy či událostmi. Mohou přicházet také ve formě halucinací, v sériích hrozivých obrazů či dějů. Vždy jsou však u pacientů provázeny pocity překvapení, děsivými reakcemi a pocity bezmocnosti. Křivohlavý tuto fázi považuje za velmi důležitou, protože je první fází, v níž pacient zároveň prožívá tíživé emocionální procesy, ale také se již pokouší o kognitivní a intelektové zvládnutí svojí situace. Je-li tato fáze příliš bolestivá a pro pacienta nesnesitelná, vrací se do fáze popření. Je však důležité, aby v ní nesetřval příliš dlouho a znovu se pokusil o nalezení způsobu zvládnutí své situace (Křivohlavý, 1985).

Fáze – Vyrovnání

Toto je období, kdy se pacient vyrovnává se svou životní situací a kdy hledá nové způsoby adaptace na nové životní podmínky. Je to série pokusů nikoliv samostatný pokus, protože spousta ze zvolených cest není reálně možná a je tedy nutné hledat cesty nové (Křivohlavý, 1985).

Fáze – Smíření

Tato fáze je poslední fází Křivohlavého teorie. Je to fáze konečného řešení vlastní změněné životní situace. Cílem je, že: *„Pacient je schopen myslet na kritickou událost, aniž by ho to příliš deprimovalo a zároveň je schopen nemyslet na krizovou situaci, když na ni myslet nechce“* (Křivohlavý, 1985, s. 28). Jak sám autor ale uvádí, ne všechny případy končí takto definovaným smířením. Lze pozorovat také tzv. pasivní adaptaci, kdy se pacient smířuje s beznadějností svého stavu, uzavírá se do sebe, přestává aktivně spolupracovat při léčbě a přestává se svou nemocí zápolit. Nebo naopak můžeme pozorovat nesmíření neboli dekompenzaci, kdy se pacient stává netrpělivým, nepřátelským až agresivním. Sám radikálně zasahuje do léčby, vyžaduje změny, což může přerůst až do otevřeného boje proti všemu (Křivohlavý, 1985).

3.2 Další teorie psychického zpracování úrazu

Jak už bylo řečeno v úvodu, člověk, který utrpí úraz páteře a míchy, se po zjištění tohoto faktu dostává do krize. Holmes a Rahe (1967) ve své škále náročných životních situací hodnotí závažný úraz dokonce jako šestý největší životní stresor. Nahlédneme-li psychické zvládání úrazu jako zvládání životní krize, můžeme si uvést například fáze zvládání situační krize dle Badury–Madeje (1999), který rozlišil 4 fáze:

- 1) Šoková fáze.
- 2) Fáze emoční reakce.
- 3) Fáze zpracování krize.
- 4) Fáze nové orientace.

Často zmiňovanou teorií, která se také dá aplikovat na psychické zvládání závažného úrazu, jsou fáze smutku dle dr. Elisabeth Kübler–Rossové. Její teorie byla původně vytvořena pro umírající pacienty, avšak dnes je již známo, že je platná i pro situaci ztráty, ohrožení, chronické nemoci, úrazu a dalších situací. Jednotlivé fáze jsou uvedeny tak, jak jsou obvykle řazeny za sebou, avšak je časté, že pacienti neprocházejí všemi fázemi. Některé mohou vynechat a jiné vícekrát opakovat (Svatošová, 1995).

Fáze dle Kübler–Rossové (1992):

- 1) Šok, popření
- 2) Hněv, agrese
- 3) Smlouvání
- 4) Deprese
- 5) Smíření

3.3 Obranné mechanismy

Jak jsme se již zmínili výše, fakt, že člověk prochází jistými fázemi vyrovnávání se s úrazem, neznamená, že výsledkem je člověk, který je dokonale vyrovnaný a smířený se svým stavem. Jeho změněná životní situace je pro něj i pro okolí neustále neopominutelným tématem. Denně se setkává se stresujícími situacemi, které ho opakovaně upozorňují na jeho nynější životní realitu a vyžadují, aby k nim zaujal nějaký postoj, či je nějak řešil. K tomu, aby se člověk s takovými situacemi vypořádal a udržel si svou duševní pohodu, využívá obranné mechanismy. Průkopníkem v této oblasti byl především Sigmund Freud a poté jeho dcera Anna Freudová. Obrany, které si člověk může zvolit, dělí Vágnerová (1999) na dvě hlavní skupiny, které se rozcházejí do opačných směrů. Tyto dvě hlavní skupiny jsou definovány pojmy útok a únik. Volba obranných mechanismů je závislá na předchozí zkušenosti každého člověka. Nejpravděpodobněji jsou voleny ty obrany, které se v minulosti ukázaly jako uspokojivé.

Útok, jako obranný mechanismus aktivní může být naplněn jak verbálním projevem tak také neverbálním chováním. Může být vztažen k blízkým osobám jako k osobám

cizím, zástupným, předmětům či k sobě samému. Velmi často je doplněn přehnaně aktivním chováním, které ale může působit nepatříčně, nepříjemně a tedy vyvolávat spíše nežádoucí negativní dojem. Zahrnout sem můžeme také záměrné strhávání pozornosti k vlastní osobě (Vágnerová, 1999).

K únikovým obranným reakcím můžeme zařadit celou řadu mechanismů, které slouží k vymanění se ze situace, kterou nejsme schopni zvládnout. Patří sem:

Popření - Představuje selekci informací. Je odvislá od nepřijetí určitého faktu, který tuto selekci řídí. Postoje a chování jsou nereálně přizpůsobeny tak, aby podporovaly vytoužený stav.

Potlačení a vytěsnění – Funguje především pro úlevu mysli, je tedy vědomé. Cílem je odstranit z vědomí nadměrně zatěžující obsahy, se kterými si člověk neumí poradit.

Fantazie – Na rozdíl od předchozího bodu se pomocí fantazie nesnažíme zatěžující situace vymazat, ale přetvořit tak, aby pro nás nebyli tak zdrcující, případně dokonce aby vyznívali pozitivně.

Racionalizace – Tato obrana spíše než obsahy mění jejich odůvodnění. Více či méně logická zdůvodnění, pomáhají ochránit vědomí před příliš zničujícími fakty a příčinami.

Regrese – Je únikem do nižší vývojové fáze chování s cílem získat něčí, podporu, záštitu a zbavit se odpovědnosti. Člověk se tak stává závislým.

Identifikace – Je úlevou ve smyslu zlepšení sebedůvěry či získání sounáležitosti. Člověk využívající tento obranný mechanismus přebírá vlastnosti a chování svého vzoru. Benefity tohoto mechanismu převyšují potřebu zachovat si vlastní identitu nebo člověk není momentálně schopný si vlastní identitu vůbec vytvořit.

Substituce – Nastupuje ve chvíli, kdy člověku něco schází, ale není schopen toho dosáhnout. Pro zmírnění pocitu frustrace pak raději zvolí jiný cíl, který je dostupnější, i když nemusí být zcela uspokojivý.

Rezignace – Tento obranný mechanismus je výsledkem strachu z neúspěchu či neuspokojení a pocitu nedosažitelnosti, člověk, který rezignuje se ani nesnaží cíle dosáhnout a odmítá možné cesty.

Všechny tyto obrany mohou v určité míře využívat všichni lidé. Není-li však člověk po úrazu se svým stavem dostatečně smířený, může tyto obrany využívat v takové míře, že se stanou pro ostatní jeho výrazným rysem chování, který je může odradit od dalšího udržování vztahu či komunikace. To pak vede k dalšímu pocitu izolace, k neuspokojení ze sociálního kontaktu a k dalším obtížím v jiných oblastech (Vágnerová, 1999).

3.4 Pozitivní psychické důsledky úrazu

Ačkoliv to zní velmi neobvykle, takto rozsáhle a traumatické poranění může mít za určitých okolností ve svém důsledku i některé pozitivní dopady na osobnost, která si poraněním páteře a míchy prošla. Máme na mysli posttraumatický rozvoj osobnosti.

Mluvíme-li ovšem o posttraumatickém rozvoji člověka, nemáme na mysli procesy, jak traumatizovaná osobnost prochází fázemi vyrovnávání se s traumatem, jak jsme již podrobněji rozebírali výše.

„Posttraumatický rozvoj je definován jako významná pozitivní změna v životě, která může mít i své vnější projevy ve změně chování. Rozvojem se rozumí taková změna, při níž se člověk dostává nad svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života“ (Mareš, 2012). Tedeschi a Calhoun (2004) upozorňují, že posttraumatický rozvoj nevychází jako obvyklý, očekávaný důsledek zažitého traumatu, ale jako pozitivní odměna z boje s vlastním traumatem. Neočekáváme však, že by došlo k vymizení všech negativních pocitů a také stresu. Neočekáváme ani změnu pohledu na traumatickou událost. Je to spíše nalezení něčeho pozitivního v záplavě negativních okolností a pocitů, co nás v nějaké rovině posune výš. Rozvoj je spatřován jak ve výsledku, tak také v procesu samotném. Žádoucí pozitivní výsledek není nijak časově vymezený. Pozitivní vlivy můžeme nacházet po měsících nebo i řadě let (Mareš, 2012).

Mareš (2012) uvádí kritéria traumatické události, která jsou základem pro možný posttraumatický rozvoj člověka:

- událost je šokující – objevuje se náhle, neočekávaně, nepředvídaně;
- z pohledu jedince se nedá ovlivnit, je mimo jeho možnost ji kontrolovat a řídit;
- vina za průběh události leží mimo jedince, zpravidla nemůže za to, co se stalo;
- jedinci buď hrozí fyzická či psychická újma, anebo se už negativní dopady aktuálně projevují;

- okolnosti, které se objevily v souvislosti s danou událostí, nejsou něčím běžným, naopak jsou pro jedince mimořádné, výjimečné;
- událost přináší jedinci dlouhodobé a často nevratné problémy;
- jedinec přechází do další, mnohem zranitelnější etapy svého vývoje.

Traumatizovaná osobnost je tedy hluboce zasažena, nevidí žádný smysl v tom, co se jí stalo, je zmatená, nevidí možná východiska ani únik, ztrácí kontrolu. Důležitým ukazatelem je subjektivní závažnost traumatu. Při „nedostatečně silném“ traumatu není předpoklad dalšího traumatického rozvoje (Mareš, 2012). Výzkumy různých autorů ukazují, že subjektivně vnímaná hloubka traumatu je úměrná subjektivně vypovězené hloubce posttraumatického rozvoje (Linley & Joseph, 2004; Stantonová, Bower, & Low, 2006 in Mareš, 2012). Objektivně život ohrožující situace je spouštěčem myšlenek o smyslu života, bolesti a utrpení, jež také mohou vést k posttraumatickému rozvoji (Stantonová, Bower, & Low, 2006 in Mareš, 2012). Naopak u příliš závažného, zahlcujícího traumatu jsou narušené kognitivní mechanismy zvládání, které posttraumatickému rozvoji brání (Mareš, 2012).

3.5 Negativní psychické důsledky úrazu

Můžeme předpokládat, že každého, kdo si prožije úraz páteře a míchy s trvalým poškozením, stihnou různé negativní myšlenky a pocity. Je to naprosto přirozený jev. Z vlastní opakované zkušenosti víme, že hovoří-li někdo z takto poraněných pacientů o tom, že mu jeho zranění nijak nekomplikuje život a že se s ním bez obtíží a snadno vyrovnal nebo dokonce negativními pocity netrpěl, je to spíše známkou prozatímního emočního nepřijetí situace, které bude mít ještě následný vývoj. Tedy, že vlna negativních emocí se ještě dostaví. Nebo v druhém případě nechce odkrývat své skutečné pocity.

Ztráta různých možností, kompetencí, životních plánů a snů vede u mnohých k nástupu deprese, úzkosti, stresu. U některých se mohou rozvinout také afektivní poruchy či posttraumatický stres. Tyto obtíže byly předmětem výzkum Migliorini, Tonge, Taleporos (2008), kteří publikovali svou studii, z níž vychází, že celkem 48,5% respondentů, dle jejich měření, trpělo obtížemi z hlediska duševního zdraví, z toho 37% respondentů trpělo depresí, 30% úzkostmi, 25% závažnou formou stresu a 8,4% posttraumatickou stresovou poruchou.

Jiné výzkumy se zabývaly možnostmi vzniku deprese a úzkosti u lidí po poranění míchy ale také mírou, jakou jsou těmito chorobami ohroženi ve srovnání se zdravou populací. Výsledky výzkumu se různí. Hoffman, Bombardier, Graves, Kalpakjian a Krause (2011) publikovali rozsáhlou studii s 1035 respondenty, jež se zabývala výskytem deprese u lidí s poraněním míchy v rozmezí 1 - 5 let po úrazu. Zjištěné výsledky ukázaly, že výskyt deprese je u těchto lidí v rozmezí 18% - 21%. Jako rizikové faktory zvyšující možnost výskytu deprese určili především nadužívání alkoholu, zvýšení zažívané bolesti a zhoršení zdravotního stavu.

Krause, Kemp a Coker (2000) ve svém výzkumu deprese u lidí po poranění míchy našli signifikantní příznaky deprese u 48% respondentů, přičemž 10-15% respondentů vykazovalo vážnou formu deprese. Výzkumu se zúčastnilo 1391 respondentů minimálně 1 rok po úrazu.

Výzkum zabývající se výskytem depresivních a úzkostných symptomů u osob s poraněním míchy publikovali v roce 2006 také Woolrichová, Kennedy a Tasiemski (2006). Ukázalo se, že 21% respondentů trpí některými depresivními příznaky. Ženy skórovaly na škále úzkosti obecně výše než muži a pohybovaly se v pásmu mírné klinické úzkosti. Celkově byl výsledek obou pohlaví v depresivitě a úzkosti mírně zvýšený oproti normální populaci, avšak nižší než u některých jiných onemocnění.

Vzhledem k tomu, že výzkumy byly prováděny v různých zemích, různými metodami a při použití různých kritérií pro určení deprese, je pochopitelné, že výsledky výzkumu se navzájem odlišují. Můžeme se ale shodnout na faktu, že míra ohrožení depresí či úzkostí je poměrně vysoká a je tedy nutné se této problematice u lidí po poranění páteře a míchy věnovat.

3.6 Sebevraždy

Sebevraždu můžeme definovat jako úmyslné, dobrovolné jednání s cílem ukončit svůj život za použití prostředků, které k tomuto cíli pravděpodobně povedou (Viewegh, 1996). Než však člověk k takovému jednání přistoupí, prochází určitými fázemi vývoje. Dle Boučka (2003) tyto fáze popsal Poeldinger jako fáze:

- úvahy
- ambivalence
- rozhodnutí

V rámci těchto fází můžeme pozorovat varovné příznaky, které by nás jasně měli upozornit na možné riziko sebevražděného jednání. Tyto příznaky jsou součástí Ringelova presuicidálního syndromu a zahrnují dle Boučka (2003):

- zúžení zájmů, stažení se do sebe, omezení sociálních kontaktů
- obrácení agrese vůči vlastní osobě
- sebevražděné fantazie a sny

Vzhledem k tomu, že poranění páteře a míchy je traumatická životní událost, uvádí ji Bouček (2003) jako rizikový faktor vzniku sebevražděného jednání. Je tedy nutné v rámci terapeutického kontaktu v průběhu rehabilitace, ale i kdykoliv v pozdějším kontaktu s takto poraněnými lidmi, takové riziko nepodceňovat. Vznik a rozvoj negativních emocí spojený s úrazem je nutné velmi pečlivě sledovat, protože může docházet k jejich postupnému prohlubování v závislosti na postupném uvědomování si své situace případně na možných dalších přidružených komplikacích spojených jak se zdravotním stavem, tak také se životem v rámci sociálních vztahů. Včasné nepodchycení závažnosti těchto negativních emocí může v nejhorším případě přerůst v pokus ukončit svůj život.

Charlifue a Gerhart (1991) uvádějí procento výskytu sebevražd u lidí po úrazu páteře a míchy 2x-6x vyšší než u většinové populace. Tento údaj potvrzuje také Hartkopp et al. (1998), kteří stanovili procento rizika výskytu sebevraždy u lidí s poraněním páteře a míchy na 5x vyšší než u většinové populace.

DeVivo, Black, Richards a Stover (1991) ve svém výzkumu vymezili některé faktory ovlivňující riziko spáchání sebevraždy u lidí po úrazu páteře a míchy. Vymezili především časové období, kdy je riziko sebevraždy nejvyšší. To stanovili mezi 1. a 5. rokem po úrazu. Zároveň upozornili, že je vyšší riziko sebevraždy také do prvního roku po úrazu. Po 5. roce po úrazu však riziko není již tak vysoké. Z hlediska věku určili jako nejrizikovější rozmezí mezi 25. a 54. rokem života. Zároveň však upozornili, že je zvýšené riziko sebevraždy také před 25. rokem života.

3.7 Stigmatizace

Přestože je problém stigmatizace nejčastěji zmiňovaný v souvislosti s psychickými nemocemi, je samozřejmě i součástí života lidí s tělesným postižením a tedy i lidí užívajících invalidní vozík po úrazu páteře.

Goffman (2003) termín stigma vysvětluje jako silně diskreditující atribut. Téma stigmatu se objevilo již v dobách starého Řecka, kdy byly označovány osoby s domnělým špatným morálním statutem. Těmto lidem byla na těle vyřezána či vypálena značka, která měla ostatní upozornit na tuto skutečnost. V dnešní době již nic takového nemáme, přesto společnost přiřazuje určitým lidem podle jejich tělesných znaků, sociální příslušnosti, původu a mnoha dalších kritérií určité vlastnosti tak, abychom se dokázali lépe orientovat ve světě a zjednodušili tak styk s novými, cizími lidmi. K úpravě námi rychle zvolených vlastností a předpokladů dochází až na základě hlubšího poznání (Goffman, 2003). Hadj-Moussová (2001, s. 70) dokonce definuje obecné mínění společnosti o postiženém: „*jako o osobě, která je na „okraji“, závislá spíše na charitativní pomoci a soucitu okolí.*“ Vágnerová (2004) přidává poznatek, že viditelná postižení u zdravých lidí často vyvolávají dojem, že si je postižený zavinil sám, od čehož se odvíjí i jejich přístup.

Viditelné tělesné postižení je pro okolní společnost mnohdy velmi významným faktorem, který zásadně ovlivňuje tvorbu prvotního názoru na daného člověka (Goffman, 2003). Tyrrell, Hetz, Barg a Latimer (2010) publikovali studii, v níž zjišťovali, jak lidé pohlížejí na osoby po poranění páteře a míchy. Studie zahrnula 198 respondentů s různými formami postižení a také příčinami jejich vzniku. Respondenti byli předem informováni o tom, zda si lidé s poraněním způsobili svůj úraz sami nebo zaviněním někoho jiného. Z výsledků vyšlo, že v obou případech jim byli sympatičtější ti lidé po úrazu, kteří žili fyzicky aktivní život.

Velmi důležité je, zda sama osoba, která je okolím stigmatizována, si tuto skutečnost uvědomuje (Goffman, 2003). Zde můžeme pozorovat rozdíl mezi získaným a vrozeným postižením. Zatímco lidé s vrozeným postižením si svou identitu a sociální postavení vytváří již od dětství, lidé se získaným postižením se musí se svým změněným postavením a identitou vyrovnat (Vágnerová, 2004).

Potýkání se se změnou, náročnější sociální situací mnohdy vede ke změnám v charakteristických rysech osobnosti, respektive ke zvýraznění některých rysů. Postižení lidé jsou vtlačováni do „role postiženého“. Zásadní a mnohdy jedinou jejich charakteristikou pro ostatní je právě jejich handicap. Stejně tak jako zdraví lidé i postižení se s tímto vlastním sebeobrazem mnohdy ztotožňují, čímž se sami izolují od společnosti. Navíc ve spojitosti s egocentrismem, jsou reakce na obvyklé podněty okolí rozkódovány jako narážky na postižení a reakce takto smýšlejících lidí je poté okolím hodnocena jako

nepřiměřená (Had-Mousová, 2001). V případě, že například lidé s tělesným postižením pocítují pokles požadavků a očekávání společnosti, snaží se vyniknout v určité oblasti natolik, aby ze sebe předpoklad nedostačivosti setřásl. Pocit nepříjemnosti z kontaktu „normální“ a stigmatizované osoby může vést ke snaze se od této situace izolovat. To je samozřejmě náročnější pro stigmatizovanou osobu. Může tak vyvstat problém celkové izolace a nedostatečné zpětné vazby od okolí a pocitu osamělosti. Stigmatizovaní ve styku s normálními mohou zažít také pocit odhalení soukromí. Typickým příkladem jsou viditelně tělesně postižení, kteří svým vzhledem velmi upoutávají pozornost okolí, které na ně nevybíravě hledí, případně klade až příliš osobní otázky na příčiny nebo zvládání různých denních úkonů. Reakce na nepříjemný pocit, který tato situace u stigmatizovaného vyvolává, může být opět připsána jako negativní vlastnost vycházející z postižení stigmatizovaného (Goffman, 2003).

3.8 Změna sebepojetí po úrazu

Sebepojetí si člověk utváří na základě zkušenosti celý život (Balcar, 1983). Je složeno z různých částí, avšak jeho proměnlivost je spíše nižší. V případě tak zásadních životních změn jako je úraz páteře a míchy a s nimi spojené ztráty mobility a dalších funkcí, je však sebepojetí vážněji narušeno. Vágnerová (2001, volně z Balcar 1983 a Říčan, 1972) uvádí hned několik hlavních složek určujících sebepojetí člověka.

Pro nás je velmi důležitý především vjem a představa vlastního těla. Obraz nás jako zdravého člověka, který svým vzhledem a možnostmi nijak nevybočuje z normálu nebo spíše v pozitivním směru v případě atraktivního fyzického vzhledu, je narušen. Člověk po úrazu se musí znovu adaptovat na svou novou fyzickou podobu a své možnosti. Častou možností, jak se vyrovnat s náparem změny svého vzhledu, je potřeba poukazovat na části těla, které jsou podle našeho názoru dostatečně reprezentativní, tak aby odvedli pozornost. Kompenzaci je možné hledat také v oblasti dovedností či vědomostí, což může být snaha o dokázání své normality a srovnatelnosti se zdravými lidmi (Vágnerová, 2001).

Součástí sebehodnocení je také emoční složka. Pozitivní či negativní vztah k sobě samému. Ten je velmi ovlivněn možnostmi navázat partnerství, realizovat sny, úspěchy ve škole či v zaměstnání a hodnocením rodiny a vrstevníků. Nesplnění původní aspirační úrovně vede ke snížení kladného sebehodnocení a snížení vlastní subjektivní ceny v kolektivu (Vágnerová, 2001).

Významná je také sociální role. Přijetí role nemocného je u získaného postižení velmi obtížná především proto, že nepřináší příliš mnoho pozitivních aspektů oproti těm negativním. Přijetí sociální role nemocného znamená uznání faktu, že se člověk výrazně odliší od zdravých lidí a jeho možnosti jsou sníženy. Je spojována se závislostí, pasivitou a sníženou kompetentností (Vágnerová, 2001).

3.9 Chronické onemocnění

Zvládání chronicity svého stavu po úrazu je velmi důležitou složkou života lidí po úrazu páteře a míchy. Zvládnutí chronického průběhu následků po poranění má přímý vliv na kvalitu života.

LeBlanc, Goldsmith, & Patel (2003, s. 859) definuje chronické onemocnění jako *„nemoc, která vyžaduje alespoň 6 měsíců nepřetržité lékařské péče, způsobuje trvalé změny životního stylu, chování a neustálý proces adaptace na její nepředvídatelný průběh.“*

Chronic Illness Alliance (2011) se naopak ve své definici přímého časového vymezení nemoci vzdalo. Chronické onemocnění definuje jako *„onemocnění, které je trvalé nebo trvající po dlouhou dobu. V průběhu času se může pomalu zhoršovat. Může vést ke smrti nebo může zcela odeznít. Dále může způsobovat trvalé tělesné změny. Jistě bude ovlivňovat kvalitu života nemocného.“*

Definice chronické nemoci se různí. Dosud neexistuje jedna uznávaná, obecně platná definice. Dokonce se můžeme setkat s různými synonymy pro toto slovo, jako jsou „chronické onemocnění“, „dlouhodobé onemocnění“ a další (Chrastina, Ivanová, Ježorská, & Bártlová, 2012). Velmi často se však setkáváme se třemi zdroji, z nichž vychází základ pojetí a obsahu slova chronická nemoc. Jsou jimi (Křivohlavý, 2002, s. 15-22):

- Disease – vymezení pro nozologickou jednotku, která má své vymezené příčiny a mechanismy, které vedou ke vzniku a rozvoji nemoci a také svůj předem stanovený postup léčby. Jde o medicínskou klasifikaci nemoci.
- Illness – vymezení z hlediska subjektivního náhledu pacienta na svou nemoc. Tento pohled utváří dřívější zkušenost s nemocemi, prožívání a současný postoj k vlastnímu onemocnění. Vliv mají také zkušenosti s postoji nukleární rodiny k nemocem. Jde o psychologickou klasifikaci nemoci.
- Sickness – je vymezení ze sociologického hlediska. Jedná se o sociálně vymezenou roli nemocného, tedy to, co očekává společnost od nemocného.

Pro nás je tedy podstatné především vymezení z hlediska pojmu illness. Úraz a jeho následky jsou trvalého rázu a zasahují mnoho oblastí člověka, je však velmi podstatné, jak

člověk tyto změny nahlíží, jaký mají pro něj význam, jaké má zdroje a jaké zvolí strategie k zvládnutí této situace, ale také všech dalších, které vyvstanou z jeho stavu.

Oblasti života, které takový úraz změní, se týkají rodinného života, sociálních vztahů, životních cílů, pracovních možností, změny sebepojetí a mnoha dalších, které budeme postupně podrobněji rozebírat v dalším textu. Při vyrovnávání s úrazem a jeho chronickým dopadem na život přicházejí pocity úzkosti, deprese, pocit závislosti na pečujících osobách (Zacharová & Šimíčková – Čížková, 2007).

Corbin a Strauss (1988) vymezili tři oblasti, které je nezbytné ošetřit a které se přímo váží na chronické onemocnění. Jsou jimi:

- zdravotnicko – lékařský management daného stavu
- tvorba a dodržování nově vzniklých „užitečných rolí“
- zvládání hněvu, strachu a obav, frustrací a zármutku

Pro zvýšení kvality života a co nejvyšší adaptaci na svou chronickou nemoc tedy za zásadní vymezili dostatečnou lékařskou péči, která bude pro člověka kvalitní a jeho stavu neoptimálnější. Zároveň však poukazují na nutnost ošetření negativních emocí a prožitků spojených s nemocí a jejími následky a také na adaptaci na svou novou roli a podporu možností z ní vyplívající tak, aby kvalita života a znovuzачlenění do společnosti bylo co nejvyšší.

Falvo (2005, s. 1) blíže přiblížil oblasti, které mají, dle jeho názoru, přímý vliv na rozsah dopadu chronického onemocnění na život člověka a na vyrovnání se s chronickou nemocí. Jsou jimi:

- povaha onemocnění
- stav před nemocí/ premorbidní osobnost
- význam (výklad pojmu) onemocnění nebo zdravotního postižení pro jedince
- současná životní situace nemocného
- stupeň rodinné a sociální podpory

Tyto faktory stanovil Falvo jako ovlivňující pohled chronicky nemocného člověka na svůj stav. Falvo (1991, s. 2) vymezil také oblasti, které mohou být chronickou nemocí zasaženy a ohroženy. Jsou jimi:

- ohrožení života a fyzické pohody;
- ohrožení tělesné integrity (homeostázy) a komfortu (důsledkem nemoci, léčby, nebo postupů);
- ohrožení nezávislosti, soukromí, autonomie a kontroly;

- hrozby pro sebepojetí nemocného a plnění obvyklých sociálních rolí;
- ohrožení životního cíle a plánů do budoucna;
- ohrožení vztahů s rodinou, přáteli, kolegy;
- ohrožení schopnosti zůstat v důvěrně známém prostředí;
- ohrožení ekonomické samostatnosti nemocného.

Můžeme říci, že se jeho výčet dotýká všech základních oblastí života a pro člověka s chronickým onemocněním, tedy i pro člověka po úrazu páteře a míchy, je velmi zatěžující. Vzhledem k tomu, že jednotlivé oblasti, na které je zde poukazováno, jsou v průběhu života proměnlivé, je adaptace na chronickou nemoc a její zvládání celoživotní souboj.

4 Kvalita života

Kvalita života je pojem, který se běžně objevuje v našem životě. Jeho přesné vymezení je dle našeho názoru poměrně problematické, protože faktory, které sytí kvality jednotlivých lidských životů, jsou subjektivní a u každého člověka alespoň částečně odlišné.

Poprvé se tento pojem objevil již ve 20. letech 20. století v souvislosti s řešením otázky zabezpečení sociálně slabých vrstev společnosti. V 60. a 70. letech se tento pojem stal součástí projevů různých politiků a byl tak definitivně uveden do světa vědy a výzkumů, která se začaly zajímat o jeho definici (Wood-Dauphinee, 1999).

V roce 1975 vydal Straus jednu z prvních monografií zabývajících se kvalitou života chronicky nemocných pacientů a starých lidí (Křivohavý, 2002). Poté docházelo ke stále většímu rozvoji tohoto tématu a především v posledních letech došlo k výraznému pokroku v oblasti výzkumu. Pojem kvality života se dnes nahlíží z hlediska různých vědních oborů.

Přestože existuje mnoho definic kvality života, není zde jedna, která by byla obecně přijímána napříč různými obory. Lze však tyto teorie zjednodušit a zobecnit na dvě důležité roviny. První rovinou je rovina objektivní, která představuje materiální a sociální zajištění, z nichž vychází sociální status a také zdravotní stav. Druhá rovina, subjektivní, je představitelem subjektivní spokojenosti s vlastním emocionální životem a i životem všeobecně. Souhlasíme s názorem Hnilicové (2005), že hlavní motivem pro studium kvality života lidí je nacházet vhodné životní prostředí a životní podmínky, které můžeme dále rozvíjet či udržovat. Tyto životní podmínky by měly být nejlepší možnou konstelací pro život člověka. Měly by poskytovat prostor, kde může žít a užívat života a současně ve svém žití nacházet smysl (Hnilicová, 2005).

4.1 Metody měření kvality života

Metod, jak měřit kvalitu života, je mnoho a jsou děleny podle různých kritérií. Obecně můžeme rozdělit tyto metody na 3 skupiny podle toho, kdo podává informace o zkoumané osobě.

1. Skupina jsou metody, v nichž zkoumaná osoba sama o sobě poskytuje údaje.
2. Skupina jsou metody, v nichž jsou podávány údaje o zkoumané osobě poskytované druhou osobou.

3. Skupinu tvoří metody, v nichž se kombinují obě předchozí možnosti (Křivohavý, 2002).

Z jiného pohledu můžeme metody pro zjišťování kvality života rozdělit podle metody samotné. Máme tím na mysli, zda se jedná o interview, dotazníky, sebehodnoticí škály a jiné (Mühlpachr, 2001, Motlová, 2003 in Fischer, 1997).

Každý vědní obor nahlíží kvalitu života podle vlastních kritérií. Zatímco v psychologii je kladen důraz na prožívání životní pohody a životní spokojenost jako hlavní ukazatel kvality života, v sociologii přihlížíme na sociální status, majetek, sociální síť (Hnilicová, 2005). V medicíně je naopak kladen důraz spíše na zdraví a fyzický stav. Subjektivní pocit životní pohody z hlediska medicíny je tedy propojen se zdravím nebo naopak nemocí či úrazem (Hnilicová, 2005 in Bech 1993). Z tohoto důvodu si každý obor vytváří své vlastní metody ke zkoumání života a aspekty, které jsou v nich sledovány, jsou rozdílné nebo je jim alespoň věnována odlišná míra důležitosti v celkovém obrazu kvality života. Uvedeme si nyní některé metody, jimiž lze zjišťovat kvalitu života s ohledem na jednotlivé obory.

Dle Křivohlavého (2005) byli předchůdci zmiňovaného medicinského přístupu v měření kvality života pravděpodobně HS (Health state), což byly rejstříky zdravotního stavu. Rozvoj metod na měření kvality života byl spojen především s těžce nemocnými nebo umírajícími pacienty. Ke zkoumání jejich stavu a kvality života byly vytvořeny metody jako: HRQoL – Health Related Quality of Life, která se začala rozvíjet již v 80. letech minulého století (<http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>), APACHE II – Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System (Knaus, Draper, Wagner, & Zimmermann, 1985) nebo QoL – Quality of life of the patient, která je v současnosti jednou z nejpoužívanějších metod tohoto druhu ve světě (Spitzer et al., 1981).

4.2 Psychologické metody měření kvality života

Jak již bylo řečeno, psychologie ztotožňuje kvalitu života s odlišnými faktory než medicína nebo sociologie. Můžeme zde pozorovat několik pojmů, které jsou důležité pro kvalitu života. Hnilicová (2005) operuje především s pojmy: spokojenost se životem, subjektivní pohoda, štěstí.

Spokojenost se životem, jinak řečeno životní spokojenost by měla podle Hnilicové (2005) představovat souhrn faktorů, které zapříčiňují, že člověk hodnotí svůj život jako spokojený. Hledá okolnosti a podmínky, které na lidský život působí pozitivně.

Subjektivní pohoda – subjective well – being je velmi rozšířený pojem i ve světě. Hnilicová (2005) uvádí, že subjektivní pohoda je složena z kognitivní a emocionální dimenze. Kognitivní dimenze představuje rozumové hodnocení našeho života. To znamená, jestli jsme s naším životem spokojeni. Emocionální dimenze je složena z kladných a záporných afektů, které doprovází dění v našem životě. A snaží se vymezit, který druh emocí, pozitivní či negativní, jsou nám více vlastní. Stack a Eshleman (1998) uvádějí, že štěstí je subjektivním ukazatelem pozitivních emocí.

Haybron (2003) uvádí 3 možnosti, jak uchopit pojem štěstí. 1. Štěstí jako hedonismus, kdy je pouze výsledkem převahy pozitivních emocí nad negativními. 2. Štěstí je bráno na úrovni postoje k vlastnímu životu. Být šťastný zde znamená mít pozitivní postoj ke svému životu. Tento pohled můžeme ztotožnit s pojmem životní spokojenost. 3. Pojetí pak reprezentuje štěstí jako afektivní složku nebo alespoň velmi významnou část z něj. Pojem štěstí, narozdíl od Hnilicové, ať už v jakékoliv rovině, považuje za naprosto stěžejní a nejvíce rozhodující faktor vzhledem k lidskému blahu.

Nyní si uvedeme některé psychologické metody měření kvality života, které zkoumají výše uvedené pojmy. První z metod, které si uvedeme a které měří životní spokojenost nebo kvalitu života je Dotazník životní spokojenosti, který vytvořil Knobloch. Proband v něm hodnotí 20 okolností, které se nějak mohly vyskytnout v jeho životě a případně také to, jak ho ovlivnily vzhledem ke své intenzitě a kvalitě. Další možností je Škála životní spokojenosti ve stáří publikovaná Kollárikem, Poliakovou a Ritomským (1987). Test souvisí s věkem a problémy s ním spojenými včetně schopnosti uspokojování vlastních potřeb. Je vhodný pro ženy starší 55 let a pro muže starší 60 let. Ve výzkumu sleduje 3 oblasti života: pozitivní sebehodnocení, optimistický postoj k současnému vývojovému stádiu a uspokojení z každodenních činností (Svoboda, 1999). U nás velmi rozšířenou metodou je SEIQoL – The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life autorů O'Boyle, McGeeho a Joyce (1994) v ČR v překladu Petříkové a Křivohlavého (2001). Narozdíl od předchozích metod je výzkum prováděn formou strukturovaného rozhovoru. Zvláštností této metody je, že si proband sám určuje 5 životních podnětů, cílů a přiřazuje jim procento úspěšnosti s jakou se mu je daří naplňovat. Výhodou takto

koncipované metody je, že je vždy individuální a nepodsouvá stále stejné životní cíle či situace, které nemusí být pro život probanda výstižné či důležité (Křivohlavý, 2001, 2002).

Pro úplnost si uvedeme ještě některé další metody, které lze k takovému výzkumu v psychologii použít. Jsou jimi například Flourishing Scale (Slocum-Gori, Diener, Zumbo & Michalos, 2009, Diener et al., 2010), SQUALA – Subjectiv Quality of Life Analysis (Zannotti, 1992, Motlová, Dragomerická, 2003) nebo Škála spokojenosti se životem – SWLS – Satisfaction With Life Scale (Diener, 1985, Slocum – Gori et al., 2009).

4.3 Vnější činitele ovlivňující kvalitu života

Úraz, který pacient utrpí, velmi hluboce ovlivňuje jeho život. Většina životních rolí se hroutí. Neschopnost neomezeného pohybu má vliv na socializaci, vývoj osobnosti, psychické i fyzické zdraví, schopnost komunikovat, sdružovat se (Michalík et al., 2011). Člověk se stává nesamostatným, závislým na ostatních. Jsou ohroženy jeho vztahy, životní cíle, mnoha věcí a činností, jako je třeba sport, se musí vzdát, alespoň v jejich původní podobě. Hledá nový smysl života. Snaží se opět zapojit do majoritní společnosti a splynout. My se v následujícím textu budeme zabývat některými aspekty, které k tomuto začlenění napomáhají a zvyšují tak pacientovu kvalitu života, neboť hlavním cílem tohoto snažení u většiny pacientů je především přiblížit se obrazu života majoritní společnosti a získat ve svém snažení smysl a pozitivní náplň svého života

4.3.1 Rodina

Rodina poskytuje významnou sociální a emoční podporu, zvyšuje motivaci k překonávání obtíží a je většinou nejbezpečnějším útočištěm pro zdravotně postiženého člověka. Samota je velmi nepříjemná. Osamělí lidé nejsou příliš motivováni ke snaze, protože nevidí důvody, proč se snažit a zároveň jim chybí emoční podpora (Vágnerová, 1999). Z vlastní zkušenosti víme, že rodina, která podává člověku po úraze oporu a sdílí s ním jeho naděje na zlepšení jeho kvality života je velkým motivátorem snažení pacienta svou životní situaci zlepšit a zvýšit svoji kvalitu života.

Úskalím je, že rodiče většinou přebírají pečovatelskou roli, kterou zaujímali v době, kdy byl jejich syn či dcera ještě dítě. Násilně ho tlačí do role závislého, snižují rozvoj jeho schopností a omezují rozvoj jeho snah o znovunabytí soběstačnosti (Vágnerová, 1999).

4.3.2 Partnerské vztahy

Velký význam má získání životního partnera. V případě postiženého člověka tento fakt má dokonce vyšší význam než u člověka zdravého. Kromě uspokojení, které přináší intimní vztah sám o sobě, nabývá také velmi významné sociální hodnoty. Zvyšuje sebevědomí postiženého člověka a zároveň poukazuje na jeho normalitu. Proto je také u těchto lidí zvýšená potřeba uzavírat manželství (Vágnerová, 2004).

Typické pro navazování vztahů postižených lidí je také fakt, že velmi často navazují vztahy s lidmi, kteří také trpí nějakým postižením. Je to dáno jednak tím, že jejich sociální kontakt je omezen a velmi často se stýkají převážně s lidmi, kteří mají také nějaké postižení, a pak také tím, že s partnerem s postižením mají podobné problémy a cítí se rovnocenní. Navíc fakt, že by pro oba partnery bylo složitější nalézt nového partnera, přispívá k dobré stabilitě vztahu (Vágnerová, 2004).

U pacientů u nichž dojde k úrazu až v dospělosti se spíše než nalezení vhodného partnera může řešit otázka udržení stávajícího partnerství. Vzhledem ke ztrátě některých schopností a možností partnera po úrazu se mění i role v partnerství a jejich úlohy (Vágnerová, 2004). Nebezpečím v takovéto změně postavení partnerů je, podobně jako u rodičů, že se ze zdravého partnera stane pečovatel (Murphy, 2001). Přestože je partnerská situace takto radikálně pozměněna, je velmi důležité věnovat velkou pozornost a péči zdravé reorganizaci vztahu a opětovnému vytvoření partnerské intimity i za těchto nových podmínek.

Dalším možným vývojem vztahu je rodičovství. Rodičovství uspokojuje potřebu seberealizace, je relativně snadno dostupné a navíc je dalším důkazem normality. Navíc děti velmi významně posilují sebejistotu postiženého člověka, protože jsou samy alespoň v prvních letech závislé a dávají tak možnost zažít člověku s postižením nepříliš obvyklý pocit závislosti někoho jiného na něm (Vágnerová, 2004).

4.3.3 Přátelské vztahy

Přátelské vztahy jsou další složkou, která poskytuje významnou emoční a sociální podporu. Zároveň jsou výborným pomocníkem ve zpětném začleňování do společnosti zdravých lidí. Navíc mohou přátelé poskytovat lepší zpětnou vazbu na pokroky ve vyrovnání se s postižením (Vágnerová, 2004) a tím zpětně podpořit sebedůvěru a další snažení. Vztahy s vrstevníky či přáteli jsou ohroženy změnou postojů, hodnot a životních cílů. Člověk po zranění se vlivem různých příčin může stát pouze pasivním příjemcem

informací v rozhovoru, který by před zraněním považoval za zajímavý. Posun hodnot a zájmů může uzavřít prostor, ve kterém byly společné zájmy a hodnoty s přáteli sdíleny.

Mnohdy se také u postižených lidí objevují emoce jako vnitřní napětí, hořkost, nespravedlnost vlastního osudu, které mění postoj postiženého člověka ke zdravým. Tento přístup se samozřejmě odráží i ve vztahu s přáteli, protože výlevy depresí, špatných nálad a výčitek deformují a narušují vztahy a vedou nakonec k jejich rozpadu (Vágnerová, 1999).

4.3.4 Práce

Nalezení zaměstnání nebo návrat do původního zaměstnání je dalším velmi důležitým faktorem procesu zpětného začlenění do společnosti a zvýšení kvality života. Postižený člověk se tím opět stává součástí společnosti, pro kterou je užitečný. Navrací se do kolektivu lidí. Získává určitý pravidelně se opakující režim. Pracovní začlenění je důležité nejenom proto, že zvyšuje ekonomickou nezávislost a další možnosti postiženého, ale hlavně proto, že podporuje sebevědomí a sebeúctu člověka, který tak i sám sobě ukazuje, že má stále vysokou cenu i přesto, že jeho původní plány a aktivity jsou již nyní třeba nemožné (Vágnerová, 2004).

Fadyl a McPherson (2009) provedli na Novém Zélandu výzkum, který se zabýval faktory, které ovlivňují rozhodnutí pro návrat do zaměstnání lidí po úrazu míchy. Zjistili, že rozhodující pro návrat do zaměstnání je především schopnost pracovat daná pracovními nároky a aktuálními zdroji, přítomnost odpovědnosti a tlaky související se zaměstnáním, možnost vhodného pracovního uplatnění a dostatečné výhody, které přijetím zaměstnání získají. Zároveň zde do hry vstupují i faktory, které pacient sám nemůže tolik ovlivnit, alespoň ve fázi hledání zaměstnání. Jeho možnosti jsou omezeny také možnostmi a zkušenostmi zaměstnavatelů. A v případě, že zaměstnání získá, také přístupem ostatních kolegů ale i jeho samotného. V roce 2010 byl v USA publikován výzkum, který stanovil, že průměrná doba pro nalezení prvního zaměstnání po úrazu míchy činí 3,8 let. Průměrná doba pro nalezení zaměstnání na plný úvazek pak činí 4,3 roky (Krause, Terza, Saunders, & Dismuke, 2010). Zjištěno bylo také, že nejvyšší návratnost do práce mají především lidé, kteří získali své poranění v mladším věku, mají méně závažné poranění a tedy vyšší funkční samostatnost (Lidal, Tuan Khai, & Biering-Sørensen, 2007).

Nástup do zaměstnání je i pro zdravého člověka stresující situací, avšak pro člověka po úrazu ještě mnohem více. Znovu se setkává se svou odlišností, nezkušeností okolí a

předsudky (Vágnerová, 2004). Zdárné překonání těchto obtíží však, podle našeho názoru, výrazně přispívá ke zvýšení kvality života a životní spokojenosti a je zároveň velkým životním prostorem pro zlepšení dalších oblastí života jako jsou sociální a partnerské vztahy, nalezení nových životních zájmů a smysluplnosti vlastního života.

4.3.5 Vzdělání

Vzdělání je velmi specifickou potřebou v životě člověka. Někteří lidé se věnují vzdělání velmi dlouhou dobu, jiní dávají přednost spíše rychlému přechodu do pracovního procesu. Osobně si myslíme a tento fakt byl potvrzený i výzkumem provedeným v roce 2005 na Taiwanu, že vzdělání je velmi dobrou cestou, jak zvýšit svoje šance na nalezení zaměstnání po prodělaném úrazu (Jang, Wang, & Wang, 2005), protože poskytuje velmi často možnost provádět manuálně nenáročnou práci, dostupnou i tělesně postiženým lidem, ale přitom vykonávat finančně dobře ohodnocenou práci. Především vzdělání získané po prodělaní úrazu zvyšuje motivaci k nalezení zaměstnání (Krause et al., 2010). Navíc je to opět činnost, která zvyšuje osobní cenu jedince a jeho sebevědomí.

4.3.6 Věk

Věk je jedním z faktorů, který velmi může ovlivnit způsob prožívání úrazu a adaptace na změny. S věkem je spojena jistá životní energie, očekávání, množství zkušeností či náhled budoucnosti. Mladí lidé i z těchto důvodů vnímají úraz a rehabilitaci jinak než lidé starší. Mladí lidé, kteří jsou konfrontováni se skutečností svého úrazu a jeho následků, často reagují vztekem, rozhořčením či neochotou přijmout následky úrazu jako fakt. Velmi často se u nich objevuje depresivní útlum nebo regredují do závislého postavení. Starší pacienti přijímají svoje obtíže o něco lépe (Reakce na nemoc a úraz – psychické obranné mechanismy a následky jejich selhání.). Na druhou stranu mladí lidé mají mnohem více možností, jak uzpůsobit svůj život novým okolnostem a podmínkám. Nejsou tolik upoutáni k dlouhodobému životnímu stereotypu. Podle našeho názoru jsou více ochotni změnit radikálně zaměstnání nebo se znovu věnovat studiu jiného, lépe vyhovujícího oboru. Starší lidé, kteří spíše stihli vybudovat pevné partnerské vztahy, které jsou schopny přestát takovou životní změnu, mají naopak výhodu v silném rodinném zázemí.

Zatěžujícím faktorem pro tělesně postižené osoby, u kterých vzniklo poranění v jakémkoliv věku a které si vytvořili jisté kompenzační mechanismy, kterými nahrazují svou ztracenou normální hybnost, je nástup příznaků stáří. Se zvyšujícím se věkem dochází

stejně jako u zdravých lidí také u tělesně postižených k úbytku fyzických sil. Tělesně postižení tak ztrácí schopnost využívat dosud funkční kompenzační mechanismy a jejich závislost na okolí se opět zvyšuje. Dochází opět k omezení sociálního kontaktu, narušení sociálních vazeb, zvyklostí a zájmů takového člověka a také k narušení osobní rovnováhy, což má přímý vliv na jeho kvalitu života. Nepřiměřená zátěž těla, která je daní za naučené kompenzační mechanismy, navíc může proces ztráty či velkého omezení funkčnosti kompenzačních mechanismů nebo i normálních svalových či kloubních struktur urychlit (Novosad, 2011).

4.3.7 Volnočasová aktivita

Zájmy a koníčky jsou velmi podstatnou aktivitou nejenom pro lidi s postižením, ale i pro zdravé lidi. Lidem s postižením umožňují integraci do společnosti zdravých lidí, ale i sdružování skupin lidí s podobným postižením, kde dochází k nalezení společných témat, psychické i fyzické relaxaci, psychické podpoře. Jsou prostředkem ke smysluplnému naplnění volného času (Jesenský, 2003). Některé zájmy dokonce mohou rozvíjet i motoriku, která mohla být úrazem narušena. Velkou oblastí ve volnočasových aktivitách tělesně postižených je sport, který mimo samotné radosti z vykonávání zábavné činnosti má velmi pozitivní vliv na fyzickou kondici tělesně postižených a pomáhá tak předcházet některým zdravotním komplikacím vzniklým ochabováním svalů (Kudláček, 2007). Z výzkumů vyplývá, že vyšší tělesná aktivita, kterou sport zajišťuje, vede k nižší míře prožívané bolesti a únavy a také k nižší depresivitě (Tawashy, Eng, Lin, Tang, & Hung, 2009). Zároveň pomáhá lépe se vyrovnat s poraněním, a to především v případě kolektivních sportů (Tasiemski, Brewer, 2011) a má tak nepopiratelný vliv na subjektivní pohodu, respektive na kvalitu života (Anneken, 2010, Ginis, 2010). V České republice je rozvinut například sledge hokej, což je hokej uzpůsobený lidem, kteří nemohou hrát hokej vestoje, basketbal na vozíku, plavání, boccia, lyžování a mnoho dalších (Kudláček, 2007).

4.3.8 Asistenční psi

Galajdová (1999) uvádí mnoho výzkumů, které se zabývali vlivem psů na lidi. Z nich například Sebková (1977), Anderson a spol. (1995) a další prováděli studie, kterými prokázali pozitivní vliv přítomnosti psů či jiných zvířat na zvládání stresových situací, na celkový zdravotní stav majitelů psů oproti ostatním nebo na výši a pohyby krevního tlaku.

Obecně kontakt se zvířaty, nyní nemyslíme pouze psy, je hojně využíván již v rámci terapie různých nemocí, ale i úrazů páteře. Využívá se například canisterapie či

hipoterapie. Kontakt se zvířaty je prostředkem pro navazování kontaktů a odvádí pozornost od vlastních problémů (Mráková, 2009). Pravidelný pohyb, který jsou majitelé psů nuceni vykonávat pravidelně při venčení, má pozitivní vliv na jejich zdraví a celý kardiovaskulární systém (Galajdová, 1999). Hlazení psů a koček při terapii zase přispívá k zlepšení jemné motoriky při postižení pohybového aparátu (Zárubová, 2008).

Asistenční psi pro lidi po úrazu páteře, kteří jsou upoutáni na invalidní vozík, zastávají pro své majitelé hned několik důležitých rolí. V první řadě jsou vycvičeni pro praktickou pomoc svým pánům. Dokáží například rozsvítit světlo, přinést požadovanou věc nebo ji odnést na požadované místo, upozornit jiné osoby na to, že jejich pán je v nebezpečí, zavírat a otevírat dveře, nakupovat a mnohé další. Jejich neméně důležitou rolí je však také jejich role společníka a důvěrníka. Péče o ně také zvyšuje sebevědomí jejich pánů, a jak již bylo řečeno, odvádí myšlenky od problémů jich samotných. Vlastnictví takového psa zároveň zvyšuje pocit samostatnosti, protože lidé upoutaní na invalidní vozík nejsou tolik odkázáni na pomoc druhých. Tuto pomoc je schopný zastat jejich asistenční pes. Pohyb venku s takto vycvičeným psem zároveň zvyšuje pocit bezpečí, neboť by pes v případě nouze mohl pomoci k ochraně majitele či přivolání potřebné pomoci, pokud si ji majitel v danou chvíli není schopen zajistit sám. V neposlední řadě pak vlastnictví psa ulehčuje kontakt majitele se svým okolím. Umožňuje navázání nových vztahů či prolomení komunikačních bariér u lidí, kteří například dříve nepřišli do kontaktu s osobou na invalidním vozíku a nejsou si jisti tím, jak s ní komunikovat. Tento nový komunikační prostor umožňuje lidem po úrazu páteře rozšiřovat svou sociální síť, podporuje pocit začlenění do společnosti a zvyšuje tak jejich kvalitu života (Galajdová, 1999).

4.3.9 Online sociální síť

V běžném životě se každý člověk snaží nějak reprezentovat. Ve své prezentaci je však částečně omezen realitou. Goffmann (1999) ve svém Dramaturgickém modelu sociální interakce popisuje jako části této sebeprezentace „Scénu“ a „Osobní fasádu“. Osobní fasáda je dále rozdělena na „Vzhled“ a „Způsob vystupování“. „Vzhled“ považuje za fakt určující společenské postavení. Lze tedy říci, že vzhled v obecném smyslu slova, je velmi důležitým a určujícím prvkem v komunikaci s ostatními. Mimo jiné i podle vzhledu si vytváříme první dojem. A právě v tomto ohledu mohou být online sociální sítě velmi přitažlivé pro lidi po úrazu páteře.

Online sociální sítě mohou být užívány k udržování reálné sociální sítě, která byla již vytvořena. Příkladem tohoto modelu je například Facebook (Navrátil, 2010). Nebo naopak mohou být prostorem pro získávání nových kontaktů s možností minimálně chytře prezentovat sebe sama, například Twitter (Emmett, 2009). Na druhou stranu v rámci online sociálních sítí je možné vytvořit jakoukoliv identitu, kterou si člověk vybere, což může být velmi nebezpečné v případě, že si člověk takovou identitu postaví nad realitu a nakonec v ní může i uvěřit a stát se otrokem vlastního virtuálního života.

Pro lidi a především pro ty, jež mají zhoršenou schopnost mobility, mají sociální sítě další pozitivní vlastnost. Umožňují komunikaci s přáteli, aniž by museli opouštět domov, což je pro ně jistě velkým pozitivem a ulehčením, které nejde na úkor ztráty kontaktu se svým sociálním okolím.

Online sociální sítě lze rozdělit podle toho, na jakou skupinu lidí se zaměřují. Facebook a Twitter, které jsme uvedli výše, jsou zástupci sítí, které jsou určeny všem bez další specifikace. Na druhou stranu existují i sítě, které sdružují určitý specifický okruh lidí (Vetchý, 2010). Novou specializovanou sítí, která sdružuje lidi s nemocemi, s postižením a lidi, kteří jsou s nimi jak v osobním tak pracovním kontaktu, je ILKDOM (ILKODOM, 2012). Je přístupná i v českém jazyce, avšak zatím není v České republice příliš využívána.

4.4 Vnitřní činitele ovlivňující kvalitu života

Kvalita života je utvářena mnoha aspekty. Některé vycházejí ze životní náhody, životních událostí, které nemůžeme ovlivnit, smrti a nemoci blízkých nebo naopak štěstí, příležitostí. A pak také z toho, jak tyto podmínky přetváříme ke svému prospěchu a co k tomuto přetváření máme k dispozici. Jsou to schopnosti, dovednosti, fyzické možnosti, finanční prostředky a v neposlední řadě psychické vlastnosti. I ty mohou výrazně přispět ke zlepšení či ustrnutí kvality života. Jsou významné vzhledem k přijetí nové životní situace po úrazu a také jako podpora či zátěž v tvorbě vyšší kvality nového života. Některé z nich si zde nyní uvedeme.

4.4.1 Nezdolnost

Nezdolnost bychom mohli označit jako osobnostní charakteristiku, která vyjadřuje chuť nepoddát se problému a bojovat s těžkostmi. Různí autoři tuto osobnostní charakteristiku uchopili v různých souvislostech (Křivohlavý, 2001).

Nezdolnost v pojetí resilience

„Termín „resiliency“ znamená doslova pružnost (elastičnost, houževnatost, mrštnost, nezlomnost – schopnost rychle se vzpamatovat apod.)“ (Křivohlavý, s. 71, 2001).

V našem případě by to tedy znamenalo, schopnost rychle se adaptovat na nové životní podmínky a schopnost rychle začít využívat dostupných možností.

Nezdolnost v pojetí koherence

Touto teorií se zabýval Aaron Antonovsky (1987, in Křivohlavý, 2001). Svou teorii zkoumal na Židech, kteří přežili holocaust. Termínem koherence byla vyjádřena: 1. soudržnost skupiny, 2. vnitřní soudržnost osobnosti jedince. Má-li jedinec k dispozici takovou soudržnou skupinu a zároveň je vnitřně soudržnou osobností, pak dle Antonovského dokáže zvládat životní těžkosti.

„Osobní charakteristiku koherence A. Antonovsky definoval třemi základními charakteristikami: srozumitelnost situace, smysluplnost boje a zvládnutelnost úkolu“ (1987, in Křivohlavý, s. 72, 2001). Všechny tyto charakteristiky jsou pojímány jako dimenze a jsou vymezeny kladnými a zápornými póly.

- Srozumitelnost

Je to schopnost chápat svět jako logicky uspořádaný.

Kladný pól je vymezen jako schopnost pojímat svět jako celek, do nějž lidé, věci i děje logicky zapadají, mají řád, jsou smysluplné a dají se částečně předvídat i do budoucnosti. Daná osoba je pak může chápat jako důvěryhodné věci, na něž se může spolehnout.

Negativní pól je to v případě, že osoba vidí svět jako chaotický zmatek bez daného řádu, kde nic není spolehlivé a pevné, kde je vše nelogické a nevyvratitelné (Křivohlavý, 2001).

- Smysluplnost

Kladný pól. Charakterizuje člověka, který věří, že situace je pro něj důležitá a má smysl vynaložit energii na pozitivní zvládnutí této situace.

Negativní pól. Je spíše chápán jako citová neangažovanost na tom, co se kolem děje (Křivohlavý, 2001).

- Zvládnutelnost

Kladný pól. Myšlení takového člověka je pozitivní ve směru, že důvěřuje sobě i svému okolí v tom, že je dostatečně kompetentní, a že má dostatek zdrojů ke zvládnutí situace.

Negativní pól. Člověk s takovým postojem vidí situaci jako bezvýchodnou. Necítí se kompetentní ji vyřešit a ani si nemyslí, že by na to měl dostatečné zdroje a podmínky. Takové myšlení často vede ke strachu, úzkostem nebo dokonce k depresi (Křivohlavý, 2001).

Propojením této Antonovského teorie se subjektivní pohodou se zabýval výzkum publikovaný v roce 2010. Autoři tohoto výzkumu zkoumali lidi po úrazu páteře v obdobích 6 týdnů, 12 týdnů a 1 roku po úrazu. Z výsledků vyplynulo, že lidé kteří dosahovali vysokého skóru v SOC scale³ v prvních měřeních dosahovali déle trvající a vyšší subjektivní pohody ve všech měřeních než ti, kteří skórovali níž (Kennedy, Lude, Elfström, & Smithson, 2010a).

Nezdolnost v pojetí hardiness

Nezdolností se zabývala také S. Kobasová (1979, in Křivohlavý, 2001). Podobně jako Antonovsky i Kobasová vytyčila tři charakteristiky, které dohromady tvoří hardiness neboli osobnostní tvrdost. Ta je složena z přesvědčení dané osoby, že je schopna řídit a kontrolovat dění kolem sebe (control), dále charakteristika oddanosti (commitment), tedy nakolik se daný člověk ztotožňuje s prováděnou činností a posledním je chápání těžkých životních situací jako možnosti k boji (challenge). V pozdějším výzkumu se ovšem prokázalo, že složka challenge nemá na výslednou míru nezdolnosti téměř žádný vliv.

4.4.2 Vnímaná osobní zdatnost (self – efficacy)

Tato charakteristika je dalším velmi významným faktorem zvládání těžkých životních situací. Teorie vychází z toho, že člověk je přesvědčen o vlastní zdatnosti a schopnosti ovlivňovat věci kolem sebe (Randusová, 2009).

³ SOC scale je škála, která měří nezdolnost v pojetí koherence podle Aarona Antonovského.

4.4.3 Teorie Juliana Rottera

V roce 1966 zveřejnil Julian Rotter svou práci, která se zabývala tím, jakým způsobem lidé přistupují k problémům. Zjistil, že existují dva typy lidí. První s interním Locus of control (LOC), jinak zvaní internalisté, kteří důvěřují vlastním schopnostem a vlastnostem a řídí se předpokladem, že oni sami ovlivňují dění kolem sebe, řeší problémy svým přičiněním, svou aktivitou. A druhý typ lidí, externalisté, kteří předpokládají zásah okolí, tedy že řešení problému není odvislé od jejich činnosti, ale od zásahu vnějších okolností, okolí, zásahem osudu. Toto jsou extrémní póly, ovšem Rotter předpokládal, že každý člověk se někde mezi těmito dvěma protiklady nachází (1966, in Křivohlavý, 2001). Jak tedy vymezil Rotter svoje protipóly, tak to také můžeme aplikovat na způsob vypořádání se, adaptaci na poranění a následně vzniklé životní změny a kvalitu života. Obecně lze říci, že lidé s vnějším místem kontroly se na svoje zranění a jeho následky adaptují hůř (Mohapl, 1992). Tento fakt ověřila také studie publikovaná v roce 2010, která potvrdila, že lépe adaptovaní jedinci po úrazu páteře jsou více internalisté (Waldron et al., 2010).

4.4.4 Pocit viny

K vyrovnání se s úrazem pomáhá i zlepšení fyzického stavu. Spolupracuje-li pacient se zdravotníky a terapeuti, jsou šance na zlepšení výrazně vyšší. K ochotě v léčbě pomáhat a snažit se přispívá i subjektivní i objektivní pocit zavinění. Vznikne-li zranění prokazatelně zaviněním pacienta, jeho vůle k uzdravení a rehabilitaci je prokazatelně vyšší, než v případě, že věří nebo to tak skutečně je, že jeho zranění zavinil někdo jiný (Bouchal, Konečný, 1979). Pocit alespoň částečné osobní zodpovědnosti tak přispívá k výrazně lepší adaptaci na život po úraze (Krause, Stanwyck, & Maides, 1998) a tedy k vyšší kvalitě následného života.

4.4.5 Víra

V první polovině 20. století zavedl Gordon Allport nové dělení víry. Rozlišil dva typy. Prvním je intrinsický typ víry, který reprezentuje hlubokou vnitřní víru, která vychází z jeho vlastního přesvědčení. Druhým typem je víra extrinsická, která navenek také splňuje obraz víry, avšak nevychází z vnitřního přesvědčení a motivy k jejímu udržování jsou spíše zjištěné či sociální (Křivohlavý, 2009). Kebza a Šolcová (2003 in Janečková, 2008) v této souvislosti uvádějí, že intrinsický typ víry poskytuje kvalitnější zážitek kontroly nad svým životem.

Křivohlavý a Petříková (2001, in Křivohlavý 2006) se zabývali výzkumem spojujícím hloubku duchovního života a kvalitu života, mezi nimiž zjistili pozitivní vztah. Christopher Ellison prováděl výzkum v USA, který byl zaměřen na faktory pozitivně ovlivňující kvalitu života lidí do 65 let. Jeho studie také potvrdila, že intrinsická víra má pozitivní vliv na kvalitu života, neboť lidé vykazující tento typ víry hodnotili svůj život jako kvalitnější (Křivohlavý, 2003).

Obecně je víra jednou z mnoha okolností, které přispívají k lepší adaptaci na nový život po úrazu (Janečková, 2008). Stríženec (2001 in Janečková, 2008) dokonce uvádí, že 20-40 % pacientů staví víru jako nejdůležitější faktor při boji se svým onemocněním. Víra poskytuje člověku jistý předobraz a možnosti, jakým způsobem se s novou situací vyrovnat. Obracení se k Bohu a pocíťovaná sounáležitost poskytuje emoční oporu, která je tím silnější, čím hlubší je samotná víra (Janečková, 2008).

Velmi důležitou proměnnou však je, zda věřící užívá kladné nebo záporné způsoby zvládání situace s pomocí víry. Koenig, Pargament a Nielsen (1998 in Křivohlavý, 2009) vyzkoumali, že pokud člověk ke zvládnutí závažné životní situace užívá víry jako pozitivního přístupu, tato pak snižuje jeho depresi a napomáhá k lepšímu zvládnutí. V případě, že ji však užívá v negativním pojetí, tedy například bere svůj úraz jako boží trest, tím více se navyšuje jeho depresivita.

Víra v Boha, ať už člověk vyznává jakékoliv náboženství, poskytuje také velký prostor pro širší sociální oporu v rámci aktivit a shromáždění typických pro každé náboženství.

4.5 Výzkumy v oblasti kvality života lidí po úrazu páteře

V oblasti kvality života bylo v posledních letech učiněno mnoho výzkumu, které se týkaly různých společností, národů, majoritních i minoritních skupin lidí. Sami jsme před dvěma lety prováděli kvalitativní výzkum, který se sice přímo netýkal kvality života lidí po úrazu páteře, ale zabýval se aspekty, které napomáhají lidem po úrazu páteře znovu se začlenit do života. Nahlédneme-li na tento výzkum z hlediska kvality života, vyvstaly z něj jasně některé aspekty jako sport, zaměstnání, samostatnost, sociální kontakty a další, které respondenti hodnotili pozitivně v procesu svého začlenění do společnosti. Tyto aspekty odpovídají oblastem života, které se hodnotí v rámci různých metod měření kvality života. Výzkum tak v podstatě potvrdil správnost zařazení těchto aspektů, které byly zmíněny i výše v této práci, do výzkumu kvality života lidí po úrazu páteře.

Abychom si však dokázali učinit alespoň částečný obraz o kvalitě života, jak již byla zkoumána, nebo jiných aspektech s ní souvisejících, uvedeme si zde některé výzkumy, které se touto problematikou zabývaly a také výsledky jejich zjištění.

V roce 2004 publikoval K Whalley Hammell svou studii, kterou provedl v Britské Kolumbii v Kanadě. Prováděl zde kvalitativní výzkum u 17 lidí po úrazu páteře s poraněním v oblasti C1-C4, kteří využívají komunitní bydlení⁴. Jeho výzkum potvrdil, že subjektivní kvalita života dotazovaných přímo souvisela s možností života v komunitě, který jim dával prostor pro samostatnost a soukromí. Oproti tomu život v ústavu hodnotili jako vězení. Dalé se v něm potvrdilo, že pro kvalitu života je důležitá náplň života a její smysluplnost pro daného člověka. Pozitivními aspekty byly opět mimo jiné partnerské vztahy, samostatnost, zaměstnání, vzdělání a další. Důležitým zjištěním autora ve výzkumu bylo, že nejlépe hodnotili kvalitu svého života lidé, kteří byli po úrazu nejdelší dobu a naopak nejhůře ti, kteří byli po úrazu nejkratší dobu, v tomto případě méně než 6 let (Hammell, 2004).

V roce 2009 publikovali Barker, Kendall, Amsters, Pershouse, Haines a Kuipers svou studii, kterou provedli v Queenslandu v Austrálii. Studie se týkala porovnání kvality života lidí po úrazu páteře se zdravou populací. Výzkumu se zúčastnilo 270 respondentů po úrazu míchy, přičemž autoři pominuli aktuální věk respondentů i věk, ve kterém prodělali úraz. Ve výzkumu prokázali, že kvalita života průměrného člověka po úrazu páteře je signifikantně nižší než u jeho zdravého vrstevníka. Autoři sami upozornili na fakt, že výzkum byl prováděn v rámci jednoho omezeného území, tedy že výsledky nelze zobecnit na celou populaci lidí po úrazu páteře, avšak později uvádějí, že výsledky jsou srovnatelné s podobnými výzkumy v dalších západních zemích (Barker et al., 2009).

Duggan a Dijkers publikovali v roce 2001 svůj kvalitativní výzkum týkající se kvality života po úrazu míchy. Výzkumu se zúčastnilo 40 respondentů, jejichž úkolem bylo definovat subjektivní kvalitu života. Části z nich se podařilo vytvořit definici, většina z nich však určila pouze aspekty, které ji utvářejí. Na základě respondentů určené výše kvality jejich života byli rozděleni do tří skupin a poté autoři porovnávali, jak jsou spokojeni s jednotlivými aspekty, které označili jako určující pro kvalitu života, v jednotlivých skupinách. Výsledky výzkumu ukázaly, že finanční zabezpečení, hmotný

⁴ Komunitní bydlení je forma bydlení, kdy žije 15 - 30 rodin pospolu, avšak každá rodina má svůj byt či dům a dohromady spoluvlastní společné prostory, kde se odehrává společenský život, podávají se jídla atd. Důraz je kladen na hlubší vztahy a zároveň samostatnost a nezávislost (Canadian cohousing network, 2004).

majetek, významné sociální postavení a delší čas od prodělání úrazu jsou nepostradatelnými předpoklady pro vysokou kvalitu života. Osobní růst a pozitivní vnímání změn následujících po úrazu jsou pak hlavní aspekty, které dokáží vyrovnat ekonomickou či sociální nevýhodu lidí ve druhé skupině, tedy ve skupině sdružující respondenty s dobrou či docela dobrou kvalitou života. Z těchto dvou zjištění pak logicky vyplynulo a výzkumem bylo potvrzeno, že nejnižší kvalitu života mají lidé po úrazu míchy, kteří postrádají finanční a hmotné zdroje a zároveň také emocionální a duchovní zdroje osobnosti (Duggan, Dijkers, 2001).

Mortenson, Noreau a Miller publikovali svou longitudinální studii v roce 2010. Zabývala se vztahem mezi kvalitami života v obdobích 3 a 15 měsíců po propuštění z rehabilitace po úrazu míchy a také indikátory kvality života. Velmi důležitým zjištěním této studie byl především fakt, že nedošlo k významnému posunu kvality života vzhledem k časovému odstupu od úrazu. Tento fakt zjistili ve své studii také Kennedy a Rogers (2000), kteří zkoumali rozdíly v časových obdobích 1 a 6 měsíců po ukončení rehabilitace. Ztotožňujeme se však s myšlenkou Mortensona, Noreaua a Millera (2010), kteří uvádějí i možnost, že k patrným změnám v kvalitě života je zapotřebí delšího časového úseku.

Oproti jiným výzkumům autoři nezjistili významný podíl manželství či nedostatečného výdělku na kvalitu života. Zatímco v období 3 měsíců po propuštění, byla nálada stanovena jako důležitý faktor v kvalitě života, v období 15. měsíce se stala nevýznamnou. Naopak podpora rodiny vystoupila ve výzkumu jako významný faktor až v období 15. měsíce (Mortenson, Noreau, & Miller, 2010).

Kennedy, Lude a Taylor (2006) publikovali výsledky své studie, která byla zaměřena mimo jiné na kvalitu života, copingové strategie a další. Zvláštností této studie bylo především to, že byla provedena ve 4 evropských státech. Respondenti byli dobře adaptovaní, vykazující normální míru úzkosti a depresivity, s pozitivními postoji a dobře využívající copingové strategie. Za důležité potřeby, které označili jako nedostatečně naplněné, označili zaměstnání, sexuální aktivitu a úlevu od bolesti. Bolest jako signifikantní složku ovlivňující kvalitu života potvrdili ve svém výzkumu například také Modirian et al. (2010) nebo Putzke, Richards a Dowler (2000). Nespokojenost se sexuálním životem lidí po úrazu míchy naopak potvrdil výzkum z roku 2010 (Kennedy et al., 2010b).

Otázka kvality života je mimo mnoho již uvedených aspektů spojena také s psychickým zdravím. Výzkum zabývající se výskytem depresivních a úzkostných symptomů u osob s poraněním míchy publikovali v roce 2006 Woolrichová, Kennedy a Tasiemski (2006). Ukázalo se, že 21% respondentů trpí některými depresivními příznaky.

Ženy skórovaly na škále úzkosti obecně výše než muži a pohybovaly se v pásmu mírné klinické úzkosti. Celkově byl výsledek obou pohlaví v depresivitě a úzkosti mírně zvýšený oproti normální populaci, avšak nižší než u některých jiných onemocnění.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Výzkumný problém a cíle práce

Jak již bylo naznačeno v úvodu, tematika míšního poškození po úrazu je pro nás významným tématem vzhledem k vlastní životní zkušenosti s touto problematikou. Na základě naší potřeby více prozkoumat tuto oblast jsme si stanovili výzkumný problém, kterým je kvalita života lidí po úrazu páteře a míchy, kteří již nemohou chodit. Rozhodnutí o omezení respondentů pouze na ty, kteří mají natolik omezenou hybnost, že již nejsou schopni chodit, vyvstalo z našeho předpokladu, že při zapojení respondentů, kteří jsou schopni chůze a zkoumání jejich kvality života by zjištěné hodnoty vedly k posunu v nasbíraných datech a výslednému posunu v hodnotách kvality života a jejich dílčích aspektech. Na základě našeho výzkumného problému jsme si dále stanovili dílčí cíle práce, k jejichž zjištění jsme směřovali výběr zjišťovaných dat.

Cíle práce:

- Zjistit kvalitu života lidí po úrazu páteře a míchy
- Zjistit propojení kvality života s dobou od úrazu.
- Zjistit vliv soužití v manželství na kvalitu života.
- Zjistit, jak ovlivňuje kvalitu života míra subjektivní soběstačnosti.
- Zjistit vztah mezi stupněm vzdělání a spokojeností se zaměstnáním.
- Zjistit vztah mezi aktivní sportovní činností a kvalitou života.

5.1 Hypotézy

- H1: Kvalita života před úrazem je statisticky signifikantně vyšší než po úrazu.
- H2: Existuje statisticky významná stochastická závislost mezi dobou od úrazu a kvalitou života.
- H3: Kvalita života lidí žijících v manželství je statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří v manželství nežijí.
- H4: Neexistuje statisticky významná závislost mezi kvalitou života a mírou soběstačnosti.

- H5: Existuje statisticky významný rozdíl mezi stupněm dosaženého vzdělání a spokojeností se zaměstnáním.
- H6: Kvalita života se statisticky významně liší u lidí, kteří aktivně sportují od lidí, kteří nesportují.
- H7: Kvalita života u lidí majících děti je statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří děti nemají.
- H8: Kvalita života lidí, kteří mají zaměstnání je statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří zaměstnání nemají.
- H9: Kvalita života lidí užívajících sociální sítě není statisticky signifikantně vyšší než kvalita života lidí, kteří sociální sítě nevyužívají.

6 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

6.1 Zvolený typ výzkumu

Vzhledem k citlivosti některých zjišťovaných aspektů v rámci tématu výzkumu a předešlé zkušenosti s kvalitativním výzkumem na stejném typu respondentů, kteří nebyli příliš ochotní účastnit se osobních rozhovoru a samostatně popisovat svůj život formou odpovědí na otevřené otázky, jsme se přiklonili ke kvantitativnímu typu výzkumu ve prospěch získání většího počtu respondentů. Díky většímu počtu nasbíraných dat jsou výsledky získané statistickým vyhodnocením relevantnější. Jako metodu získávání dat jsme využili dotazníkové šetření.

6.2 Metody sběru dat

Ke sběru dat jsme použili 2 dotazníky. První dotazník jsme sami vytvořili na základě stanovení podstatných aspektů, které dle našeho názoru sytí celkovou kvalitu života naší skupiny respondentů. K těmto aspektům jsme dospěli na podkladě předchozího zkoumání literatury a metod, které se zabývaly stejnou tematikou.

Náš dotazník je rozdělen do několika sekcí, které sdružují otázky sytící vždy jednu důležitou oblast, na závěr jsou uvedeny také 2 tabulky. V úvodní části jsou informace týkající se pohlaví, věku, časové vzdálenosti od úrazu, výšky poškození páteře a náboženství. Další část dotazníku je rozdělena do 8 sekcí, kterými jsou: bydlení, rodina, samostatnost, vzdělání, zaměstnání, přátelé a volný čas, finance a kvalita života. Celkově těchto osm sekcí obsahuje 40 otázek, přičemž některé odpovědi vyžadují doplnění v případě, že vyberete určitou možnost. Součástí každé sekce jsou také otázky na spokojenost v různých oblastech, které respondenti hodnotí na stupnici 0-100, kde nula bodů znamená úplnou nespokojenost a 100 bodů úplnou spokojenost. Těmito oblastmi jsou například: spokojenost s bydlením, spokojenost rodinným životem, spokojenost se sexuálním životem, spokojenost s mobilitou venku atd. V případě změny kvality života v době od úrazu po současnost hodnotí respondenti zároveň i směr proměny, tedy jestli je změna v pozitivním či negativním smyslu. Součástí dotazníku jsou také otevřené otázky vyžadující otevřenou odpověď. V poslední části prvního dotazníku jsou dvě tabulky, které jsou rozděleny do 4 sekcí, které odpovídají vybraným aspektům sytícím kvalitu života. Každá z nich je tvořena 3 otázkami, které spadají do zjišťované oblasti. Tyto dvě tabulky jsou zcela totožné a respondent v nich pouze volí číslo, které odpovídá jeho spokojenosti podle sedmibodové škály s krajními hodnotami 1 – nemůže být hůř a 7 – nemůže být lépe.

Smyslem totožnosti těchto dvou tabulek je, že první tabulku respondent vyplňuje vzhledem ke svému životnímu období před úrazem a druhou vzhledem k současnosti, tedy k období po úrazu.

Jako druhý dotazník jsme využili MANSA neboli the Manchester Short Assessment of Quality of Life je nástroj měření kvality života, který vytvořili Priebe, Huxley, Stone a Evans (Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999). Křivohlavý (2002) uvádí, že je metodou, která pojímá široké pole aspektů, které dle autorů ovlivňují kvalitu života. Metoda vznikla zestručněním a úpravou metody LQLP – the Lancashire Quality of Life Profile.

Abychom mohli tento dotazník využít, bylo nutné ho přeložit z anglického originálu do českého jazyka. Překlad jsme provedli sami. Dotazník jsme nejprve přeložili do českého jazyka a poté s odstupem zpět do anglického jazyka, abychom ověřili, že užitá slova v českém jazyce budou znovu představovat stejný význam a budou k nim užity stejné anglické ekvivalenty jako před překladem.

Metoda MANSA je rozdělena do tří sekcí. V první sekci jsou shromážděny otázky, které by měly být stálé v čase, například pohlaví, datum narození atd. Ve druhé sekci jsou otázky, které se mohou v čase měnit, jako je počet odpracovaných hodin týdně, vzdělání, zaměstnanecký status atd. Záznam těchto údajů tedy může být změněn ve chvíli, kdy k nim dojde. Poslední sekce obsahuje 16 otázek. Tuto sekci si můžeme, pro lepší pochopení, rozdělit na dvě části podle způsobu odpovědi na ně, avšak v rámci metody MANSA nejsou odděleny, ale naopak jsou ve třetí části navzájem promíchány. Prvním typem jsou 4 otázky, na které odpovídáme ano či ne. Zbýlých 12 otázek tvoří druhou část, pro kterou vybíráme odpověď na škále spokojenosti. LSS neboli Life Satisfaction Scale užitá v této metodě má sedm bodů (nemůže být hůř, nelíbí, většinou nespokojený, smíšeně, většinou spokojený, líbí, nemůže být lépe) a je zobrazena na vodorovné ose (Priebe et al., 1999).

Hlavním důvodem, proč jsme využili oba dotazníky, bylo získání většího rozsahu dat a zároveň zajištění vyšší pravděpodobnosti, že budou obsaženy všechny důležité aspekty, které ovlivňují kvalitu života. Vzhledem k tomu, že v prvním dotazníku bylo k hodnocení spokojenosti s jednotlivými aspekty použito hodnocení na stupnici 0-100 a ve druhém na škále 1-7, která byla podepřena slovními výroky odpovídajícími jednotlivým bodům na škále, bylo možné porovnat hodnoty kvality života z obou dotazníků. Zároveň bylo možné, v případě, že respondent omylem vynechal hodnocení spokojenosti v jedné z částí, nahradit tuto hodnotu hodnotou z části druhé. V případě přepisu ze škály 1-7 na

stupnici 0-100 hodnotou ve středu odpovídajícího pásma v průměrném přepočtu. Jsme si vědomi, že tento systém dopočtu hodnot by ve velké míře mohl zkreslit zjištěná data, avšak ve prospěch možnosti užití nejdůležitějších součástí dotazníku vzhledem k hypotézám se nám zdá přijatelný.

6.3 Metody zpracování a analýzy dat

Výsledky dotazníkového šetření jsme zaznamenali do tabulky s výsledky, z níž jsme dále prováděli další výpočty. K vyhodnocení jsme použili program STATISTICA 10. Pro všechny výpočty jsme zvolili hladinu významnosti 0,05. K výpočtům bylo použito průměrů, vážených průměrů, směrodatné odchylky a mediánu. Dále jsme užili mnohonásobnou lineární regresi, Wilcoxonův párový test pro 2 závislé výběry, Spearmanovu korelaci pro data nemající normální rozložení, Mann-Whitneyův U test pro porovnání dvou nezávislých výběrů, Kruskal-Wallisův test pro více než 2 nezávislé výběry a Testy normality.

6.4 Etické principy při výzkumech s lidmi

Bendová et al. (2011) zmiňuje etické principy nezbytné pro výzkumy prováděné s lidmi. V rámci našeho výzkumu jsme řešili pouze některé body. Ve výzkumu nebylo nutné používat klamu či zatajování informací. Všichni respondenti se výzkumu účastnili zcela dobrovolně a nebyla jim přislíbena žádná finanční ani jiná odměna za účast ve výzkumu. V dotaznících nebyly vyžadovány žádné osobní údaje, tedy údaje, s jejichž použitím by bylo možno určit konkrétní osobu, která dotazníky vyplnila (*Zákon č. 40/1964 Sb.*).

Každý respondent byl osobně nebo v rámci úvodního slova k dotazníkům informován o tom, k čemu výzkum slouží a kdo ho provádí. Všem respondentům byla nabídnuta možnost v případě nejasností či obtíží se na nás obrátit. V případech, kdy byly dotazníky vyplňovány s respondenty osobně, bylo dbáno na soukromí respondenta. Nikdo z respondentů nebyl žádným způsobem nucen k účasti na výzkumu.

Nedomníváme se, že by obsah dotazníků, prostředí či respondenti byli rizikovými. V průběhu výzkumu jsme se s žádnou rizikovou situací nesetkali. Vzhledem k tématu, kterého se výzkum týká, byli z výzkumu předem vyloučeni respondenti, kteří byli bezprostředně po úrazu. Nezdálo se nám vhodné ani bezpečné otevírat tato témata, která často u těchto lidí vyžadovala hlubší zamyšlení nad svým životem. U respondentů, kteří

byli po úrazu méně než 3 roky, jsme s výjimkou jednoho respondenta, byli osobně přítomni vyplňování dotazníku, abychom odhalili případné psychické rozlady či obtíže, které by toto téma mohlo navodit.

7 Soubor

Výzkumný soubor tvořilo 60 osob využívajících vozík obého pohlaví s diagnózou paraplegie nebo tetraplegie, kteří nemohou chodit. Vzhledem k obsaženosti výzkumu nebylo přistoupeno k tomu, že by byl některý respondent v průběhu výzkumu úplně vyřazen. V rámci testování některých hypotéz však byli respondenti vyřazeni z konkrétního výpočtu v důsledku chybějícího údaje.

7.1 Strategie výběru výzkumného souboru

Výzkumný soubor jsme určili na základě příležitostného výběru metodou sněhové koule neboli výběrem nabalováním. Tato metoda spočívá v tom, že na začátku výzkumu kontaktujeme vybrané osoby, přes které se dostáváme k dalším respondentům (Novotná, 2009). Většinu respondentů se nám podařilo získat touto formou přes občanské sdružení KŘÍŽOVATKY handicap o. s. a druhou část pak v Hamzové odborné léčebně pro děti a dospělé v Luži – Košumberku. Snažili jsme se získat respondenty také v Centru Paraple, avšak zde jsme byli odmítnuti.

Pro výzkum byli vybíráni osoby užívající vozík po úrazu páteře a míchy bez ohledu na věk a pohlaví. Kritériem pro vyloučení z výzkumu bylo pouze poranění v době kratší než 3 měsíce. Domníváme se, že by téma výzkumu mohlo být pro tyto osoby více ohrožující, proto jsme je o účast ve výzkumu nežádali.

7.2 Charakteristiky výzkumného souboru

Výzkumu se tedy zúčastnilo 60 respondentů z toho 48 mužů a 12 žen. Rozložení četností pohlaví můžeme sledovat v následující tabulce.

Tab. 1: Rozložení pohlaví ve výzkumném souboru

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ženy	12	20
Muži	48	80
Celkem	60	100

Nerovnoměrné rozložení v pohlaví jsme očekávali vzhledem k vyššímu procentu poranění u mužů, které potvrzují i informace o rozložení výskytu poranění páteře a míchy mezi muži a ženami z různých spinálních jednotek v České republice (Kulakovská 2005, Kočiš, Kelbl, 2009). Nerovnoměrné rozložení jsme očekávali také vzhledem k předchozí zkušenosti s výzkumem s těmito respondenty, kdy ochota účastnit se výzkumu byla u žen výrazně nižší.

Výzkumu se zúčastnili respondenti ve věkovém rozmezí 19-65 let. Průměrný věk v souboru činil 39,6 let s mediánem 39 let a směrodatnou odchylkou 11,2123. Časová vzdálenost od úrazu byla vzhledem k omezení pouze v dolní hranici dosti široká. Pohybovala se v rozsahu 4 měsíců až 39 let. Vzhledem k vysokému rozložení a vysoké rozmanitosti dat zde nebudeme blíže specifikovat přesná rozložení časových vzdáleností.

Četnosti rozložení závažnosti poranění, máme na mysli diagnózu paraplegie⁵ či tetraplegie⁶, můžeme pozorovat v tabulce č. 2.

⁵ Paraplegie vzniká při poškození od segmentu Th2 a níže. Nejsou poškozeny horní končetiny (MedicaBaze.cz, 2007).

⁶ Tetraplegie vzniká při poškození segmentu Th1 a výše. Poškozeny jsou všechny končetiny (MedicaBaze.cz, 2007).

Tab. 2: Četnosti rozložení diagnózy v souboru

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Paraplegie	25	41,67
Tetraplegie	35	58,33
Celkem	60	100

Jak vidíme, rozložení v diagnóze není zcela rovnoměrné. Vzhledem k obtížnosti získávání respondentů jsme nepředpokládali zcela rovnoměrné rozložení, avšak snažili jsme se dosáhnout co nejvyšší vyrovnanosti. Rozdělení výzkumného souboru podle segmentů poranění v krční, hrudní či bederní oblasti můžeme sledovat v tabulce č. 3.

Tab. 3: Rozložení oblasti poranění v souboru

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Krční páteř (C)	31	51,67
Hrudní páteř (Th)	12	20
Bederní páteř (L)	17	28,33
Celkem	60	100

Vzhledem k tabulce č. 2 je rozložení v tabulce číslo 3 pochopitelné. Vzhledem k diagnostickému kritériu určení tetraplegie v oblasti Th1 a výše je převis respondentů s poraněním v oblasti krční páteře pochopitelný a zároveň téměř vyrovnaný vzhledem k součtu respondentů s poraněním v oblasti hrudní a bederní. 2 respondenti uvedli segment poranění ve dvou oblastech páteře. Pro větší přehlednost jsme je však vždy zařadili pouze do oblasti podle vyššího ze segmentů poranění.

8 Výsledky

V následující části budeme text členit z hlediska zkoumaných hypotéz. V jednotlivých kapitolách se věnujeme především zvolenému způsobu výpočtu, vysvětlení jednotlivých dat a následnému přijetí či zamítnutí hypotézy. Částečně zde uvedeme i některé možné interpretace výsledků a názory na okolnosti, které mohly vést k výslednému posunu dat, avšak převážně se rozborům a interpretacím budeme věnovat až v následné diskuzi.

8.1 Testování hypotéz

V celém testování je použita hladina významnosti 0,05. Jako směrodatnou hodnotu kvality života jsme brali odpovědi na otázku č. 36 (z prvního dotazníku) - *Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která vyjadřuje Vaši kvalitu života*. Výjimku tvoří hypotéza č. 1, kde jsme tuto hodnotu použili pouze pro výpočet váhy. Výpočty ostatních dat jsme provedli z dat z prvního dotazníku. V případě, že respondenti zapomněli vyplnit odpověď v prvním dotazníku a podali odpověď ve druhém dotazníku, došli jsme k potřebné hodnotě na základě odpovídajícího přepočtu. Za pomoc při statistickém zpracování dat děkujeme Mgr. Ondřeji Slavičkovi, který provedl odborné statistické vyhodnocení.

8.1.1 Testování hypotéza č. 1

H1: Kvalita života před úrazem je statisticky signifikantně vyšší než po úrazu.

Pro testování této hypotézy jsme užili data, která byla obsažena ve dvou tabulkách v prvním dotazníku. Obě tabulky byly naprosto totožné. V 1. tabulce se hodnotili otázky na stupnici 1-7 z hlediska doby před úrazem a ve 2. tabulce se hodnotili stejné otázky z hlediska po úrazu. Celkově jedna tabulka obsahovala 12 otázek, které byly rozděleny do 4 oblastí. Každou oblast zájmu tedy sytily 3 otázky.

Pro statistické vyhodnocení jsme nejprve z odpovědí na 3 otázky sytící danou oblast vypočítali aritmetický průměr. Potom bylo nutné přidělit všem oblastem důležitost, kterou budou mít při vytváření celkové hodnoty spokojenosti. Tuto váhu, neboli významnost, aritmetického průměru hodnot v jednotlivých oblastech, jsme získali pomocí vícenásobné lineární regrese. Kde za závislou náhodnou veličinu (Y) jsme vzali celkovou spokojenost, kterou respondenti uváděli v jiné části dotazníku a za nezávislé náhodné veličiny (X1, X2, X3, X4) otázku č. 10 - *Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která vyjadřuje Vaši spokojenost s Vaším rodinným životem*, otázku č. 36 - *Na stupnici od 0-100*

vypište hodnotu, která vyjadřuje Vaši kvalitu života, otázku č. 15 (z 2. dotazníku) - *Jak spokojený/á jste se svým zdravím?* Tato otázka byla hodnocena na škále 1-7, bylo tedy nutné vytvořit odpovídající přepočtení do stupnice 0-100. A dále jsme použili otázku č. 34 - *Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která odpovídá Vaši spokojenosti s Vaší finanční situací.*

Provedli jsme tedy mnohonásobnou lineární regresi těchto hodnot, z nichž jsme získali koeficienty b , které vidíme v následující tabulce.

Tab. 4: Výsledky mnohonásobné lineární regrese

N=60	Výsledky regrese se závislou proměnnou: Celkem $R = ,65286477$ $R^2 = ,42623241$ Upravené $R^2 = ,38450386$ $F(4,55) = 10,214$ $p < ,00000$ Směrod. chyba odhadu: 11,141					
	b^*	Sm.chyba z b^*	b	Sm.chyba z b	$t(55)$	p-hodnota
Absolutní člen			14,32738	10,65894	1,344166	0,184413
Partnerské vztahy	0,402577	0,114419	0,34814	0,09895	3,518442	0,000879
Život	0,214131	0,115342	0,24020	0,12938	1,856490	0,068743
Zdraví	0,206356	0,111161	0,26949	0,14517	1,856360	0,068762
Finance	0,071805	0,108213	0,05608	0,08452	0,663552	0,509749

R^2 koeficient determinace, který vidíme v záhlaví tabulky značí, že variabilita dat je tímto modelem postížena pouze ze 43%. Protože je tato hodnota na samé hranici pro použitelnost modelu, testovali jsme ještě hypotézu o vhodnosti modelu. H_0 v tomto testu je tvrzení že hodnoty náhodné veličiny Y nezávisí na hodnotách náhodných veličin (X_1 , X_2 , X_3 , X_4). Závěr o nulové hypotéze učiníme z porovnání p-hodnoty v záhlaví tabulky a naší hladiny významnosti $\alpha = 0,05$. Protože $p < \alpha$, nulovou hypotézu zamítáme a tedy můžeme tvrdit, že námi zvolená závislost je vhodná ke zpracování dat.

Získané váhy jsme sečetli a každou z nich součtem vydělili. Tak jsme získali normované váhy, které vidíme v následující tabulce.

Tab. 5: Normované váhy

Kategorie	Normované váhy
Partnerské vztahy	0,380933
Život	0,262824
Zdraví	0,294878
Finance	0,061365

Takto znormovanými váhami jsme vynásobili vytvořené aritmetické průměry z každé trojice otázek sytících jednu oblast pro každého respondenta. Pro tato data jsme provedli test normality. Výsledné hodnoty je možno sledovat v následující tabulce.

Tab. 6: Testy normality pro kvalitu života před úrazem a po úrazu

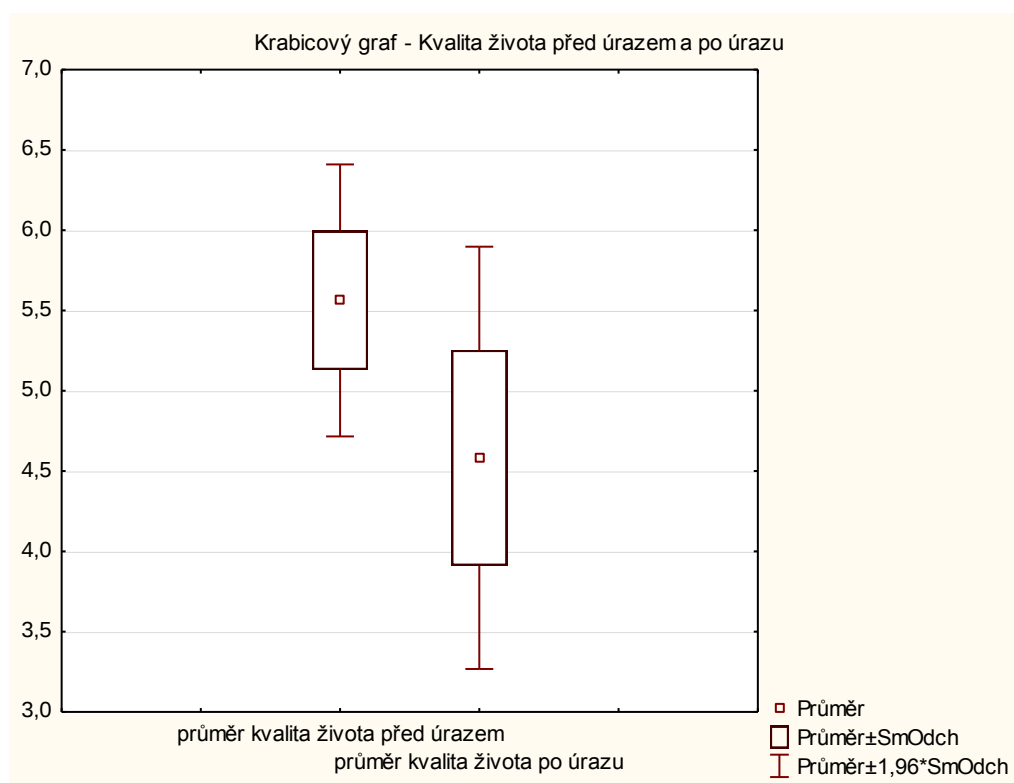
Proměnné	N	W	p
Průměr kvality života před úrazem	58	0,889909	0,000075
Průměr kvality života po úrazu	58	0,954132	0,028259

Zamítli jsme H_0 testu, tedy není normální rozložení dat. Proto jsme použili Wilcoxonův párový test pro 2 závislé výběry. Výsledné hodnoty vidíme v tabulce č. 7 a následném grafu č. 1.

Tab. 7: Wilcoxonův párový test pro kvalitu života před úrazem a po úrazu

Wilcoxonův párový test				
Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$				
Dvojice proměnných	N	T	Z	p - hodnota
Průměr kvality života před úrazem & průměr kvality života po úrazu	58	32,00000	6,375824	0,000000

Graf 1: Kvalita života před úrazem a po úrazu



Hodnota p je menší než 0,05, takže zamítáme H_0 testu o stejné distribuční funkci náhodných veličin. Existuje signifikantní rozdíl v kvalitě života před úrazem a po úrazu.

V následující tabulce vidíme výsledky testu normality pro jednotlivé oblasti před i po úrazu.

Tab. 8: Testy normality pro každou trojici otázek z 1 oblasti

Proměnná	N	W	p
Partnerské vztahy před úrazem	58	0,936237	0,004453
Život před úrazem	58	0,884850	0,000051
Zdraví před úrazem	58	0,787556	0,000000
Finance před úrazem	58	0,956656	0,037108
Partnerské vztahy po úrazu	58	0,957655	0,041359
Život po úrazu	58	0,912954	0,000509
Zdraví po úrazu	58	0,823553	0,000001
Finance po úrazu	58	0,822229	0,000001

Zamítli jsme H_0 testu o normálním rozložení dat, protože hodnota p je menší než 0,05, můžeme tedy tvrdit, že data nepochází z normálního rozdělení pravděpodobností. Pro jejich porovnání tedy musíme použít neparametrický Wilcoxonův test, konkrétně jeho párovou variantu, protože data jsou závislá. Výsledky testu vidíme v následující tabulce.

Tab. 9: Wilcoxonův párový test pro stejné oblasti před a po úrazu

Dvojice proměnných	Wilcoxonův párový test			
	Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$			
	Počet platných	T	Z	p - hodnota
Partnerské vztahy před úrazem & po úrazu	53	331,5000	3,399462	0,000675
Život před úrazem & po úrazu	48	130,5000	4,692369	0,000003
Zdraví před úrazem & po úrazu	58	0,0000	6,623579	0,000000
Finance před úrazem & po úrazu	51	406,0000	2,408981	0,015998

Hodnota p je menší než 0,05. Zamítli jsme tedy H_0 testu, která zní, že distribuční funkce náhodných veličin před a po úrazu jsou stejné. Vidíme tedy signifikantní rozdíly v období před úrazem a po úrazu, a to ve všech zkoumaných oblastech, kterými jsou partnerské vztahy, život, zdraví a finance.

Hypotézu č. 1 přijímáme.

8.1.2 Testování hypotézy č. 2

H2: Existuje statisticky významná stochastická závislost mezi dobou od úrazu a kvalitou života.

V této hypotéze jsme očekávali stochastickou závislost, tedy závislost dvou proměnných, mezi nimiž existuje vztah, který je ovlivněn náhodou. Nelze tedy říct, že ke každé jedné nezávislé proměnné X je přidělena právě jedna hodnota závislé proměnné Y (Kupka, 1997). Jako nezávislou proměnou jsme určili dobu od úrazu, kterou respondenti

uváděli v úvodu prvního dotazníku. Jako závislou proměnnou jsme určili kvalitu života. Celkový počet respondentů zahrnutých do výpočtu je 60.

Provedli jsme test normality. V tabulce č. 10 vidíme, že hodnota p je v obou případech menší než 0,05. Zamítli jsme tedy H_0 testu, která zní, že data pocházejí z normálního rozložení.

Tab. 10: Test normality pro H_2

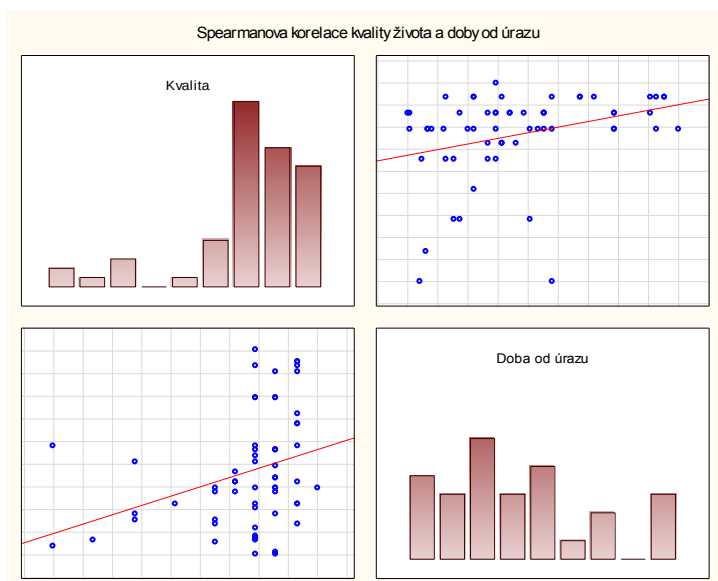
Proměnná	N	W	p
Kvalita života	60	0,753132	0,000000
Doba od úrazu	60	0,939957	0,005391

Protože jsme zamítli H_0 normálního rozložení, byli jsme nuceni použít k výpočtu Spearmanův korelační koeficient, který se používá v případě, že není normální rozložení dat. Hodnotu korelačního koeficientu vidíme v tabulce č. 11.

Tab. 11: Spearmanovy korelace pro H_2

Spearmanovy korelace		
Označ. korelace jsou významné na hl. $p < ,05000$		
Proměnná	Kvalita života	Doba od úrazu
Kvalita života	1,000000	0,377878
Doba od úrazu	0,377878	1,000000

Graf 2: Spearmanova korelace kvality života a doby od úrazu



H_0 Spearmanova korelačního koeficientu zní, že korelační koeficient je nulový. Zamítli jsme H_0 na základě porovnání p a α . Hodnota korelačního koeficientu je tedy různá od nuly a kladná, což značí, že existuje závislost. Hodnota korelačního koeficientu je však velmi nízká, což značí pouze slabou závislost. Hodnota korelačního koeficientu uznávaná za významnou ve společenských vědách je 0,65.

Hypotézu č. 2 zamítáme.

8.1.3 Testování hypotézy č. 3

H3: Kvalita života lidí žijících v manželství je statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří v manželství nežijí.

V této hypotéze jsme očekávali signifikantně vyšší kvalitu života u lidí, kteří v současné době žijí v manželství, než u těch, kteří v současné době v manželství nežijí. Ve výpočtu není nijak zohledněno, jestli mají lidé, kteří nežijí v manželství, v současné době partnera, jsou rozvedení, nebo jsou vdovci či vdovy. Užitá data k partnerským vztahům jsme získali z otázky č. 7 - *Jaká je Vaše aktuální partnerská situace?* Dále ve výpočtu není zohledněna výška místa poranění. Nelze tedy pracovat s údaji o rozsahu omezení vzhledem k souvislostem mezi manželstvím a kvalitou života. Celkový počet respondentů zahrnutých do výpočtu je 60 z toho 26 respondentů žije v manželství a 34 respondentů v manželství nežije.

Provedli jsme test normality pro obě skupiny respondentů. Výsledky vidíme v následujících tabulkách a grafech.

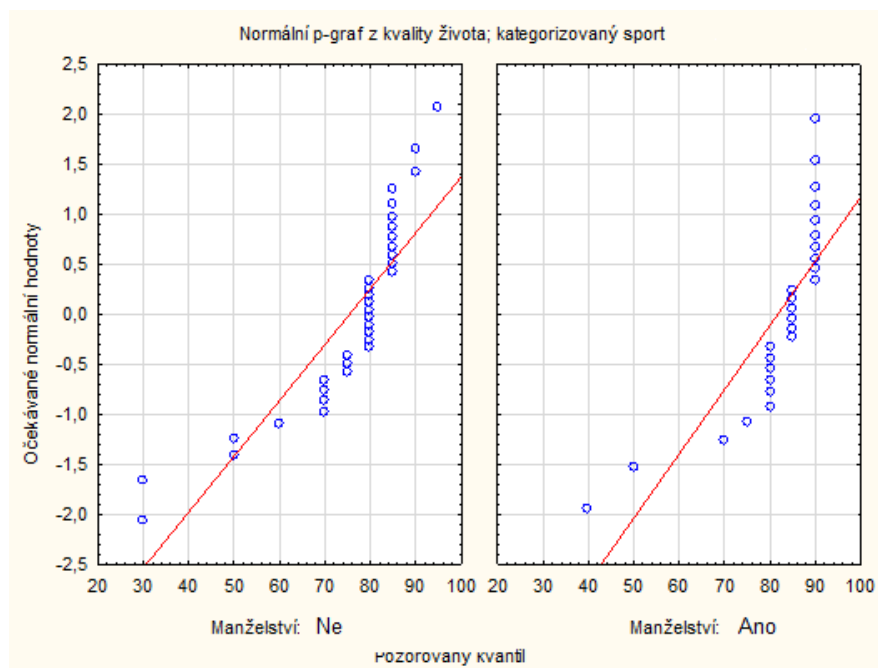
Tab. 12: Test normality pro lidi žijící v manželství

Lidé žijící v manželství			
Proměnná	N	W	P
Kvalita života	26	0,672260	0,000002

Tab. 13: Test normality pro lidi nežijící v manželství

Lidé nežijící v manželství			
Proměnná	N	W	P
Kvalita života	34	0,773825	0,000008

Graf 3: Rozložení pro kvalitu života a manželství



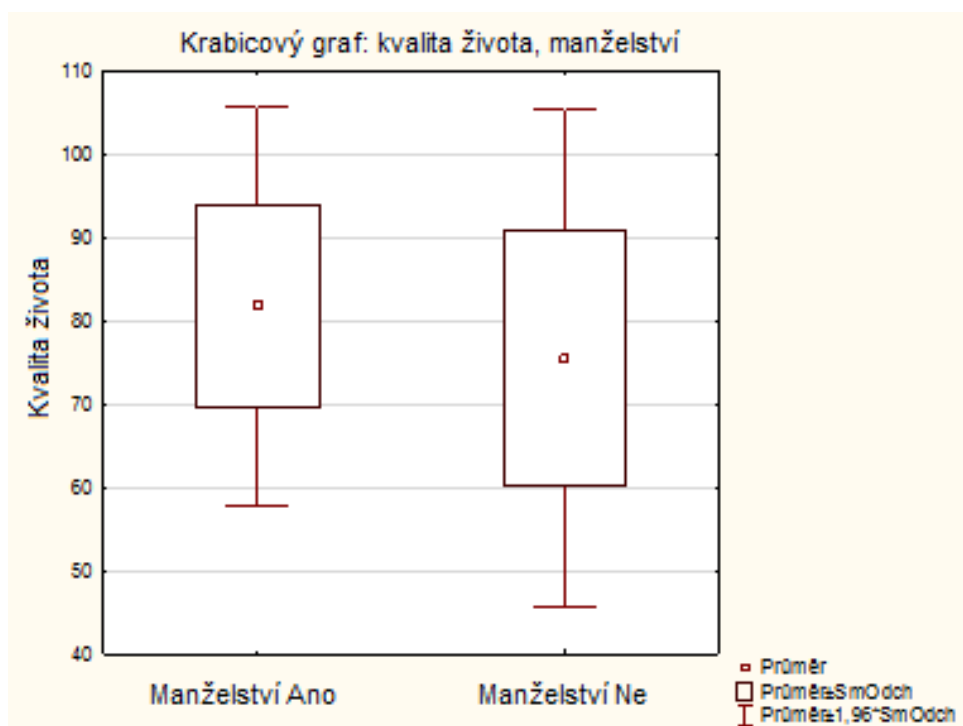
Zamítli jsme H_0 testu. Z hodnot p v tabulkách vidíme, že data nepocházejí z normálního rozložení. Tento fakt potvrzují také body v grafu, které nejsou rozmístěny podle přímky.

Na základě zamítnutí H_0 o normálním rozložení dat jsme k výpočtu použili Mann-Whitneyův U test, který se používá pro porovnání dvou nezávislých výběrů. Potřebné výsledky vidíme v tabulce č. 14.

Tab. 14: Mann-Whitneyův U test pro H_3

Mann-Whitneyův U test Dle proměn. Manželství Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$					
Proměnná	Součet pořadí skup.1	Součet pořadí skup. 2	U	Z	p
Kvalita života	954,5000	875,5000	280,5000	2,401737	0,016318

Graf 4: Kvalita života lidí žijících a nežijících v manželství



Vzhledem k hodnotě p , která je menší než 0,05, jsme zamítli H_0 testu, která zní, že distribuční funkce se rovnají. Lze tedy říci, že kvalita života se statisticky významně liší u lidí žijících v manželství a u těch, kteří v manželství nežijí. Vzhledem k rozložení dat, které vidíme v grafu, můžeme vynést výrok o hypotéze.

Hypotézu č. 3 přijímáme.

8.1.4 Testování hypotézy č. 4

H4: Neexistuje statisticky významná závislost mezi kvalitou života a mírou soběstačnosti.

V této hypotéze jsme očekávali, že se nepotvrdí vztah mezi subjektivní mírou soběstačnosti a kvalitou života. Míru soběstačnosti jsme stanovili na základě výpočtu váženého průměru z otázky č. 13 – *Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, které odpovídá tomu, jak mnoho potřebujete pomoc při běžných denních činnostech?*, u které jsme přepočítali hodnoty ze záporných do kladných, a dále z otázky č. 16. – *Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, které odpovídá tomu, jak jste spokojený/á se svou mobilitou venku?* Na základě naší úvahy o jednotlivých vahách poptávaných aspektů jsme otázce č. 13 přiřadili váhu 0,6 a otázce č. 16 váhu 0,4. Rozhodli jsme tak, protože očekáváme, že váha těchto dvou aspektů není srovnatelná. Vzhledem k tomu, že nemáme možnost ověřit si platnost našeho očekávání, zvolili jsme mírnější rozestup mezi přidělenými váhami. Do výpočtu jsme zahrnuli pouze 58 respondentů. 2 respondenty jsme z výpočtu vyřadili, protože neměli vyplněná data u obou otázek.

Provedli jsme test normality, jehož výsledky vidíme v tabulce č. 15.

Tab. 15: Test normality pro H4

Proměnná	N	W	p
Kvalita života	58	0,759267	0,000000
Soběstačnost	58	0,972756	0,215832

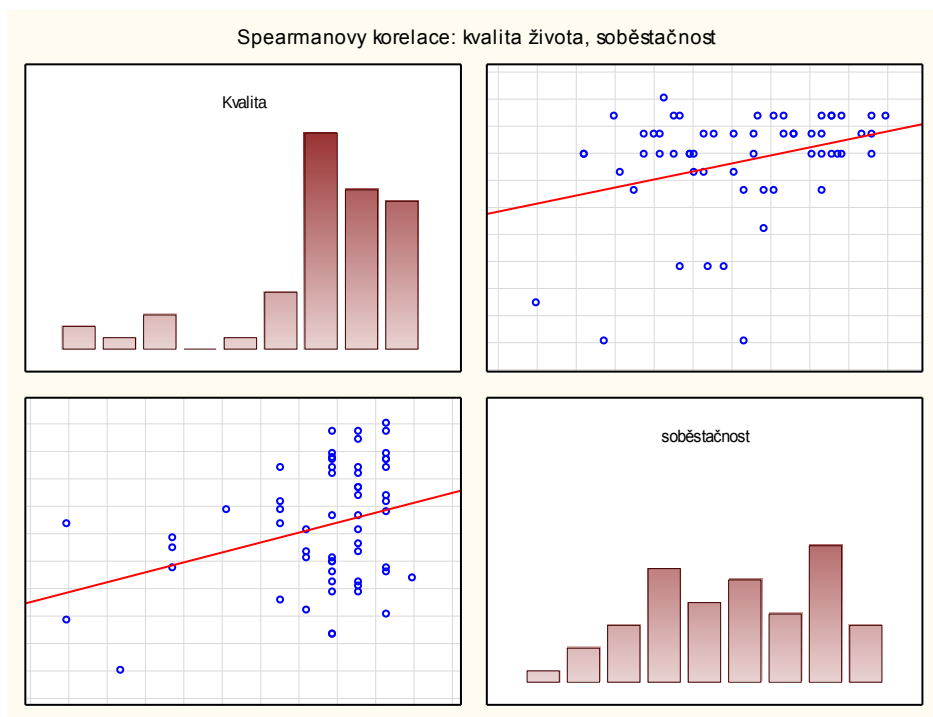
Přestože je jedna z hodnot větší než 0,05 a hovoří o normálním rozložení dat, byli jsme opět nuceni zamítnout H_0 o normálním rozložení dat a použít Spearmanův korelační

koeficient, protože druhá hodnota p je menší než 0,05 a potvrzuje, že není normální rozložení dat. V tabulce č. 16 dále vidíme výsledky Spearmanovy korelace.

Tab. 16: Spearmanovy korelace pro H4

Spearmanovy korelace		
Označ. korelace jsou významné na hl. $p < 0,05000$		
Proměnná	Kvalita života	Soběstačnost
Kvalita života	1,000000	0,289532
Soběstačnost	0,289532	1,000000

Graf 5: Spearmanovy korelace: kvalita života, soběstačnost



Hodnota korelačního koeficientu je větší než nula a kladná, takže zamítáme H_0 testu, která zní, že korelační koeficient je nulový. Přestože zde existuje závislost, je velmi slabá a neodpovídá hodnotě 0,65 a vyšší, jak požadujeme. Nelze tedy říct, že existuje statisticky významná závislost.

Hypotézu č. 4 přijímáme.

8.1.5 Testování hypotézy č. 5

H5: Existuje statisticky významný rozdíl mezi stupněm dosaženého vzdělání a spokojeností se zaměstnáním.

V této hypotéze jsme testovali rozdíl mezi stupněm vzdělání, který jsme rozlišovali na ZŠ – základní škola, SOU – střední odborné učeliště, SOUM – střední odborné učeliště s maturitou, SŠ – střední odborná škola, GYM – gymnázium, VŠ – vysoká škola a spokojeností se zaměstnáním. Do výpočtu jsme zařadili 44 respondentů, kteří uvedli, že mají zaměstnání. Výpočet jsme provedli z dat získaných z otázky č. 18 - *Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?* a dále z otázky č. 20 – *V současné době jste zaměstnaný/á?* a otázky č. 21 - *Na stupnici 0-100 vypište hodnotu, které odpovídá tomu, jak jste spokojený/á se svým zaměstnáním.* Očekávali jsme, že se zvyšujícím se stupněm vzdělání bude signifikantně narůstat spokojenost se zaměstnáním.

V následující tabulce vidíme rozložení četnosti jednotlivých stupňů vzdělání.

Tab. 17: Četnosti stupňů vzdělání

Kategorie	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní relativní četnost
VŠ	7	43	15,90909	97,7273
GYM	11	11	25,00000	25,0000
SŠ	7	36	15,90909	81,8182
SOU	10	21	22,72727	47,7273
SOUM	8	29	18,18182	65,9091
ZŠ	1	44	2,27273	100,0000
ChD	0	44	0,00000	100,0000

Vzhledem k vyššímu počtu výběru jsme mohli zvolit metodu výpočtu testem ANOVA či Kruskal-Wallisův test. Podmínkami pro použití testu ANOVA je normální rozložení pravděpodobností ve všech porovnávaných náhodných výběrech a homogenita rozptylů mezi jednotlivými náhodnými výběry. Provedli jsme tedy testy normality, které vidíme v následující tabulce.

Tab. 18: Testy normality pro jednotlivé stupně vzdělání

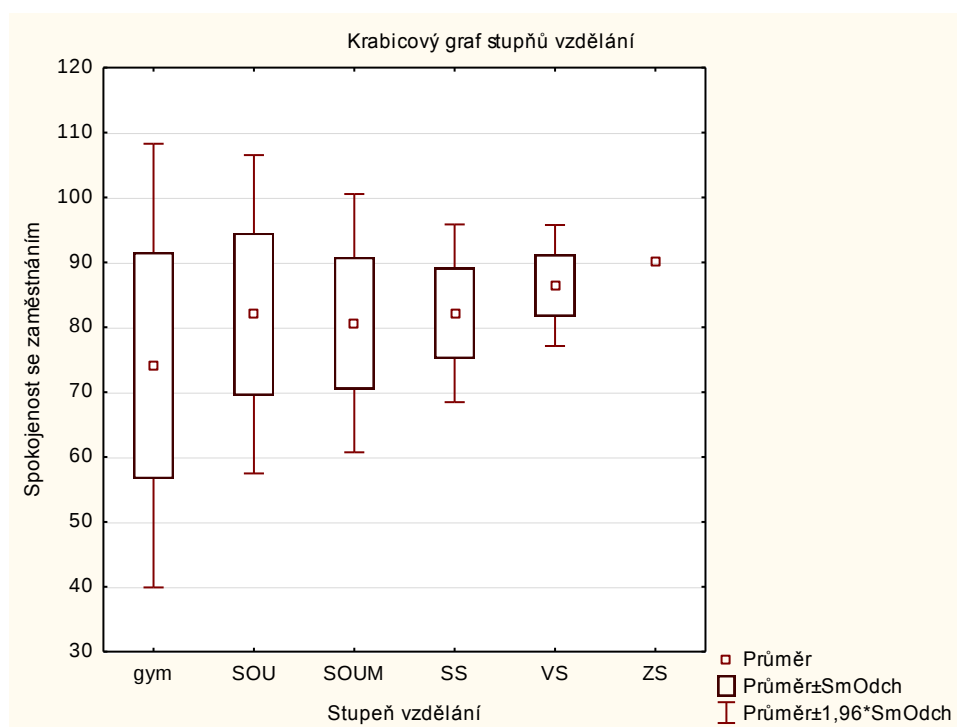
Proměnná	N	W	p
VŠ	7	0,731974	0,008193
GYM	11	0,817146	0,015818
SŠ	7	0,895912	0,306943
SOUM	8	0,718656	0,003655
SOU	10	0,677597	0,000472

Jak vidíme z výsledků, p je větší než 0,05 pouze v jednom případě. Nelze tedy hovořit o normálním rozložení dat. Zamítáme tedy H_0 testu o normálním rozložení dat. Homogenitu rozptylu jsme již netestovali vzhledem k malému množství dat, které nedovolují zanedbat normalitu rozložení pro použití testu ANOVA. V grafu přesto můžeme vidět, že nelze hovořit o homogenitě rozptylu, protože velikosti krabic jsou odlišné. K výpočtu jsme tedy použili Kruskal-Wallisův test. Výsledky testu můžeme vidět v následující tabulce.

Tab. 19: Kruskal-Wallisův test pro H_5

Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na pořadí: Prom1 – úroveň dosaženého vzdělání Nezávislá (grupovací) proměnná: Prom2 – spokojenost se zaměstnáním Kruskal-Wallisův test: $H(5, N=44) = 5,085767$ $p = ,4055$				
Závislá proměnná 1	Kód	Počet platných	Součet pořadí	Průměrné pořadí
VŠ	105	7	196,0000	28,00000
GYM	101	11	187,0000	17,00000
SŠ	104	7	152,0000	21,71429
SOU	102	21	22,72727	47,7273
SOUM	103	8	172,5000	21,56250
ZŠ	106	1	34,5000	34,50000

Graf 6: Rozložení spokojenosti se zaměstnáním vzhledem ke vzdělání



H_0 testu zní, že distribuční funkce jsou stejné. Hodnota p je větší než 0,05, tudíž nezamítáme H_0 . Distribuční funkce jsou stejné, tedy neexistuje rozdíl.

Hypotézu č. 5 zamítáme.

8.1.6 Testování hypotézy č. 6

H6: Kvalita života se statisticky významně liší u lidí, kteří aktivně sportují od lidí, kteří nesportují.

V této hypotéze jsme testovali rozdíl v kvalitě života lidí, kteří aktivně sportují a lidí, kteří nesportují. Očekávali jsme, že kvalita života lidí, kteří aktivně sportují, bude signifikantně vyšší. Do výpočtu jsme zahrnuli všech 60 respondentů. 33 respondentů uvedlo, že aktivně sportuje, 27 respondentů odpovědělo, že sport aktivně neprovozují. Data vztahující se k provozování sportu jsme získali z otázky č. 31 - *Věnujete se aktivně nějakému sportu?*

Provedli jsme testy normality pro aktivně sportující skupinu a nesportující skupiny. Výsledky opět můžeme vidět v tabulkách.

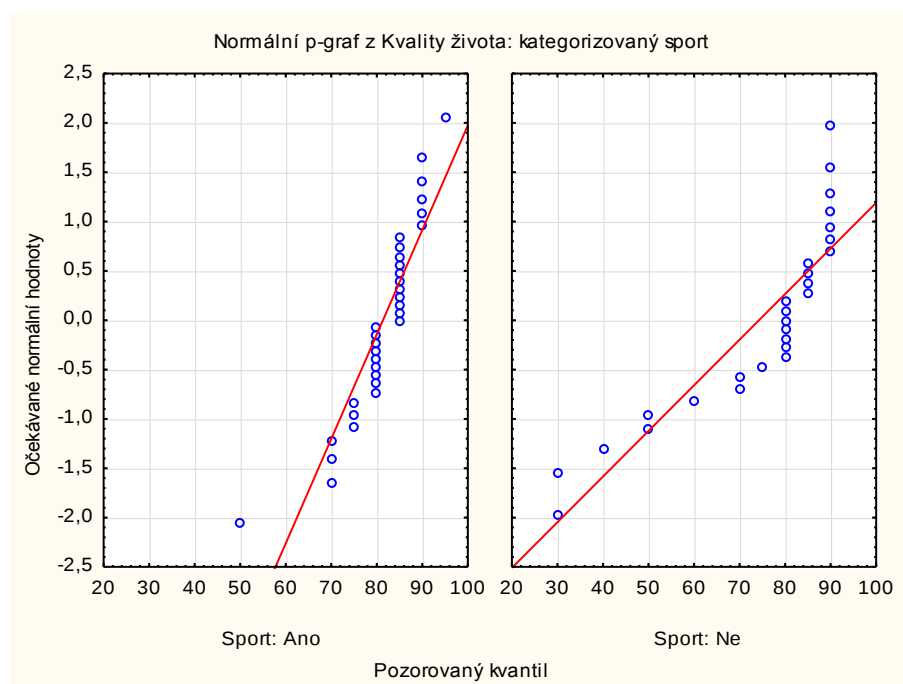
Tab. 20: Test normality pro aktivně sportující

Proměnná	N	W	p
Kvalita života	33	0,847330	0,000298

Tab. 21: Test normality pro lidi, kteří nesportují

Proměnná	N	W	p
Kvalita života	27	0,784517	0,000075

Graf 7: Rozložení pro kvalitu života a sport



Na grafu můžeme opět vidět, že není normální rozložení dat. Vzhledem k hodnotám p , které jsou menší než 0,05, zamítáme H_0 testu o normálním rozložení. Opět jsme tedy přistoupili k použití Mann-Whitneyova U testu, který se používá pro porovnání dvou nezávislých výběrů. Výsledky vidíme v následující tabulce.

Tab. 22: Mann-Whitneyův U test pro H6

Mann-Whitneyův U test Dle proměn. Sport Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$					
Proměnná	Součet pořadí Ano	Součet pořadí Ne	U	Z	p
Kvalita života	1066,500	763,5000	385,5000	0,884105	0,376640

Hodnota p je ve výsledku vysoká, vyšší než 0,05. H_0 testu se tedy nezamítá. Distribuční funkce je stejná, neexistuje statisticky významný rozdíl.

Hypotézu č. 6 zamítáme.

8.1.7 Testování hypotézy č. 7

H7: Kvalita života u lidí majících děti je statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří děti nemají.

V této hypotéze jsme očekávali statisticky signifikantně vyšší kvalitu života u lidí, kteří mají děti než u těch, kteří děti nemají. Ve výzkumu není nijak zohledněno, zda osoby, které uvádějí, že děti mají, jsou jejich biologickými rodiči, ani jejich vzájemné vztahy a vazby. Ve výzkumu také není zohledněno, jaký věk děti mají a jestli s respondentem žijí v jedné domácnosti. Předmětem výzkumu také nebylo, kolik dětí respondenti mají a zda se stali součástí života respondentů před úrazem nebo až po něm. Zkoumal se pouze statisticky signifikantní rozdíl v kvalitě života mezi lidmi, kteří nemají žádné děti a těmi, kteří mají jedno a více dětí. Data o tom, zda mají respondenti děti, jsme získali z otázky č. 8 – *Zaškrtněte počet dětí, které máte včetně případného současného těhotenství*. Celkový počet respondentů zahrnutých do výpočtu je 60, z toho 24 respondentů má jedno nebo více dětí a 36 respondentů nemá žádné děti.

Provedli jsme testy normality pro obě skupiny respondentů. Výsledky vidíme v následujících tabulkách a grafu.

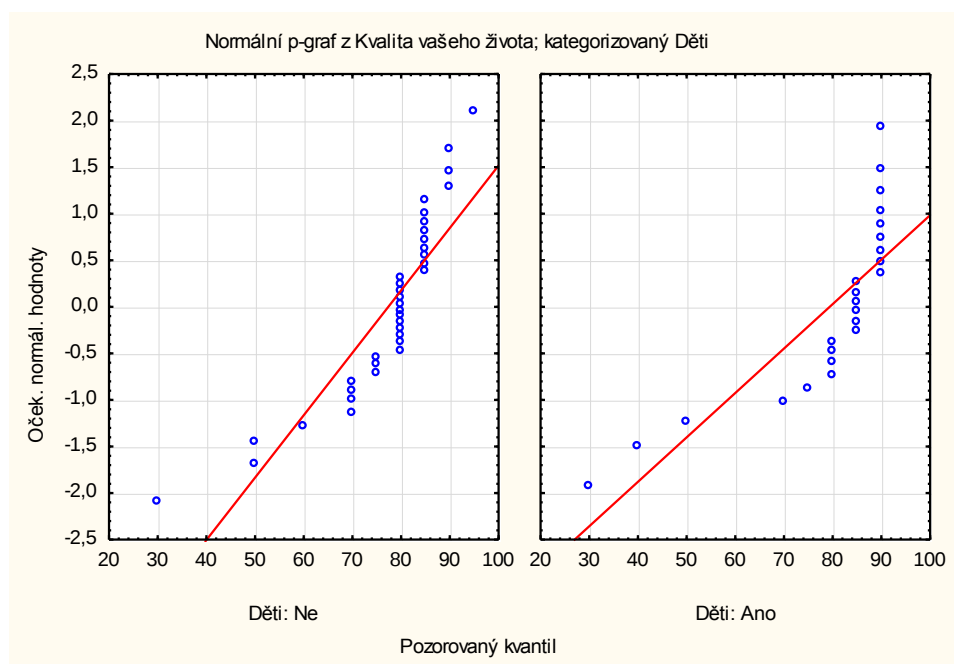
Tab. 23: Test normality pro lidi, kteří nemají děti

Lidé, kteří nemají děti			
Proměnná	N	W	P
Kvalita života	36	0,788586	0,000010

Tab. 24: Test normality pro lidi, kteří mají děti

Lidé, kteří mají děti			
Proměnná	N	W	P
Kvalita života	24	0,668802	0,000004

Graf 8: Rozložení pro kvalitu života u lidí majících děti a nemajících děti



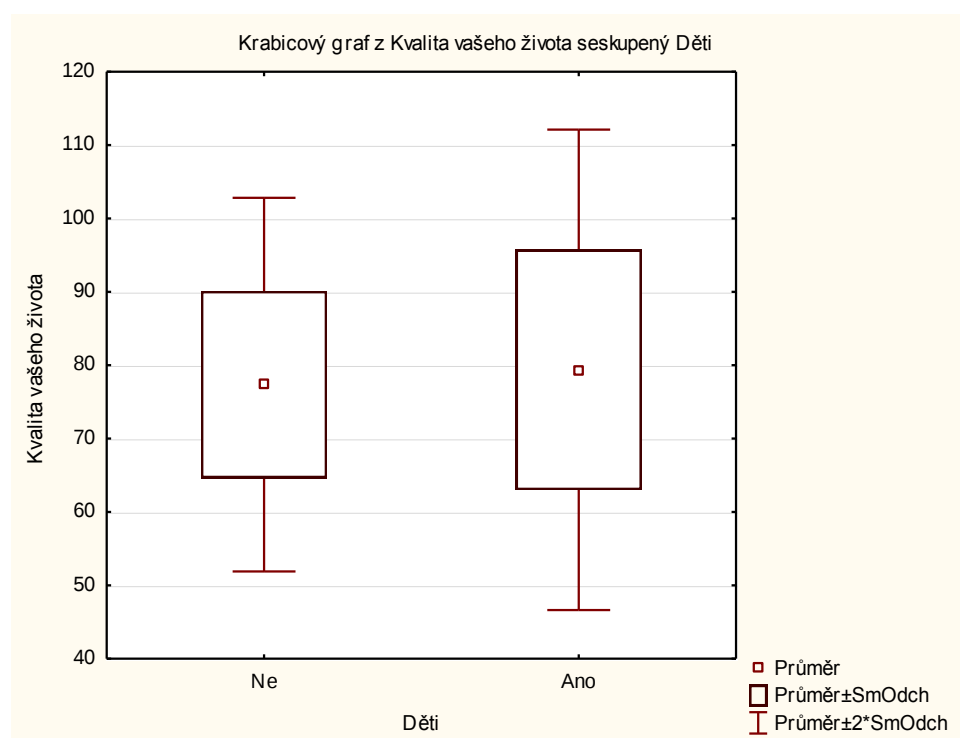
Zamítli jsme H_0 testu. Z hodnot p v tabulkách vidíme, že data nepocházejí z normálního rozložení. Tento jev můžeme pozorovat také v grafu č. 8, kde opět vidíme, že body neleží okolo přímky a tedy ukazují, že není normální rozložení.

Na základě zamítnutí H_0 jsme opět použili k výpočtu Mann-Whitneyův U test pro porovnání dvou nezávislých výběrů. Získané výsledky můžeme vidět v následující tabulce č. 25 a grafu č. 9.

Tab. 25: Mann-Whitneyův U test pro H_7

Mann-Whitneyův U test Dle proměn. Děti Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$					
Proměnná	Součet pořadí Ne	Součet pořadí Ano	U	Z	p
Kvalita života	976,5000	853,5000	310,5000	-1,82580	0,067881

Graf 9: Kvalita života lidí, kteří nemají děti a kteří mají děti



V tabulce č. 25 můžeme vidět, že hodnota p je větší než 0,05 a proto nemůžeme zamítnout H_0 testu. Distribuční funkce se rovnají. Lze tedy říci, že neexistuje statisticky signifikantně vyšší kvalita života u lidí, kteří mají děti než u lidí, kteří děti nemají. Rádi bychom však poukázali na hodnotu p , která se velmi blíží hodnotě α . Tento jev můžeme zaznamenat také v grafu č. 9, kde je patrné, že určitá mírně vyšší kvalita života u lidí majících děti existuje, avšak vzhledem k hodnotě p ji nemůže označit jako statisticky signifikantní. Na základě těchto dat tedy můžeme vynést výrok o hypotéze.

Hypotézu č. 7 zamítáme.

8.1.8 Testování hypotézy č. 8

H8: Kvalita života lidí, kteří mají zaměstnání je statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří zaměstnání nemají.

Ke statistickému ověření platnosti hypotézy jsme užili pouze data získaná z otázky č. 20 – *V současné době jste zaměstnaný/á?* Tato otázka však obsahuje ještě další rozšíření při odpovědi „Ne“. Respondenti hodnotí, jak jsou spokojeni s tím, že nemají zaměstnání. A také jsme měli k dispozici hodnoty z otázky č. 21 – *Na stupnici 0-100 vypište hodnotu, která odpovídá tomu, jak jste spokojený/á se svým zaměstnáním.* Otázku č. 21 vyplňovali pouze respondenti, kteří uvedli, že mají zaměstnání. Celkový počet respondentů zahrnutých do výpočtu je 60, z toho 41 má zaměstnání a 19 zaměstnání nemá.

Pro ověření hypotézy jsme provedli testy normality pro obě skupiny respondentů. Výsledky vidíme v následujících tabulkách a grafu.

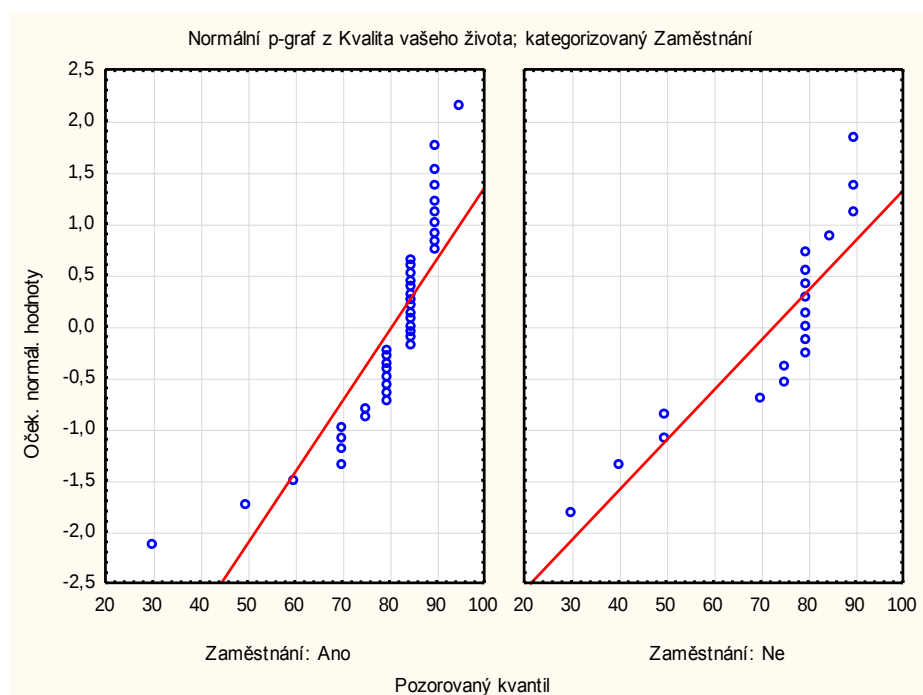
Tab. 26: Test normality pro lidi, kteří mají zaměstnání

Lidé, kteří mají zaměstnání			
Proměnná	N	W	P
Kvalita života	41	0,740734	0,000000

Tab. 27: Test normality pro lidi, kteří nemají zaměstnání

Lidé, kteří nemají zaměstnání			
Proměnná	N	W	P
Kvalita života	19	0,784725	0,000691

Graf 10: Rozložení pro kvalitu života a zaměstnanost



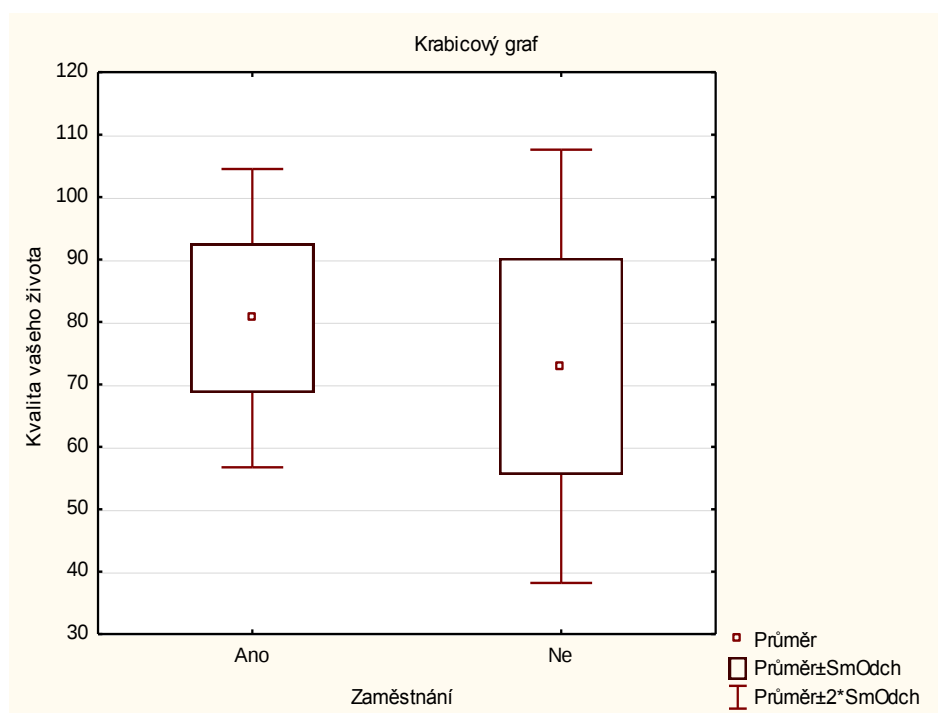
Opět jsme zamítli H_0 testu. Data nepochází z normálního rozložení. Toto opět potvrzuje i rozložení bodů v grafu, které nejsou rozmístěny okolo přímky.

Vzhledem ke zjištění, že data nepochází z normálního rozložení, jsme opět pro výpočet zvolili Mann-Whitneyův U test pro porovnání dvou nezávislých výběrů. Výsledky vidíme v následující tabulce.

Tab. 28: Mann-Whitneyův U test pro H_8

Mann-Whitneyův U test Dle proměn. Zaměstnaní Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$					
Proměnná	Součet pořadí Ne	Součet pořadí Ano	U	Z	p
Kvalita života	1380,0000	450,0000	260,0000	2,049966	0,040369

Graf 11: Kvalita života lidí zaměstnaných a nezaměstnaných



Z hodnocení respondentů v otázce č. 20 při odpovědi „Ne“ a otázce č. 21 jsme vypočítali průměry, které nám poskytly orientační očekávání při ověřování hypotézy. Zjistili jsme, že průměrná hodnota spokojenosti s tím, že respondenti mají zaměstnání, činí 80,5. Oproti tomu průměrná hodnota spokojenosti s tím, že respondenti nemají zaměstnání, činí 41,2. Vzhledem k takto velkému rozestupu ve spokojenosti mezi oběma skupinami respondentů jsme očekávali, že budeme moci přijmout hypotézu.

Po porovnání hodnoty p s hodnotou α vidíme, že hodnota p je menší. Zamítáme tedy H_0 testu. Distribuční funkce se nerovnájí. Lze tedy říci, že existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života mezi skupinou zaměstnaných a nezaměstnaných. Z grafu č. 11 můžeme vidět, že kvalita života lidí majících zaměstnání je statisticky signifikantně vyšší. Průměrná hodnota kvality života pro lidi mající zaměstnání je 80,6. Průměrná hodnota kvality života pro lidi bez zaměstnání je 72,9. Lze tedy vynést výrok o hypotéze.

Hypotézu č. 8 přijímáme.

8.1.9 Testování hypotézy č. 9

H9: Kvalita života lidí užívajících sociální sítě není statisticky signifikantně vyšší než kvalita života lidí, kteří sociální sítě nevyužívají.

Ke statistickému ověření hypotézy č. 9 jsme vyžili data z otázky č. 29 – *Využíváte k seznamování či kontaktu s přáteli sociální sítě?* Podle odpovědí Ano/Ne, kteří respondenti dali, jsme vytvořili dvě skupiny, které jsme navzájem porovnali. Do výpočtu jsme nezahrnuli data z otázky č. 30 – *Kolik hodin za týden strávíte využíváním sociálních sítí?* Tato otázka byla zodpovídana pouze respondenty, kteří v otázce č. 29 zvolili možnost „Ano“, tedy odpověděli, že využívají sociální sítě. Četnost užívání sice nebyla předmětem zkoumání v hypotéze, avšak výsledky v závěru vypíšeme v tabulce pro dokreslení obrazu o užívání sociálních sítí touto specifickou skupinou.

Pro ověření hypotézy jsme provedli testy normality pro obě skupiny respondentů. Výsledky vidíme v následujících tabulkách a grafu.

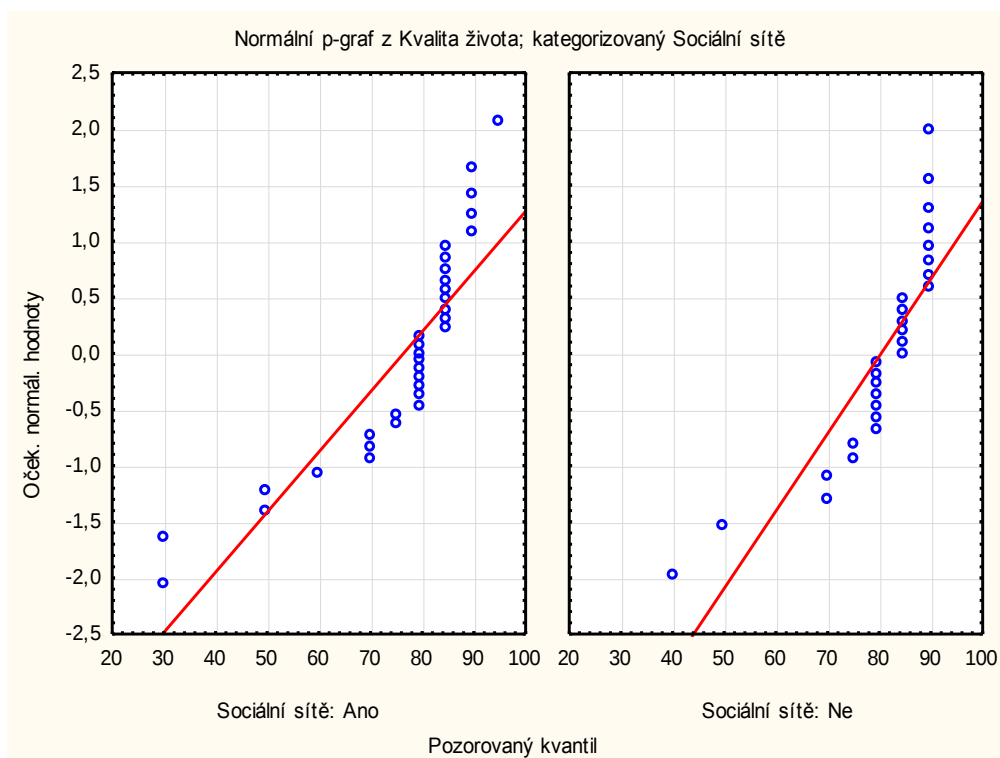
Tab. 29: Test normality pro lidi, kteří využívají sociální sítě

Lidé, kteří využívají sociální sítě			
Proměnná	N	W	P
Kvalita života	33	0,767539	0,000008

Tab. 30: Test normality pro lidi, kteří nevyužívají sociální sítě

Lidé, kteří nevyužívají sociální sítě			
Proměnná	N	W	P
Kvalita života	27	0,737965	0,000014

Graf 12: Rozložení pro kvalitu života a sociální síť



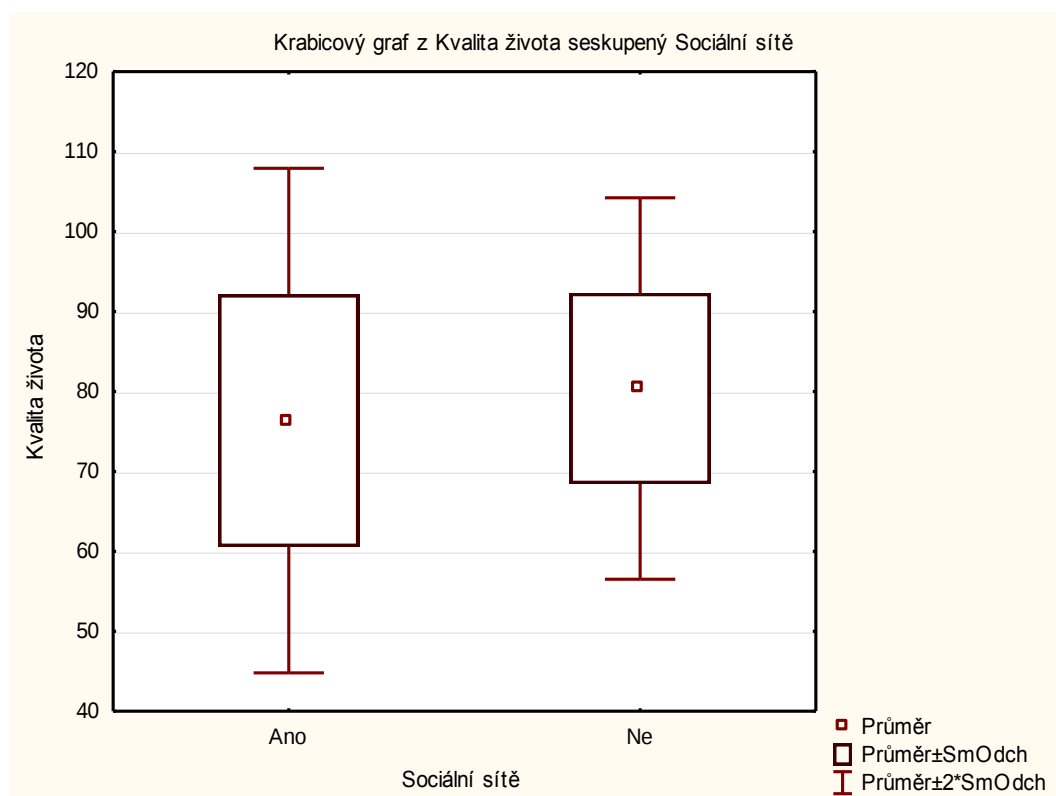
H0 testu jsme i tentokrát zamítli. Data podle výsledků nepocházejí z normálního rozložení.

Vzhledem ke zjištění, že data nepochází z normálního rozložení, jsme opět pro výpočet zvolili Mann-Whitneyův U test pro porovnání dvou nezávislých výběrů. Výsledky vidíme v následující tabulce.

Tab. 31: Mann-Whitneyův U test pro H9

Mann-Whitneyův U test					
Dle proměn. Sociální síť					
Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$					
Proměnná	Součet pořadí Ne	Součet pořadí Ano	U	Z	p
Kvalita života	896,5000	933,5000	372,5000	-1,10142	0,270714

Graf 13: Kvalita života lidí, kteří užívají a neužívají sociální sítě



Po porovnání hodnoty p s hodnotou α vidíme, že hodnota p je větší. Přijímáme tedy H_0 testu. Distribuční funkce se rovnají. Lze tedy říci, že neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života mezi skupinou lidí, kteří využívají sociální sítě a těch, kteří sociální sítě nevyužívají. Průměrná hodnota kvality života činí pro lidi, kteří užívají sociální sítě 76,4 a pro lidi, kteří nevyužívají sociální sítě, činí 80,4.

V následující tabulce můžeme vidět již zmíněné doplnění dat o délce času stráveném užíváním sociálních sítí u lidí, kteří je využívají. Konkrétní zmiňovanou sociální sítí byl pouze Facebook.

Tab. 32: Čas strávený respondenty na sociálních sítích

Čas strávený respondenty na sociálních sítích	
Proměnná	Počet respondentů
Do 1 h	0
Mezi 1-3 h	14
Mezi 3-6 h	15
Více než 6 h	2
Více než 12 h	2
Více než 18 h	0
Téměř se neodhlašuji, jsem k dispozici celý den.	0
Celkem	33

V tabulce č. 31 tedy můžeme vidět, že nejčastěji respondenti stráví na sociálních sítích 3-6 hodin denně. V těsném odstupu pak 1-3 hodiny denně. Žádný z respondentů neuvedl, že by na sociálních sítích trávil méně než hodinu, pokud je již využívá, nebo více než 18 hodin denně.

Lze tedy vynést výrok o hypotéze.

Hypotézu č. 9 přijímáme.

8.2 K platnosti hypotéz

H1: Kvalita života před úrazem je statisticky signifikantně vyšší než po úrazu.

Tuto hypotézu jsme **přijali**.

H2: Existuje statisticky významná stochastická závislost mezi dobou od úrazu a kvalitou života.

Tuto hypotézu jsme **zamítli**.

H3: Kvalita života lidí žijících v manželství je statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří v manželství nežijí.

Tuto hypotézu jsme **přijali**.

H4: Neexistuje statisticky významná závislost mezi kvalitou života a mírou soběstačnosti.

Tuto hypotézu jsme **přijali**.

H5: Existuje statisticky významný rozdíl mezi stupněm dosaženého vzdělání a spokojeností se zaměstnáním.

Tuto hypotézu jsme **zamítli**.

H6: Kvalita života se statisticky významně liší u lidí, kteří aktivně sportují od lidí, kteří nesportují.

Tuto hypotézu jsme **zamítli**.

H7: Kvalita života u lidí majících děti je statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří děti nemají.

Tuto hypotézu jsme **zamítli**.

H8: Kvalita života lidí, kteří mají zaměstnání je statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří zaměstnání nemají.

Tuto hypotézu jsme **přijali**.

H9: Kvalita života lidí užívajících sociální sítě není statisticky signifikantně vyšší než kvalita života lidí, kteří sociální sítě nevyužívají.

Tuto hypotézu jsme přijali.

9 Diskuze

V této části bychom se rádi pozastavili nad výsledky. Zauvažovali jsme nad možnými fakty, které je ovlivnily a chybami ve výzkumu. Zároveň bychom rádi porovnali naše výsledky s jinými výsledky studií na podobná témata. Krátce nastíníme také možnosti dalšího využití. Pro větší přehlednost budeme diskuzi členit na odpovídající podkapitoly.

9.1 Diskuze nad dotazníky

Pro výzkum jsme zvolili dotazníkové šetření. Celkem respondenti vyplňovali 2 dotazníky. Výzkum formou dotazníku poskytuje respondentům možnost vyplňovat je ve vhodné chvíli, kdy mají náladu a jsou více motivovaní vyplňovat. Výzkum je také méně osobní. Vzhledem k tomu, že dotazníky obsahovaly některé více osobní otázky, jako např. otázku na sexuální život, předpokládali jsme, že pro respondenty bude příjemnější, když budou moci vyplňovat dotazníky v soukromí. Celkové výzkumné téma by navíc mohlo vyvolávat větší negativní emoce u některých respondentů, kteří pociťují nespokojenost se svou kvalitou života nebo s některými oblastmi. Nebyli tak konfrontováni se situací, že by vyjadřovali svou nespokojenost před výzkumníkem. Tedy že by jejich výsledky nebyly zcela anonymní.

Ze zkušenosti z výzkumu jsme však vyhodnotili, že by respondenti více ocenili ústní formu výzkumu, protože psaní pokládají za zdoluhavé a zatěžující, obzvláště když mají omezenou hybnost rukou. Část dotazníků jsme vyplňovali s respondenty na jejich žádost. Nikdo z těchto respondentů neodmítl odpověď na žádnou odpověď. Získali jsme tedy kompletní data, zatímco respondenti, kteří vyplňovali dotazníky samostatně, mnohdy některé otázky nezodpověděli.

Proč respondenti vynechávali odpovědi? Dotazník je celkově dost dlouhý, což mohlo svádět k vynechávání odpovědí, aby se dříve přiblížili konci. Vzhledem k tomu, že jsme osobně nebyli přítomni zadávání všech dotazníků, mohlo se stát, že při případném dotazu, jestli vše opravdu musejí vypisovat, je poptávaná osoba mohla podpořit v tom, aby otázku vynechali.

Nízká odpovědnost za plně vyplněný dotazník může také vycházet z dlouhodobého sekundárního zisku z nemoci, kdy je těmto lidem ve spoustě oblastí ulevováno, pokud je to pro ně obtížné.

Jak jsme již zmiňovali, výzkum byl složen ze dvou dotazníků. První dotazník byl podrobnější, s větším počtem otevřených odpovědí. Pro respondenty byl jistě mnohem náročnější na vyplnění, jak z hlediska času, tak i náročnosti. Nad některými otázkami bylo nutné více přemýšlet. Proto byl tento dotazník zařazený jako první.

Druhý dotazník, dotazník MANSA v podstatě opakoval všechny důležité otázky z prvního dotazníku. Vzhledem k tomu, že se často stávalo, že některé otázky v první části nebyly vyplněny, poskytoval nám možnost doplnit chybějící potřebná data. Vzhledem k tomu, že obsahuje minimum otevřených otázek a ostatní odpovědi jsou ve formě ano/ne či zvolení příslušné hodnoty, byli respondenti ochotni vyplňovat odpovědi na stejné otázky podruhé. Obrácené zařazení dotazníku, by dle našeho názoru vedlo k větší demotivaci vyplňovat data opakovaně, a to především u respondentů, kteří dotazníky vyplňovali samostatně. Otázky na osobní bezpečí a fyzické násilí, které obsahoval pouze druhý dotazník, jsme k výpočtům nevyužili.

Dvousečnou zbraní v dotazníku byl výskyt dvou škál. Výhodou bylo, že druhá škála 1-7 poskytovala slovní oporu pro rozhodnutí, která mohla pomoci. Nevýhodou však bylo, že mohlo dojít k výraznějšímu posunu hodnocení v přepočtu.

Problematické otázky

První problematickou otázkou byla otázka č. 3 - *Jestliže jste odpověděli, že bydlíte doma, vypište prosím všechny členy Vaší domácnosti, kteří s Vámi bydlí.* Tato otázka zůstávala často nevyplněná, ačkoliv na podobnou otázku v dotazníku MANSA většina z nich odpověděla. Není nám zcela jasné, proč byla tato otázka tolik vynechávána.

Další otázku, kterou často respondenti nezodpověděli, byla otázka č. 6 - *Na stupnici 0-100 vypište hodnotu, která vyjadřuje Vaši spokojenost s Vaším bydlením.* Tato otázka není nijak osobní, proto se nám zdá nepravděpodobné, že by ji vyplňovat nechtěli. Spíše se nám zdá možné, že jí přehlédli, vzhledem k tomu, že byla poslední v oblasti bydlení.

Otázka č. 7 - *Jaká je Vaše aktuální partnerská situace?* Z 60 respondentů, kteří vyplňovali dotazníky, 2 odpověděli, že jsou *zadaní*. Domníváme se, že příčinou mohlo být přehlédnutí možnosti *zadaný* nebo ji respondenti ani neočekávali. V možnostech byla na prvním místě zařazena možnost *svobodný*, kterou když respondenti uviděli, mohli zaškrtnout, aniž by četli další možnosti. Tuto možnost uvažujeme především z obecné zkušenosti vyplňování formulářů, kde bývají otázky na rodinný stav skýtající pouze

možnosti *ženatý či vdaná, svobodný, rozvedený, vdovec či vdova*. Pro příští šetření bychom doporučili obrátit pořadí možností *zadaný a svobodný*.

Další problematická otázka byla č. 26 - *Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která odpovídá tomu, jak jste spokojený se svým společenským životem*. Možnost, proč na tuto otázku neodpovídali, je, že ji neuměli správně uchopit. I v rámci osobního vyplňování s respondenty se nám stalo, že se doptávali, jak to myslíme. Při dalším výzkumu, který by využíval tohoto dotazníku, bychom doporučili tuto otázku pozměnit, aby byla více srozumitelná.

Dále jsme uvažovali o hodnotách v otázce č. 38 - *Změnila se nějak kvalita Vašeho života od doby, kdy jste se dozvěděli o Vašem úrazu po současnost*. Naprostá většina respondentů odpověděla kladně, avšak někteří odpověděli záporně. Možné je, že se jim skutečně kvalita života zhoršila, ovšem my bychom očekávali spíše zlepšení, jak uvedla většina. Možné tedy je, že si otázku špatně přečetli a mysleli si, že se ptáme na rozdíl před úrazem a po úrazu nebo se jim skutečně v životě událo něco, co tímto směrem proměnilo kvalitu života. V případě, že bychom se zajímali spíše o celkovou kvalitu života než o jednotlivé oblasti, by se dala tato otázka rozšířit o důvody. V případě, kdybychom chtěli zachovat zkoumání různých oblastí kvality života, nedoporučujeme tuto otázku dále rozšiřovat vzhledem k celkové délce dotazníku.

Otázka č. 40 - *Myslíte si, že se kvalita Vašeho života bude v budoucnosti měnit?* V této otázce respondenti často podávali odpovědi, ze kterých nebylo možno usoudit, zda je odpověď míněna v pozitivním či negativním smyslu. Příklad odpovědi: *Ano, zdravotní stav*. Pro jasnou orientaci by se také dalo využít znamének + a -.

V porovnání dvou tabulek před úrazem a po úrazu byla problematická otázka č. 2 - *Četnost mých partnerských vztahů?* V případě, že respondenti byli oddaní, nebylo příliš logické na tuto otázku odpovídat. Dalo by se tedy uvažovat, zda by tato otázka nešla nějak upravit, či změnit za jinou. V případě, že bychom ji chtěli zanechat, šlo by k instrukci doplnit, že pokud jsou oddaní, mají doplnit hodnotu 7, tedy nemůže být lépe.

V dotazníku MANSA respondenti ve většině neodpovídali na otázku č. 2 - *Zaměstnanecký status?* Pravděpodobně se jim tato otázka zdála nejasná. Vzhledem k tomu, že je součástí dotazníku, který jsme sami nevytvořili, nedoporučujeme tuto otázku

vynechávat. Spíše bychom mohli uvést rozšiřující instrukci, která by tuto otázku více osvětlovala.

9.2 Diskuze o výsledcích

Budeme postupovat podle pořadí zvolených hypotéz, abychom zachovali přehlednost ve členění.

První hypotéza, kterou jsme si zvolili, se zabývala porovnáním kvality života lidí před úrazem a po úrazu. K tomuto účelu jsme vytvořili 2 stejné tabulky, které sytily 4 námi zvolené oblasti života, které jsme považovali za důležité. Koeficient determinace $R^2=0,42623241$, který jsme získali při mnohonásobné lineární regresi, však ukázal, že byla naplněna variabilita dat pouze z 43%. Toto číslo považujeme za nízké. Možností pro lepší naplnění variability dat spatřujeme v porovnání celkové kvality života z dotazníku s hodnotami spokojenosti v jednotlivých oblastech. Tento úkon by nám mohl ukázat důležité oblasti, které v tabulce nejsou zohledněny. Vytvořením příslušných otázek a ověřením v menším předvýzkumu, bychom mohli dosáhnout lepší variability dat. Vzhledem k celkové stavbě a délce dotazníků bychom však doporučovali zkrátit či vynechat některé oblasti, které by byli dotazováni v tabulce. Respondenti by tak nebyli zahlceni množstvím podobných otázek, které nemají příliš odpovídající hodnotu, ale neúměrně k tomu prodlužují vyplňování a demotivují respondenta k dalšímu vyplňování.

Dalším úskalím tohoto systému bylo přidělení vah jednotlivým oblastem. Zvolili jsme výpočet pomocí mnohonásobné lineární regrese z dat z jiných částí dotazníku. Tento systém se nám zdá dobrý z hlediska dat získaných po úrazu. Získané váhy mnohem více odpovídají skutečnosti, než kdybychom je volili na základě pouhého úsudku. Takto získané váhy jsme však užili i pro období před úrazem. Domníváme se, že rozložení vah by v tomto případě bylo jiné. Pro jistotu jsme tedy výpočet provedli znovu s rovnoměrným rozložením vah. Výsledky nejsou uvedeny v analýze dat, přesto zde můžeme zmínit, že výsledek testu byl stejný, tedy že kvalita života před úrazem je signifikantně vyšší než po úrazu. Naše výsledky jsou tedy srovnatelné s výsledky výzkumu, který publikovali v roce 2009 Barker, Kendall, Amsters, Pershouse, Haines a Kuipers, kteří zjistili, že kvalita života zdravé populace je signifikantně vyšší než lidí po úrazu.

Druhá hypotéza se týkala statisticky významné závislosti mezi dobou od úrazu a kvalitou života. Navzdory výzkumům Mortensona, Noreau a Millera (2010) či Kennedyho a Rogerse (2000) jsme očekávali, že bude existovat stochastická závislost. Jak

jsme již uváděli v teoretické části, tito výzkumníci ve svých výzkumech zkoumali kvalitu života v období 3-15 měsíců po rehabilitaci a 1-6 měsíců po rehabilitaci a shodně jim vyšlo, že kvalita života se nijak neproměňuje. Stejně jako prvně zmiňovaní autoři jsme se domnívali, že se kvalita života bude proměňovat v delším časovém období od úrazu.

Nabízí se především dvě možnosti, proč se hypotéza nepotvrdila. První z nich je, že posun v datech je zapříčiněn různými stupni omezení, které vycházejí z úrazu. Můžeme polemizovat o tom, zda by se tato závislost prokázala, kdyby měli všichni stejné omezení. Spatřujeme rozdíl v hodnocení kvality života u lidí, kteří mají pouze ochrnuté nohy a rukama jsou schopni hýbat bez omezení. Jejich životní změny a malé motorické pokroky jsou oproti lidem, kteří mají zasaženou i hybnost rukou, pravděpodobně méně významné. Toto může ovlivňovat i celkovou kvalitu života, postavení k životu a životním možnostem.

Další možností pak je, že posun v kvalitě života může být skokovitý, závislý na jednotlivých, kvalitu života zvyšujících, faktorech, které nemusí souviset s časovým odstupem od úrazu. Například nalezení partnera je otázkou náhody a lze předpokládat, že se nezvyšuje pravděpodobnost jeho nalezení s dobou od úrazu. Stejně tak nalezení zaměstnání, které podle výzkumu v USA, který provedli Krause, Terza, Saunders a Dismuke (2010), činí pro nalezení prvního zaměstnání po úrazu míchy 3,8 let a pro nalezení zaměstnání na plný úvazek pak činí 4,3 roky. Vzhledem k velkým časovým odstupům od úrazu u jednotlivých respondentů můžeme předpokládat, že již došlo k vysokému nasycení kvality života, které se již nebude proměňovat nebo může dokonce i klesat vzhledem k věku a zdravotním komplikacím. Toto celkově mohlo zapříčinit, že neexistuje závislost mezi dobou od úrazu a kvalitou života.

Ve třetí hypotéze jsme očekávali statisticky signifikantně vyšší kvalitu života u lidí žijících v manželství než u těch, kteří v manželství nežijí. Tento výsledek jsme očekávali navzdory výzkumu kvality života, který provedli Mortenson, Noreau a Miller (2010), kteří zjistili, že kvalita života není ovlivněna životem v manželství. Naši hypotézu jsme na základě výsledných dat přijali. Kvalita života lidí žijících v manželství je opravdu výrazně vyšší. Tento fakt podle našeho názoru souvisí s případnými možnostmi do budoucna - zajištění péče od partnera, možnost mít děti a schopnost se o ně postarat, celkové zajištění a celková životní opora v partnerovi. Otázkou však je, zda by rozestup mezi kvalitami života nebyl ještě vyšší v případě, že bychom hypotézu přeformulovali ve smyslu lidí žijících ve stálém partnerství bez podmínky, že musejí být partneři oddáni. Jak uvádí

Vágnerová (2004), již dlouhodobý partnerský vztah zvyšuje zároveň sebevědomí a potvrzuje normalitu člověka pro společnost.

Jak jsme uváděli již v rozboru otázky č.7, zdá se nám možné zkreslení dat vzniklé daným pořadím možností *zadaný* a *svobodný*. Vzhledem k tomu, že možnost *zadaný* vybrali pouze dva respondenti, nemůžeme ověřit, zda by rozestup kvality života byl vyšší, kdybychom zadané dali do skupiny s oddanými.

Hypotéza č. 4 se týkala závislosti mezi kvalitou života a soběstačností. Očekávali jsme, že nebude existovat statisticky významná závislost mezi kvalitou života a soběstačností. Tuto neexistující závislost jsme očekávali vzhledem k rozmanitosti respondentů a jejich omezení. Celkovou roli soběstačnosti velmi ovlivňuje samotná osobnost člověka. Jaký měl vztah k možnosti pohybu před úrazem. Byl pro něj důležitý sport, který teď nemůže dělat v původní podobě? Je to osobnost, která tíhne k sekundárním ziskům z nemoci? Měl již předchozí zkušenost s lidmi v podobné situaci, kteří žili kvalitní život? Je vysoká soběstačnost hlavním faktorem kvality života?

Sice se nám podařilo prokázat slabou závislost, avšak hypotézu jsme přijali, protože korelační koeficient činil pouze 0,289532. Rozhodli jsme se akceptovat obecně přijímanou hodnotu ve společenských vědách, která činí 0,65, a přijali jsme hypotézu, která zní, že neexistuje závislost mezi kvalitou života a soběstačností. Jak již bylo zmíněno, v analýze dat jsme výpočet spokojenosti s vlastní soběstačností provedli z hodnot z otázek č. 13 o dopomoci při běžných denních činnostech a č. 16 o soběstačnosti venku. U otázky č. 13 jsme museli data přepočítat, jelikož hodnocení bylo v opačném směru než u druhé otázky - tedy čím vyšší číslo, tím horší hodnocení. Otázkám jsme přiřadili různou váhu, a to pouze na základě úsudku, což považujeme za velmi riskantní. Domníváme se však, že by bylo větší chybou považovat tyto dvě otázky za rovnocenné a proto jsme zvolili tento postup s přidělením vah s menším rozestupem. Možností, jak se vyhnout této situaci, by byla otázka na celkovou spokojenost s mobilitou. Reálné zhodnocení možnosti samostatného fungování doma a venku a jejich výsledná hodnota se nám zdála přesnější.

Hypotéza č. 5 se týkala rozdílů mezi stupněm dosaženého vzdělání a spokojeností se zaměstnáním. Očekávali jsme tak i na základě výzkumu Janga, Wanga a Wangové (2005), kteří prokázali, že vyšší vzdělání poskytuje vyšší možnost nalezení manuálně nenáročného zaměstnání, které je poměrně dobře placené. Přesto se nám nepodařilo prokázat, že by existoval rozdíl. Ve výpočtu této hypotézy jsme se nejvíce potýkali s malým množstvím

respondentů, které pravděpodobně zapříčinilo výsledek, tedy že neexistuje rozdíl. Při rozdělení do příslušných kategorií se četnosti v jednotlivých kategoriích staly opravdu minimálními. V případě ukončeného základního vzdělání jsme dokonce získali pouze jednoho respondenta, takže tuto hodnotu v podstatě nemůžeme vůbec brát jako vypovídající. Zamyslíme-li se nad spokojeností se zaměstnáním vzhledem k jednotlivým stupňům vzdělání, vidíme zde potencionálně vystupující fakt a to především, že lidé, kteří mají ukončené vzdělání na gymnázium, jsou nejvíce nespokojeni, což může souviset s jejich aspiracemi na vyšší vzdělání, lepší zaměstnání a větší možnost výdělku. Naopak lidé s nižším vzděláním si pravděpodobně uvědomují, že vzhledem ke své situaci a výši vzdělání, jsou jejich podmínky relativně dobré, (vzdělání na středním odborném učilišti. Vysokoškolsky vzdělání jsou v hodnocení na třetím místě, bereme-li v potaz odpověď jednoho respondenta se vzděláním na ZŠ. Vynecháme-li kategorii ZŠ, mají vysokoškolsky vzdělaní druhé nejvyšší hodnocení spokojenosti se zaměstnáním, což odpovídá našemu předpokladu. Vzhledem k četnostem jsou však toto pouze interpretace dosažených výsledků, které ve velkém vzorku respondentů mohou být odlišné.

V hypotéze č. 6 jsme zkoumali rozdíl v kvalitě života mezi lidmi, kteří aktivně sportují a těmi, kteří sport aktivně nedělají. Toto jsme předpokládali i v souvislosti s výzkumy, které říkají, že vyšší tělesná aktivita vede k nižší míře prožívané bolesti a únavy, k nižší depresivitě (Tawashy, Eng, Lin, Tang, & Hung, 2009), pomáhá lépe se vyrovnat s poraněním (Tasiemski, Brewer, 2011) a má vliv na subjektivní pohodu (Anneken, 2010, Ginis, 2010). Hypotézu jsme však na základě našich dat zamítli. Neexistuje tedy rozdíl mezi lidmi, kteří aktivně sportují a těmi, kteří nesportují. Výsledek pravděpodobně souvisí s tím, že u lidí, kteří nesportují, je volný čas zaplněn jinými aktivitami, které plnohodnotně nahrazují sport. Navíc samotný sport není jistě pro každého stejně důležitý a pro některé lidi může být dokonce naprosto nepřitažlivý a nedůležitý.

V hypotéze č. 7 jsme zkoumali vztah kvality života a přítomnosti dětí v životě respondentů. Očekávali jsme vyšší kvalitu života u lidí, kteří mají děti, protože rodičovská role je i pro zdravého člověka většinou velmi pozitivní a očekávaná změna. Většina lidí má v životě dříve či později touhu stát se rodičem. Je to tedy splnění určité životní mety, které podporuje začlenění do společnosti. Z výsledků však oproti našemu očekávání vyplynulo, že neexistuje významný rozdíl mezi kvalitou života bezdětných respondentů a respondentů, kteří mají děti. Jak bylo již uvedeno, ve výzkumu není zohledněna doba, kdy se děti narodily, ani zda jsou biologickými potomky respondentů. Domníváme se však, že

toto téma má hlubší souvislost s partnerskými vztahy, kterými je do jisté míry výrazně ovlivněno. Již výše jsme prokázali, že život v manželství vede k vyšší kvalitě života a je-li manželství spokojené a naplněné dětmi, může se, dle našeho názoru, spokojenost s vlastní životní situací, tedy jeden z aspektů kvality života výrazně zvýšit. Na druhou stranu nemá-li respondent možnost podílet se na výchově svých dětí např. proto, že se rozešel s partnerem a ten je má ve své péči, mohlo by celkové uspokojení a vliv na kvalitu života být malé nebo dokonce až negativní. Vzhledem k tomu, že v okolnostech toho, jak jsou děti staré, žijí-li ve společné domácnosti, jaké mají vztahy a jak mnoho jsou spolu v kontaktu, nebylo prováděno hlubší šetření, mohlo dojít ke zkreslení výsledků. Navíc je ve výběrovém souboru velká převaha mužů, což také může být zkreslující.

Hypotéza č. 8 zkoumala statisticky významný rozdíl mezi kvalitou života lidí, kteří mají zaměstnání a lidí, kteří nemají zaměstnání. Předpokládali jsme, že kvalita života pracujících lidí bude vyšší, protože se ztotožňujeme s názorem Vágnerové (2004), že návrat do práce má mnoho pozitivních aspektů a pozitivně působí na kvalitu života, jak potvrdili také respondenti ve výzkumu K Whalley Hammella (2004). Ačkoliv jsme hypotézu přijali, tedy podařilo se nám zjistit statisticky významně vyšší kvalitu života u lidí, kteří pracují, a zároveň jsme zjistili, že je velký rozestup mezi spokojeností v této oblasti u lidí, kteří mají práci, a u lidí, kteří práci nemají, rozdíl v celkové kvalitě života těchto dvou skupin není tak významný, jak bychom mohli předpokládat. Lze tedy uvažovat o možnosti, že respondenti jsou schopni alespoň částečně nahradit nespokojenost v pracovní oblasti jinou uspokojující oblastí.

Hypotéza č. 9 zkoumala, zda existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi kvalitou života lidí, kteří užívají sociální sítě a těch, kteří sociální sítě nevyužívají. Přestože jsme výše uvedli, že sociální sítě jsou usnadněním pro komunikaci mezi tělesně postiženými, protože stírají potřebu přesunu na vzdálené místo, kde se můžete s danou osobou kontaktovat, předpokládali jsme, že nebude existovat statisticky významný rozdíl v kvalitě života těchto dvou skupin respondentů. Předpokládáme, že vzhledem k masivnímu rozvoji počítačové techniky a kyberprostoru je současná mladá generace převážně v této oblasti vzdělaná natolik, aby těchto sociálních sítí dokázala plně využívat. Mnohdy je tento prostor dokonce upřednostňován před skutečným osobním kontaktem, který vyžaduje přesuny a tedy „příliš mnoho zbytečného času“. Zároveň však existuje skupina starších lidí, kteří nejsou od mládí zvyklí na kontakt pomocí počítačů, nejsou tak zblhlí v této komunikaci a proto upřednostňují osobní komunikaci.

Samozřejmě však nelze jednoduše rozdělit respondenty na starší a mladší a podle toho jim přiřadit preferenci sociálních sítí či osobního kontaktu a také schopnosti spojené s užíváním počítače, internetu a sociálních sítí. Zdá se nám však, že toto primitivní rozdělení by mohlo přesto být podkladem pro možné vysvětlení, proč neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života mezi těmito dvěma skupinami. S výjimkou jednoho respondenta všichni uvedli, že tráví čas s přáteli. Lze tedy předpokládat, že u některých respondentů jsou setkání pouze osobní a u některých je započítán i kontakt pomocí sociálních sítí. Ať už je však forma jejich setkání jakákoliv, je pro ně podobně uspokojující a nijak výrazně neovlivňuje kvalitu života jedné ze skupin respondentů.

Na základě této domněnky a předpokladu, že v budoucnu bude osobní komunikace upozaděna na úkor virtuální komunikace, bychom tedy mohli očekávat, že výzkum na stejné téma, by po delším časovém odstupu, kdy již nebude rozdíl v bazálních počítačových dovednostech mezi generacemi, mohl odhalit skutečně vyšší kvalitu života u lidí užívajících sociální sítě.

9.3 Omezení a přínos do budoucnosti

Výzkum by v budoucnosti mohl směřovat k rozšíření počtu respondentů a většímu vyrovnání z hlediska respondentů z rehabilitačních center proti respondentům dlouho po úrazu. Vzhledem k malému počtu žen ve výzkumu nelze srovnat kvalitu života žen a mužů po úrazu, při dostatečném množství žen by bylo zajímavé porovnat kvalitu života u obou pohlaví. Rozdíly v kvalitě života bychom viděli také u lidí, kteří vyrůstali na vesnici a stále tam bydlí oproti těm, kteří vyrůstali ve městě a stále tam bydlí nebo bydlí na vesnici, ale protože si to sami zvolili a jsou mobilní. Tento dotazník vůbec původ nepostihuje, ale celková mentalita vesnice by mohla, dle našeho názoru, spíše svádět k zakrnění na vesnici na rozdíl od města, kde má člověk mnohem více příležitostí, ale i bariér, které musí překonávat, pokud se dostane ven a tedy i větší nutnost na sobě pracovat a naučit se je překonávat. Dále by se mohly zkoumat rozdíly v kvalitě života lidí užívajících mechanický a elektrický vozík, případně postihnout i přechod z jednoho na druhý a sledovat, jak se jim proměnila kvalita života.

Možným významným obohacením výsledků by byla také možnost doplnit do dotazníku, v oblastech ve kterých tato otázka chybí, otázku na celkovou spokojenost s touto oblastí. Přínosné by bylo doplnit také tabulku, kde by respondenti jednotlivým oblastem mohli přiřadit váhy. Tak by vznikl osobní profil kvality života pro každého

respondenta a ukázali by se subjektivně důležité oblasti každého respondenta pro jeho celkovou kvalitu života. Vzhledem k celkovému množství položek v dotaznících by ovšem bylo nezbytné znovu zvážit přínosnost všech položek v dotazníku, aby se předešlo opětovnému navýšení položek bez jejich možného využití.

Velkým posunem ve všech výzkumech s lidmi, kteří mají omezenou hybnost rukou je užívání programu, který přepisuje hlasový záznam do psané formy. V dnešní době je tato služba drahá a nerozšířená. V budoucnu by však mohla ulehčit výzkum s podobně postiženými lidmi. Toto je však použitelné spíše pro dotazníky, pro rozhovory je to příliš málo kontrolovaná metoda.

Omezení našeho výzkumu je v tom, že nepracujeme v žádné organizaci, kde bychom měli trvalý přístup k těmto lidem. Jsme tedy odkázáni na to, kam je nám umožněn vstup a jak mnoho jsou lidé motivováni, když nejsme přímo ti lidé, kteří jim pomáhají. Tím, že jsme neviděli osobně reakce na dotazník, tedy verbální i neverbální projevy, nemůžeme predikovat možné zkreslení v odpovědích. Nemohli jsme respondenty upozornit, aby vyplnili něco, co původně vynechali. Dotazník obecně omezuje v tom, že špatně zvolené kategorie, již nemůžeme opravit. Dotazník nijak nepostihuje, jestli respondenti lžou nebo mají nějaké psychické obtíže. Úvodní komentář dotazníku a vysvětlení je sice velmi podrobné a informativní, avšak pro nižší intelekt může být náročné a zahlcující. V celém výzkumu není zahrnut jediný člověk, který by měl úraz vyloženě v dětství. Ve výzkumu je malé zastoupení žen. Největší slabinou výzkumu je rozsah zkoumaného vzorku.

Přínosy našeho výzkumu jsou v propracovanosti dotazníku v jednotlivých aspektech, takže celkovou kvalitu života lze ověřovat v mnoha aspektech. Vzhledem k členění dotazníku mají respondenti čas zamýšlet se nad jednotlivými oblastmi, než přistoupí k hodnocení celkové kvality života. Výzkum dobře poukazuje na nejčastější věkové období, kdy dochází k úrazům a ukazuje na nejpálčivější problém, tedy sexuální život. Výzkum poskytuje poměrně širokou rešerši problematických okruhů života člověka po úrazu a může být dobrým odrazovým můstkem pro další terapeutickou práci či řešení obtíží v rámci rehabilitačních pobytů po úrazu.

10 Závěry

Z výzkumu, který se zabýval kvalitou života a některými jejími aspekty, jsme vyvodili tyto závěry.

- Celková kvalita života lidí po úrazu páteře a míchy je statisticky signifikantně vyšší před úrazem než po úrazu.
- Neexistuje stochastická závislost mezi kvalitou života a dobou od úrazu.
- Kvalita života lidí po úrazu páteře, kteří žijí v manželství je statisticky signifikantně vyšší než lidí, kteří v manželství nežijí.
- Neexistuje statisticky významná závislost mezi mírou soběstačnosti a kvalitou života.
- Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi stupněm dosaženého vzdělání a spokojeností se zaměstnáním.
- Kvalita života lidí, kteří aktivně sportují, se statisticky významně neliší od lidí, kteří neprovozují aktivně sport.
- Kvalita života u lidí majících děti není statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří děti nemají.
- Kvalita života lidí, kteří mají zaměstnání je statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří zaměstnání nemají.
- Kvalita života lidí užívajících sociální sítě není statisticky signifikantně vyšší než kvalita života lidí, kteří sociální sítě nevyužívají.

Souhrn

Tato práce se zabývá kvalitou života lidí po úrazu páteře a míchy a jejími jednotlivými aspekty. Zároveň se snaží čtenáři nastínit, čím prochází člověk po úrazu, co ovlivňuje jeho život a jaké obtíže mohou vycházet z jeho poranění.

Skupina, kterou jsme si zvolili pro svou práci, je velmi specifická. Odlišuje se od běžné populace svým postižením. Zároveň se odlišuje i od populace s podobným typem postižení, které vzniklo z jiných příčin již před narozením nebo v průběhu prvních dvou let života (Renotierová, 2002, Kurková, 2008) a není tedy tolik traumatizována náhlou změnou životních podmínek (Vágnerová, 2004).

Poranění míchy je většinou důsledkem úrazu páteře (Faltýnková, 2004). Po úrazu je pacient převezen do páteřního centra na operaci, po 2-3 týdnech na spinální jednotku a odtud zpravidla po 12 týdnech do rehabilitačního centra (Chrobok, Prokop, 2006). Následky úrazu jsou klasifikovány dle Frankelovy stupnice, která určuje stupeň poranění míchy (Hoch, Višňa, 2004). Ihned po úrazu se pacient začne věnovat rehabilitaci, která zahrnuje rehabilitaci léčebnou a v pozdější době rehabilitaci sociální, pracovní a pedagogickou (Jesenský, 1995). Cílem tohoto procesu je co nejlepší začlenění zpět do života, dosažení maximálního možného zlepšení zdravotního stavu, získání soběstačnosti v nejvyšší míře a směřování k nejvyšší možné kvalitě života.

Možnosti pohybu a samostatnosti jsou odvislé od segmentu poranění páteře. Poškození v oblasti C-Th1 vyžaduje vyšší míru dopomoci dalších osob a u těžších poranění užívání elektrického vozíku (Faltýnková, 2004). Poranění míchy však přináší i další komplikace mimo omezení hybnosti. Pacienti se mohou potýkat s patologickými vegetativními reflexy, poruchami termoregulace a spasticitou (Hugo, Vokurka, 1995, Faltýnková, 2007), krvácením a střevními problémy (Kreuter, Taft, Siösteen, & Biering-Sørensen, 2011), problémy s vyprazdňováním (Sutorý, 2009) či s problémy v sexuální oblasti (Šrámková, 1997).

Z psychologického hlediska se člověk po úrazu a zjištění jeho následků dostává do psychické krize. Vyřešení této krize je důležitým krokem k adaptaci na nový život. Průběh těchto krizí není u každého vždy stejný. Tuto problematiku uchopili ve svých modelech například Krivohlavý (1985), Elisabeth Kübler-Rossová (1992), Badura-Madej (1999) nebo Holmes a Rahe (1967).

V rámci zpracovávání traumatu se člověk po úrazu potýká s různými překážkami, k jejichž překonání využívá obranných mechanismů (Vágnerová, 1999). Tyto překážky mohou člověka dovést k možnému pozitivnímu přesahu v podobě posttraumatického rozvoje (Mareš, 2012, Tedeschi, & Calhoun, 2004) nebo ho naopak mohou uvrhnout do záplavy negativních emocí, jako jsou úzkosti, deprese a další (Migliorini, Tonge, & Taleporos, 2008), které mohou při nedostatečné péči vést až k sebevraždě (Bouček, 2003).

Nutnost využívat invalidní vozík je také důvodem, proč jsou tito lidé vystaveni stigmatizaci. Okolí na první pohled vidí jejich odlišnost od majoritní společnosti a na základě této odlišnosti jim přisuzuje jisté vlastnosti (Goffman, 2003). Výrazné či nepřiměřené reakce na hodnocení okolím mohou vést k rozvoji nesympatických vlastností a rysů, které mohou tyto lidi dále izolovat (Had-Moussová, 2001).

Změněný vjem vlastního těla, narušení emoční složky, snížení sebehodnocení a přijetí role nemocného jsou také příčinami negativních změn v sebepojetí (Vágnerová, 2001). Člověk po úrazu páteře a míchy je také nucen vyrovnat se s chronickou povahou následků svého zranění, které jsou ovlivněny různými faktory, kterými se zabývali Corbin a Strauss (1988) nebo Donna Falvo (1991, 2005). Tyto faktory zasahují do různých oblastí života, které jsou značně proměnlivé.

Všechny tyto popsané skutečnosti mají svůj podíl na kvalitě života lidí po úrazu páteře a míchy. Co ale je kvalita života? Tento pojem se poprvé objevil ve 20. letech 20. století a plně se rozvíjí již od 60. a 70. let (Wood-Dauphinee, 1999). Přesná definice tohoto pojmu není stanovena (Hnilicová, 2005), a tak záleží spíše na názoru, který člověk osobně preferuje a na jehož základě si vybere odpovídající definici. Různé vědní obory preferují různé aspekty, které považují za nejdůležitější a od nich se odvíjejí jejich výzkumy. V psychologii většinou klademe důraz především na pojmy spokojenost se životem, subjektivní pohoda a štěstí (Hnilicová, 2005). Na základě těchto zvolených obsahů pojmu kvalita života jsou tvořeny různé metody k jejímu měření. Z medicínského hlediska jsou to například QoL (Spitzer et al., 1981), APACHE II (Knaus, Draper, Wagner, & Zimmermann, 1985) a další. V psychologii jsou to například SEIQoL (O'Boyle, McGee & Joyce, 1994), SQUALA (Zannotti, 1992) nebo SWLS (Diener, 1985).

Vnější činitelé, kteří ovlivňují kvalitu života každého člověka, jsou různí a různě důležití. Na základě našeho úsudku a rešerše literatury a výzkumů jsme vybrali ty, které se nám zdají časté. Na prvním místě vidíme fungující rodinu a podporu její a životních

partnerů (Vágnerová, 1999). Nalezení partnera, partnerské soužití a budování rodiny jsou velmi důležité aspekty (Vágnerová, 2004). Dalšími důležitými aspekty jsou přátelské vztahy a jejich udržování osobně či přes sociální sítě (Emmett, 2009), nalezení zaměstnání či návrat do původní práce, který je sice obtížný, avšak v celkovém důsledku pozitivní (Fadyl, McPherson, 2009). Další formy studia, které mohou být cestou k lepšímu zaměstnání (Krause et al., 2010, Jang, Wang, & Wang, 2005). Důležitá je také naplňování volného času (Jesenský, 2003), sportování, které udržuje fyzickou kondici a pomáhá se vyrovnat se zraněním, především v případě kolektivních sportů (Tasiemski, Brewer, 2011) a má tak vliv na kvalitu života (Anneken, 2010, Ginis, 2010), pořízení asistenčního psa (Galajdová, 1999). Na všechny tyto aspekty a jejich vývoj má poměrně velký vliv aktuální věk, který přináší starším i mladším jistá pozitiva, stejně jako negativa.

Vnitřní činitele, kteří ovlivňují kvalitu života po úrazu, jsou psychické vlastnosti. Můžeme k nim zařadit nezdolnost v pojetí hardiness, nezdolnost v pojetí koherence (Křivohlavý, 2001), vnímání osobní zdatnosti (Randusová, 2009) nebo locus of control (Mohapl, 1992, Waldron et al., 2010). Specifickými oblastmi jsou otázky víry (Janečková, 2008) a osobní viny (Krause, Stanwyck, & Maides, 1998).

Výzkumům kvality života po úrazu páteře se věnovali například Duggan a Dijkers (2001). Barker, Kendall, Amsters, Pershouse, Haines a Kuipers (2009) porovnávali kvalitu života lidí po úrazu míchy se zdravou populací. Mortenson, Noreau a Miller (2010) se věnovali vztahu kvality života těchto lidí a vzdálenosti od úrazu. Kennedy, Lude a Taylor (2006) publikovali výsledky studie zaměřené na kvalitu života, copingové strategie a další.

Pro náš výzkum jsme využili dotazníkové šetření, které jsme kvantitativně vyhodnotili. Využili jsme vlastního dotazníku a dále dotazníku MANSA neboli the Manchester Short Assessment of Quality of Life. Dotazníky zkoumají okruhy témat: bydlení, rodina, samostatnost, vzdělání, zaměstnání, přátelé a volný čas, finance, zdraví, osobní bezpečí a kvalita života. Cílová skupina respondentů jsou lidé po úrazu páteře a míchy, kteří nechodí. Celkový počet respondentů je 60 z toho 12 žen a 48 mužů. Vzhledem k nízkému počtu respondentů nelze výsledky široce zobecňovat. Respondenti byli získáni formou příležitostného výběru přes občanské sdružení KŘÍŽOVATKY handicap o. s a Hamzovou léčebnu v Lužích – Košumberku. Pro analýzu dat jsme využili program STATISTICA 10.

Srovnáním hodnocení stejných položek v době před a po úrazu jsme prokázali, že kvalita života před úrazem je statisticky signifikantně vyšší než po úrazu. Dále se nám podařilo prokázat, že kvalita života lidí žijících v manželství je statisticky signifikantně vyšší než u lidí, kteří v manželství nežijí. Prokázali jsme také, že neexistuje statisticky významná závislost mezi kvalitou života a mírou soběstačnosti. Tento fakt jsme očekávali vzhledem k zastoupení různé míry postižení, která ovlivňuje různou míru pokroku a výslednou mobilitu. Nepodařilo se nám naopak prokázat souvislost mezi vyšším stupněm dosaženého vzdělání a vyšší spokojeností se zaměstnáním ani statisticky významnou stochastickou závislost mezi kvalitou života a dobou od úrazu. Taktéž se nám nepodařilo prokázat, že kvalita života se statisticky významně liší u lidí, kteří aktivně sportují od lidí, kteří nesportují, navzdory předpokladům podloženým výzkumy například Tawashy, Enga, Lina, Tangy, & Hunga (2009). Dále jsme očekávali, že bude signifikantně vyšší kvalita života u lidí, kteří mají děti. Tuto hypotézu jsme však také zamítli. Přestože jsme jistý rozdíl mezi skupinami zaznamenali, nebyl dostatečně statisticky signifikantní. Prokázali jsme však statisticky signifikantně vyšší kvalitu života lidí, kteří mají zaměstnání a také fakt, že neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života mezi lidmi, kteří užívají sociální síť a těmi, kteří je neužívají.

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Anneken, V., Hanssen-Doose, A., Hirschfeld, S., Scheuer, T., & Thietje, R. (2010). Influence of physical exercise on quality of life in individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 48(5), 393-399.
2. Barker, R. N., Kendall, M. D., Amsters, D. I., Pershouse, K. J., Haines, T. P., & Kuipers, P. P. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47(2), 149-155.
3. Bech, P. (1993). *Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life: A Compendium on Documentation in Accordance with the DSM-III-R and WHO Systems*. Berlin: Springer.
4. Bendová, K., Dolejš, M., Charvát, M., Kolařík, M., Pechová, O., Sobotková, I., Šucha, M. & Vtípil, Z. (2011). *Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: VUP Olomouc.
5. Bouček, J. a kol. (2003). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
6. Canadian cohousing network. (2004). *What is cohousing?* Získáno z <http://www.cohousing.ca/whatis.htm>
7. Centers for Disease Control and Prevention (2011). *Health-Related Quality of Life (HRQOL)*. Získáno z <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>
8. Centrum Paraple. (2004). *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků.
9. Centrum Paraple. (2007). *Paraplegie, tetraplegie*. Praha: Svaz paraplegiků.
10. Corbin, J. M., & Strauss, A. (1988). *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass.
11. DeVivo, M. J., Black, K. J., Richards, J. S., & Stover, S. L. 1991. Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia*, 29(9), 620-627.
12. Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. doi:10.1007/s11205-009-9493-y
13. Duggan, C., & Dijkers, M. (2001). Quality of life after spinal cord injury: A qualitative study. *Rehabilitation Psychology*, 46(1), 3-27.
14. Emmett, D. (2009). *Taxonomy of social networks*. Získáno z

<http://davemmett.wordpress.com/2009/06/15/taxonomy-of-social-networks/>

15. Fadyl, J. K., & McPherson, K. M. (2010). Understanding Decisions About Work After Spinal Cord Injury. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 69-80.
16. Falvo, D. R. (1991), (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. 4th ed. Gaithersburg: Aspen.
17. Fischer, E. P., Owen, R. R., & Mc Cracken, A. (1997). *SF-36 outcomes data in schizophrenia: how appropriate are comparisons across disorders?* Abstract Book Association for Health Services Research, 14, 177.
18. Galajdová, L. (1999). *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. Praha: Grada Publishing.
19. Goffman, E. (2003). *Stigma*. Praha: Sociologické nakladatelství Praha.
20. Goffman, E. McGrathová, M. 1999. *Všichni hrajeme divadlo: sebe prezentace v každodenním životě*. Praha: Nakladatelství Studia Ypsilon.
21. Hammell, W. (2004). Quality of life among people with high spinal cord injury living in the community. *Spinal Cord* 42, 607–620. doi:10.1038/sj.sc.3101662
22. Hartkopp, A., Bronnum-Hansen, H., Seidenschunur, A., et al. (1998). Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1356-1361.
23. Haybron, D.M. 2003. "What Do We Want From a Theory of Happiness?" *Metaphilosophy* 34, 305–329.
24. Heller, D., Sobotková, I. & Šturma, J. (2003). *Psychologické dny 2002 - "Kořeny a vykořenění"*. Olomouc : Psychologický ústav AV ČR.
25. Hnilicová, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In J. Payne (Ed.), *Kvalita života a zdraví* (pp. 205-216). Praha: TRITON.
26. Hoffman, J. M., Bombardier, C. H., Graves, D. E., Kalpakjian, C. Z., & Krause, J. S. (2011). A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(3), 411-418.
27. Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 13-18.
28. Charlifue, S. W., & Gerhart, K. A. 1991. Behavioral and demographic predictors of suicide after traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72(7), 488-92.
29. Chrastina, J., Ivanová, K., Ježorská, Š., & Bártlová, S. (2012) Zkoumání limitů

- životního stylu jedinců s chronickým onemocněním. Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky, 14(3), s. 298- 314.
30. Chrobok, J., & Prokop, L. (2006). Úrazy páteře. *Sestra*. Získáno z <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/urazy-patere-279639>
31. Chronic Illness Alliance (2006). Chronic illness aliance website. Získáno z: <http://www.chronicillness.org.au/>
32. ILKDOM. (2012). Citováno: 31.1.2012. Dostupné z: <http://ilkdom.com/>
33. Jandová, D. (1998). *Fyziatrie 1. a 2. část*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
34. Janečková, P. (2008). *Psychosociální aspekty tyreopatie* (Disertační práce). Získáno z Informačního systému Masarykovy univerzity.
35. Jang, Y., Wang, Y. H. & Wang, J. D. (2005). Return to work after spinal cord injury in Taiwan: the contribution of functional independence. *Archives Of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86(4), 681 – 686.
36. Jankovský, J., Pfeiffer, J., & Švestková, O. (2005). *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.
37. Jelínková, J., Krivošíková, M., & Šajtarová, L. (2009). *Ergoterapie*. Praha: Portál.
38. Jesenský, J. (1995). *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum.
39. Jesenský, J., et al. (2003). *Zdravotně postižení, programy pro 21. století*. Hradec Králové: Gaudeamus.
40. Kapitola 10 Poranění páteře a míchy (2010). Získáno z <http://www.zzsck.cz/cb/balts3.htm>
41. Kennedy, P. & Rogers, B.(2000). Reported quality of life of people with spinal cord injuries: a longitudinal analysis of the first 6 months postdischarge. *Spinal Cord*, 38, 498–503.
42. Kennedy, P. P., Lude, P. P., & Taylor, N. N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44(2), 95-105.
43. Kennedy, P. P., Lude, P. P., Elfström, M. L., & Smithson, E. E. (2010a). Sense of coherence and psychological outcomes in people with spinal cord injury: Appraisals and behavioural responses. *British Journal Of Health Psychology*, 15(3), 611-621.

44. Kennedy, P. P., Sherlock, O. O., McClelland, M. M., Short, D. D., Royle, J. J., & Wilson, C. C. (2010b). A multi-centre study of the community needs of people with spinal cord injuries: the first 18 months. *Spinal Cord*, 48(1), 15-20.
45. Knaus, W., Draper, E., Wagner, D. & Zimmermann, J. (1985). APACHE II – A severity of diseases classification system. *Clinical Medicine*, 10(13), 818-829.
Získáno z <http://xa.yimg.com/kq/groups/16749867/1433507048/name/Critical+Care+Medicine+1985+Knaus.pdf>
46. Kolektiv autorů (2005). *Neurologie 2005*. Praha: Triton.
47. Konečný, R., & Bouchal, M. (1979). *Psychologie v lékařství*. Praha: Avicenum.
48. Krause, J. S., Kemp, B., & Coker, J. (2000). Depression after spinal cord injury: relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indicators. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 1099–1109.
49. Krause, J., Stanwyck, C., & Maides, J. (1998). Locus of control and life adjustment: Relationship among people with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 41(3), 162.
50. Krause, J., Terza, J., Saunders, L., & Dismuke, C. (2010). Delayed entry into employment after spinal cord injury: factors related to time to first job. *Spinal Cord*, 48(6), 487-491.
51. Kreuter, M., Taft, C., Siösteen, A., & Biering-Sørensen, F. (2011). Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49(1), 154-160.
52. Krhutová, L., Potměšil, M., Novosad, L., Michalík, J., & Valenta, M. (2005). *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého.
53. Křivohlavý, J. & Petříková, F. (2001). Faith, meaningfulness, and quality of life. *Studia Psychologica*, 43(3), 211 - 214.
54. Křivohlavý, J. (1985). *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Avicenum.
55. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
56. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
57. Křivohlavý, J. (2005). Měření kvality života objektivními ukazateli. In J. Payne (Ed.), *Kvalita života a zdraví* (pp. 281-287). Praha: TRITON.

58. Křivohlavy, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada.
59. Křivohlavý, J. (2009). *Víra a zdraví*. Získáno z <http://jaro.krivohlavy.cz/node/98>
60. Kříž, V. (1986). *Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích*. Praha: Avicenum.
61. Kubínková, D., & Křížová, A. (1997). *Ergoterapie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
62. Kübler – Ross, E. (1992). *Hovory s umírajícím*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis.
63. Kudláček, M., et al. (2007). *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
64. Kulakovská, M. (2005). Spinální rehabilitační jednotka v Kladrubech – zkušenosti a poznatky z 3-letého provozu. In *Sborník vybraných přednášek z 2. celostátního sympozia spinálních jednotek v Liberci*, Liberec, 6.-7.10.2005 (pp. 24-25). Svaz paraplegiků. Získáno z http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/2005/2-symp-spin-jednotek-vybr-prednasky.pdf
65. Kupka, K. (1997). *Statistické řízení jakosti: interaktivní analýza a interpretace dat pro řízení jakosti a ekonomiku*. Pardubice: TriloByte.
66. Kurková, P., et al. (2008). *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme*. Olomouc: Univerzita Palackého.
67. LeBlanc, L. A., Goldsmith, T., & Patel, D. R. (2003). Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescent. *Pediatric Clinic of North America*, 50, 859-878.
68. Lidal, I., Tuan Khai, H., & Biering-Sørensen, F. (2007). Return to work following spinal cord injury: a review. *Disability & Rehabilitation*, 29(17), 1341-1375.
69. Linley, P. A., & Josef, S. (2004). Positive change following trauma and adversity. A review. *Journal of traumatic stress*, 17(1), 11-21.
70. Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing.
71. Martin Ginis, K. A., Jetha, A. A., Mack, D. E., & Hetz, S. S. (2010). Physical activity and subjective well-being among people with spinal cord injury: a meta-analysis. *Spinal Cord*, 48(1), 65-72.
72. MedicaBaze.cz (2007). *Paraplegie*. Získáno z http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&termId=60&tname=Paraplegie
73. Migliorini, Ch., Tonge, B., & Taleporos, G. (2008). Spinal cord injury and mental

- health . *Australian and New Zeland journal of psychiatry*, 42(4), 309-314.
74. Michalík, J. et al. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.
 75. Modirian, E., Pirouzi, P., Soroush, M., Karbalaee-Esmaeili, S., Shojaei, H., & Zamani, H. (2010). Chronic Pain after Spinal Cord Injury: Results of a Long-Term Study. *Pain Medicine*, 11(7), 1037-1043.
 76. Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
 77. Mortenson, W. B., Noreau, L. L., & Miller, W. C. (2010). The relationship between and predictors of quality of life after spinal cord injury at 3 and 15 months after discharge. *Spinal Cord*, 48(1), 73-79.
 78. Motlová, L., & Dragomirecká E. (2003). Schizofrenie a kvalita života. *Psychiatrie*, 7(1), 84–90.
 79. Mráková, A. (2009). *Hipoterapie–léčba koňským hřbetem*. Získáno z <http://www.zdrave.cz/magazin/sportovani-a-cviceni-10/hipoterapie-lecba-konskym-hrbetem-481/>
 80. Navrátil, M. (2010). *Sebe prezentace online: “Hrajeme všichni divadlo” i na Facebooku?* (Bakalářská práce). Získáno z Informačního systému Masarykovy univerzity.
 81. Novosad, L. (2000). *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál.
 82. Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i realita*. Praha: Portál.
 83. Novotná, H. (2009). *Výběrové strategie*. Získáno z is.cuni.cz/studium/predmety/index.php?do=down&did=11786
 84. Pfeiffer, J., & Votava, J. (1983). *Rehabilitace s využitím techniky*. Praha: Avicenum.
 85. Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7-12. doi: 10.1177/002076409904500102
 86. Putzke, J., Richards, J., & Dowler, R. (2000). The impact of pain in spinal cord injury: A case-control study. *Rehabilitation Psychology*, 45(4), 386-401. doi:10.1037/0090-5550.45.4.386

87. Randusová, L. (2009). *Strategie zvládání a jejich měření ve vztahu k charakteristikám osobnosti* (Bakalářská práce). Získáno z Informačního systému Masarykovy univerzity.
88. Reakce na nemoc a úraz – *psychické obranné mechanismy a následky jejich selhání*. Získáno z <http://old.lf3.cuni.cz/reforma/reakce.html>.
89. Renotiérová, M. (2002). *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
90. Slocum-Gori, S., Zumbo, B., Michalos, A., & Diener, E. (2009). A Note on the Dimensionality of Quality of Life Scales: An Illustration with the Satisfaction with Life Scale (SWLS). *Social Indicators Research*, 92(3), 489-496. doi:10.1007/s11205-008-9303-y
91. Spinální jednotka Kliniky traumatologie Lékařské fakulty Masarykovy university v Úrazové nemocnici v Brně, Příspěvková organizace Statutárního města Brna (2009). *Výroční zpráva*. Získáno z <http://www.unbr.cz/Data/files/SPIN/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1va%20fin%C3%A1ln%C3%AD.pdf>
92. Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., Batista R. N., & Catschlove, B. R. (1981). Measuring the quality of life of cancerpatients. *Journal of Chronic Diseases*, 34, 585 – 597.
93. Stack, S., J.R. Eshleman 1998. “Marital Status and Happiness: A 17-Nations Study”. *Journal of Marriage and the Family* 60(2), 527–537.
94. Stanton, A. L., Bower, J. E., & Llow, C. A. (2006). Postraumatic grow after cancer. In Calhoun, Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth, research anad practice* (pp. 138-175). Mahwah: Erlbaum.
95. Sutorý, M. (2009). Urologická dispenzarizace po transverzální míšní lézi. *Urologie pro praxi*. Získáno z <http://www.solen.cz/pdfs/uro/2009/02/06.pdf>
96. Svatošová, M. (1995). *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo.
97. Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
98. Šrámková, T. (1997). *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha: Svaz paraplegiků.
99. Tasiemski, T., & Brewer, B. W. (2011). Athletic Identity, Sport Participation, and Psychological Adjustment in People With Spinal Cord Injury. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 28(3), 233-250.

100. Tawashy, A. E., Eng, J. J., Lin, K. H., Tang, P. F., & Hung, C. (2009). Physical activity is related to lower levels of pain, fatigue and depression in individuals with spinal-cord injury: a correlational study. *Spinal Cord*, 47(4), 301-306.
101. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. 2004. Posttraumatic growth : conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
102. Tyrrell, A.C., Hetz, S. P., Barg, C. J., & Latimer, A. E. (2010). Exercise as stigma management for individuals with onset-controllable and onset-uncontrollable spinal cord injury. *Rehabilitation psychology*, 55(4), 383-390.
103. Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
104. Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z., & Štech, S. (1999). *Psychologie handicapu*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
105. Vetchý, M. (2010). *Internetové sociální sítě jako nové působiště knihoven a knihovníků* (Diplomová práce). Získáno z Informačního systému Masarykovy univerzity.
106. Viewegh, J. (1996). *Sebevražda a literatura*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
107. Višňa, P., Hoch, J., et al. (2004). *Traumatologie dospělých*. Praha: Maxdorf.
108. Vokurka, M., & Hugo, J. (1995). *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf.
109. Waldron, B., Benson, C., O'Connell, A., Byrne, P., Dooley, B., & Burke, T. (2010). Health locus of control and attributions of cause and blame in adjustment to spinal cord injury. *Spinal Cord*, 48(8), 598-602.
110. Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing Quality of Life in Clinical Research: From Where Have We Come and Where Are We Going? *Journal of Clinical Epidemiology* 52(4), 355-363. Získáno z <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435698001796>
111. Woolrich, R. A., Kennedy, P., & Tasiemski, T. (2006). A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine*, 11(1), 80-90.
112. Zacharová, E. – Šimíčková - Čížková, J. (2007). *Psychologie pro zdravotnické obory. Vybrané kapitoly*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
113. Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník. (1964). Získáno z <http://www.zakonycr.cz/seznamy/040-1964-sb-obcansky-zakonik.html>

114. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. (2004). Získáno z http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004.
115. Zárubová, I. (2008). *Ohlasy na canisterapii jsou velmi pozitivní*. Získáno z <http://www.canisterapie.info/news/s-pacienty-pomahaji-i-psi/>

Přílohy

Příloha č. 1: Seznam tabulek a grafů

Použité zkratky

Příloha č. 2: Baterie dotazníků

Příloha č. 3: Abstrakt Rigorózní práce

Abstract of Thesis

Příloha č. 1

Seznam tabulek a grafů

Tab. 1: Rozložení pohlaví ve výzkumném souboru.....	55
Tab. 2: Četnosti rozložení diagnózy v souboru	56
Tab. 3: Rozložení oblasti poranění v souboru	56
Tab. 4: Výsledky mnohonásobné lineární regrese	58
Tab. 5: Normované váhy	59
Tab. 6: Testy normality pro kvalitu života před úrazem a po úrazu	59
Tab. 7: Wilcoxonův párový test pro kvalitu života před úrazem a po úrazu.....	59
Tab. 8: Testy normality pro každou trojici otázek z 1 oblasti	60
Tab. 9: Wilcoxonův párový test pro stejné oblasti před a po úrazu	61
Tab. 10: Test normality pro H2.....	62
Tab. 11: Spearmanovy korelace pro H2	62
Tab. 12: Test normality pro lidi žijící v manželství.....	64
Tab. 13: Test normality pro lidi nežijící v manželství	64
Tab. 14: Mann-Whitneyův U test pro H3.....	65
Tab. 15: Test normality pro H4.....	66
Tab. 16: Spearmanovy korelace pro H4	67
Tab. 17: Četnosti stupňů vzdělání	68
Tab. 18: Testy normality pro jednotlivé stupně vzdělání	69
Tab. 19: Kruskal-Wallisův test pro H5.....	69
Tab. 20: Test normality pro aktivně sportující.....	71
Tab. 21: Test normality pro lidi, kteří nesportují.....	71
Tab. 22: Mann-Whitneyův U test pro H6.....	72
Tab. 23: Test normality pro lidi, kteří nemají děti	73
Tab. 24: Test normality pro lidi, kteří mají děti.....	73
Tab. 25: Mann-Whitneyův U test pro H7.....	74
Tab. 26: Test normality pro lidi, kteří mají zaměstnání	75
Tab. 27: Test normality pro lidi, kteří nemají zaměstnání.....	75
Tab. 28: Mann-Whitneyův U test pro H8.....	76
Tab. 29: Test normality pro lidi, kteří využívají sociální síť	78
Tab. 30: Test normality pro lidi, kteří nevyužívají sociální síť	78
Tab. 31: Mann-Whitneyův U test pro H9.....	79

Tab. 32: Čas strávený respondenty na sociálních sítích	81
--	----

Graf 1: Kvalita života před úrazem a po úrazu	60
Graf 2: Spearmanova korelace kvality života a doby od úrazu	63
Graf 3: Rozložení pro kvalitu života a manželství.....	64
Graf 4: Kvalita života lidí žijících a nežijících v manželství.....	65
Graf 5: Spearmanovy korelace: kvalita života, soběstačnost	67
Graf 6: Rozložení spokojenosti se zaměstnáním vzhledem ke vzdělání	70
Graf 7: Rozložení pro kvalitu života a sport.....	71
Graf 8: Rozložení pro kvalitu života u lidí majících děti a nemajících děti	73
Graf 9: Kvalita života lidí, kteří nemají děti a kteří mají děti.....	74
Graf 10: Rozložení pro kvalitu života a zaměstnanost.....	76
Graf 11: Kvalita života lidí zaměstnaných a nezaměstnaných	77
Graf 12: Rozložení pro kvalitu života a sociální síť	79
Graf 13: Kvalita života lidí, kteří užívají a neužívají sociální síť.....	80

Použité zkratky

ANOVA	Analysis of variance
APACHE II	Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System
HRQoL	Health Related Quality of Life
HS	Health state
LOC	Locus of control
LQLP	The Lancashire Quality of Life Profile
LR	Léčebně rehabilitačních
LSS	Life Satisfaction Scale
MANSA	Manchester Short Assessment of Quality of Life
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
QoL	Quality of life of the patient
Sb.	Sbírky
SEIQoL	The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SQUALA	Subjectiv Quality of Life Analysis
USA	United States of America

Příloha č. 2

Baterie dotazníků

Dotazník ke zjišťování kvality života lidí po úrazu páteře a míchy.

Dobrý den,

Jmenuji se Sabina Slavičková a jsem studentkou 5. ročníku magisterského studia Psychologie v Olomouci. Tento dotazník slouží k výzkumu pro moji diplomovou práci. Ve svém výzkumu se snažím zmapovat kvalitu života lidí, kteří prodělali úraz páteře, a došlo u nich k poškození míchy v takovém rozsahu, že jsou nuceni denně užívat invalidní vozík. Dotazník se skládá ze dvou částí. První jsem vytvořila za účelem výzkumu ke své diplomové práci. Druhý je překladem již užívaného dotazníku v zahraničí.

Váš čas není nijak omezen a vyplňování je zcela anonymní. V dotazníku neexistují žádné dobré ani špatné odpovědi. V případě nejasností či obtíží spojených s účastí na výzkumu se na mne můžete obrátit na níže uvedené emailové adrese. Za Váš čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku, Vám mnohokrát děkuji. Vaše práce velmi pomůže zkvalitnit data, která ve svém výzkumu nashromáždím.

Sabina Slavičková

sab.slav@centrum.cz

Instrukce k I. části dotazníku.

V dotazníku jsou obsaženy různé typy otázek.

1. Otázky, které zodpovíte pouze zaškrtnutím příslušného rámečku. V některých případech, pokud zvolíte tuto odpověď, je vyžadováno ještě další upřesnění odpovědi, která následuje za zaškrtnutým rámečkem. Pokud tuto odpověď zvolíte, vyplňte, prosím, i tuto doplňující otázku.
2. Otázky, kde nejsou předem dané možnosti. Zde prosím sami vypište svou odpověď do vyhrazeného prostoru.
3. Otázky, kde volíte pouze číselnou hodnotu na stupnici 0-100, která odpovídá Vašemu názoru. 0 je brána jako hodnota nejnižší a 100 jako hodnota nejvyšší. Na konci dotazníku je také otázka, k níž máte přiřadit také znaménka+/- . Na tuto výjimku však budete u příslušné otázky znovu upozorněni.
4. V poslední části první části dotazníku jsou 2 tabulky, ve kterých si vyberete jednu ze sedmi nabízených možností (nemůže být hůř, nelíbí,...) a zaškrtnete ji vždy v 1. tabulce pro období před Vaším úrazem a poté ve 2. tabulce pro současnost.

Nyní můžete začít s vyplňováním dotazníku.

Pohlaví:

Věk:

Vyznáváte nějaké náboženství: Ano / Ne

1. Popište příčinu a okolnosti Vašeho úrazu.

2. Momentálně bydlíte?

- | |
|--|
| |
| |
| |

(Zvolíte – li tuto odpověď, pokračujte otázkou 6.)

3. Jestliže jste odpověděli, že bydlíte doma, vypište prosím všechny členy Vaší domácnosti, kteří s Vámi bydlí.

4. Kde se nachází místo Vašeho současného bydliště?

- [illegible]

5. Je Váš domov přizpůsoben Vaším potřebám?

A. Ano

☐

(V případě, že jste odpověděli ano, vypište prosím, zda jste provedli nějaké speciální úpravy.)

B. Ne

☐

6. Na stupnici 0-100 vypište hodnotu, která vyjadřuje Vaši spokojenost s Vaším bydlením.

Rodina

7. Jaká je Vaše aktuální partnerská situace?

A. Svobodný/a

☐

B. Zadaný/a

☐

C. Ženatý/vdaná

☐

D. Rozvedený/á

☐

E. Vdovec/vdova

☐

F. Jiná

☐

(Doplňte.)

8. Zaškrtněte počet dětí, které máte včetně případného současného těhotenství.

A. Bezdětný/a

☐

B. 1 dítě

☐

C. 2 děti

☐

D. 3 děti

☐

E. Více než 3 děti

☐

(Vypište kolik)

9. Plánujete nějaké (další) děti?

A. Ano

☐

B. Ne

☐

10. Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která vyjadřuje Vaši spokojenost s Vaším rodinným životem.

11. Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která vyjadřuje Vaši spokojenost s Vaším sexuálním životem.

Samostatnost

12. Jaký typ vozíku užíváte?

A. Mechanický

B. Elektrický

13. Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která odpovídá tomu, jak mnoho potřebujete pomoc při běžných denních činnostech.

14. Jste schopný/á se bez pomoci pohybovat doma?

A. Ano

B. Ne

15. Jste schopný/á se venku bez pomoci dostat, kam potřebujete?

A. Ano

B. Ne

16. Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, které odpovídá tomu, jak jste spokojený/á se svou mobilitou venku?

17. Máte k dispozici auto, které můžete řídit?

A. Ano

B. Ne

Vzdělání

18. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| A. VŠ | ☐ | (Doplňte obor.) | _____ |
| B. SŠ - gymnázium | ☐ | | _____ |
| C. SŠ - odborná | ☐ | (Doplňte obor.) | _____ |
| D. SOU s maturitou | ☐ | (Doplňte obor.) | _____ |
| E. SOU | ☐ | (Doplňte obor.) | _____ |
| F. ZŠ | ☐ | | _____ |

19. Přemýšlíte o možnostech dalšího vzdělávání?

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------------|-------|
| A. Ano | ☐ | (Doplňte obor.) | _____ |
| B. Ne | ☐ | | _____ |
| C. Nyní studuji | ☐ | (Doplňte obor.) | _____ |

Zaměstnání

20. V současné době jste zaměstnaný/á?

- | | | |
|--------|--------------------------|---|
| A. Ano | ☐ | |
| B. Ne | ☐ | (Pokud jste zvolili tuto odpověď, pokuste se prosím odpovědět,
1. proč jste nezaměstnaný a poté 2. na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která odpovídá tomu,
jak jste s tímto stavem spokojený). |

1. _____

2. _____

(V případě, že jste zvolil tuto odpověď, pokračujte otázkou 24.)

21. Na stupnici 0-100 vypište hodnotu, které odpovídá tomu, jak jste spokojený/á se svým zaměstnáním.

22. V případě, že jste se svým zaměstnáním nespokojený/á nebo spíše nespokojený/á, pokuste se odpovědět: Proč jste se svým zaměstnáním nespokojený/á?

23. Mohl/a byste svou nespokojenost změnit? Případně odpovězte, jak byste jí mohl/a změnit.

24. Nepovinná otázka – Máte – li chuť, můžete se podělit o své zkušenosti týkající se zaměstnání. (Jak se k Vám choval zaměstnavatel, zažili jste diskriminaci, jak obtížné je sehnat zaměstnání atd.)

Přátelé a volný čas

25. Účastníte se společenského života? (např. divadlo, kino, výstavy, zábavy atd.)

A. Ano

☐

B. Ne

26. Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která odpovídá tomu, jak jste spokojený se svým společenským životem.

27. Trávíte svůj čas také s přáteli?

A. Ano

☐

B. Ne

(Proč?)

28. Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která odpovídá tomu, jak uspokojivá je pro Vás četnost a kvalita Vašich přátelských vztahů.

29. Využíváte k seznamování či ke kontaktu s přáteli sociální sítě? (např. Facebook, Twitter,...)

A. Ano

☐

(Jaké?)

B. Ne

☐

(Přejděte k otázce 31.)

30. Kolik hodin za týden strávíte využíváním sociálních sítí?

A. Do 1 h

☐

B. Mezi 1-3 h

☐

C. Mezi 3-6 h

☐

D. Více než 6 h

☐

E. Více než 12 h

☐

F. Více než 18 h

☐

G. Téměř se neodhlašuji, jsem k dispozici celý den.

☐

31. Věnujete se aktivně nějakému sportu?

A. Ano

☐

(Kterým?)

B. Ne

☐

(Proč?)

32. Věnujete se ve volném čase dalším zájmům kromě sportu?

A. Ano

☐

(Jakým?)

B. Ne

☐

(Proč?)

Finance

33. Máte dostatek financí pro pokrytí všech Vašich životních potřeb?

A. Ano

☐

B. Ne

34. Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která odpovídá Vaši spokojenosti s Vaší finanční situací.

Kvalita života

35. Co si představíte pod pojmem kvalitní život?

36. Na stupnici od 0-100 vypište hodnotu, která vyjadřuje Vaši kvalitu života.

37. Myslíte si, že kvalita Vašeho života je srovnatelná s dobou před Vaším úrazem?

A. Ano

☐

B. Ne

38. Změnila se nějak kvalita Vašeho života od doby, kdy jste se dozvěděli o Vašem úrazu po současnost?

A. Ano

☐

(Najděte hodnotu o kolik na stupnici od 0-100 a přiřaďte znaménko +
pro zlepšení nebo – pro zhoršení)

_____ - _____

B. Ne

☐

39. Které věci, v době po Vašem úrazu, pomohly ke zvýšení kvality Vašeho života?

40. Myslíte si, že se kvalita Vašeho života bude v budoucnosti měnit?

A. Ano

☐

(Proč?)

B. Ne

☐

(Proč?)

Pokračujte na další
stranu.



V následující tabulce zaškrtněte vždy jednu z možných sedmi odpovědí pro každou otázku. Čísla 1-7 označují jednotlivé možnosti škály, kterou vidíte pod tímto textem.

V první tabulce se pokuste zhodnotit, jak jste byl/a s jednotlivými položkami spokojený/á v době před úrazem. Ve druhé tabulce se pokuste zhodnotit stejné položky z Vašeho současného hlediska po úrazu. V případě, že nebudete jasně schopni vybrat jednu z možností na škále, přikloňte se, prosím, k té, která je Vašemu mínění nejbližší.

Poté pokračujte na další straně.

Škála:

nemůže být hůř	1
nelíbí	2
většinou nespokojený	3
smíšeně	4
většinou spokojený	5
líbí	6
nemůže být lépe	7

Před úrazem

Partnerské vztahy:	1	2	3	4	5	6	7
1. Kvalita mých partnerských vztahů?							
2. Četnost mých partnerských vztahů?							
3. Trvalost mých partnerských vztahů?							
Životní spokojenost:	1	2	3	4	5	6	7
4. Má sebeúctu?							
5. Naplnění mého života?							
6. Spokojenost s mým životem?							
Zdraví:	1	2	3	4	5	6	7
7. Můj zdravotní stav celkově?							
8. Četnost psychických obtíží?							
9. Četnost fyzických obtíží?							
Finance:	1	2	3	4	5	6	7
10. Výše příjmů včetně příspěvků?							
11. Nutné výdaje?							
12. Potenciální možnost příjmů?							

Po úrazu

Partnerské vztahy:	1	2	3	4	5	6	7
1. Kvalita mých partnerských vztahů?							
2. Četnost mých partnerských vztahů?							
3. Trvalost mých partnerských vztahů?							
Životní spokojenost:	1	2	3	4	5	6	7
4. Má sebeúctu?							
5. Naplnění mého života?							
6. Spokojenost s mým životem?							
Zdraví:	1	2	3	4	5	6	7
7. Můj zdravotní stav celkově?							
8. Četnost psychických obtíží?							
9. Četnost fyzických obtíží?							
Finance:	1	2	3	4	5	6	7
10. Výše příjmů včetně příspěvků?							
11. Nutné výdaje?							
12. Potenciální možnost příjmů?							

Pokračujte na další
stranu.



Instrukce k II. části dotazníku:

Některé otázky, které se objevují v této části dotazníku, jsou shodné s těmi, které jste vyplňovali v předchozí části dotazníku. Je to způsobeno tím, že tento dotazník byl vytvořen již dříve v zahraničí a slouží, především, jako doplnění k první části. Otázky, které se zde opakují, se však nemohou z autorských důvodů vypustit a je nutné je znovu vyplnit. Nevynechávejte proto, prosím, žádnou otázku, přestože se některé opakují.

V této části dotazníku jsou 3 typy otázek.

1. Otázky, kde volíte pouze odpověď ano či ne. Správnou odpověď zakroužkujte.
2. Otázky, kde vypisujete odpověď na otázku sami.
3. Otázky, kde volíte jednu z možností na předem stanovené škále, kterou vidíte na začátku 3. sekce. Tyto otázky jsou zvýrazněny tučným textem a je u nich hvězdička. K příslušné otázce tedy přiřaďte číslo, které je na škále přiřazeno Vaší odpovědi. V případě, že nebudete jasně schopni vybrat jednu z možností na škále, přikloňte se, prosím, k té, která je Vašemu mínění nejbližší.

Vaše odpovědi piště přímo za otázku. Nyní můžete začít s vyplňováním dotazníku.

„Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi rigorózní práce“.

Příloha č. 3

ABSTRAKT RIGORÓZNÍ PRÁCE

Název práce: **Kvalita života lidí po úrazu míchy**

Autor práce: **Mgr. Sabina Slavíčková**

Počet stran a znaků: 106, 206 535

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 115

Rigorózní práce se zabývá kvalitou života lidí po úrazu páteře a míchy. V úvodní teoretické části jsme se zabývali odlišností získaných a vrozených postižení, popisem úrazu, příčinami jeho vzniku a následnými léčebnými procesy. V dalších kapitolách jsme pak probírali následky úrazu a psychologické prožívání úrazu. Ve druhé polovině teoretické části jsme se soustředili na kvalitu života, metody jejího měření, vnější a vnitřní činitele ovlivňující kvalitu života a také na výzkumy prováděné na toto téma v posledních letech. V empirické části jsme ověřovali hypotézy týkající se rozdílu kvality života před a po úrazu a závislostmi kvality života na sportovních aktivitách, manželství, soběstačnosti, zaměstnání, dětech a doby od úrazu a také tím, zda se liší spokojenost se zaměstnáním u různých stupňů dosaženého vzdělání. Také jsme zkoumali kvalitu života v souvislosti s užíváním sociálních sítí. Pro výzkum jsme zvolili formu dotazníkového šetření, které jsme kvantitativně vyhodnotili. Pro výzkum jsme vytvořili vlastní dotazník a dále jsme použili dotazník MANSA neboli the Manchester Short Assessment of Quality of Life. Výzkumu se zúčastnilo 60 vozíčkářů, mužů i žen, s časovou vzdáleností od úrazu mezi 4 měsíci – 39 lety, kteří nemohou samostatně chodit. Ve výzkumu se potvrdilo, že život v manželství má pozitivní vliv na kvalitu a také, že kvalita života před úrazem byla statisticky signifikantně vyšší než po úrazu a že neexistuje statisticky významná závislost mezi subjektivní soběstačností a kvalitou života. Nepodařilo se nám prokázat, že by se statisticky významně lišila kvalita života lidí, kteří aktivně sportují od těch, kteří nesportují. Dále se nám neprokázala statisticky významná závislost mezi dobou od úrazu a kvalitou života a ani odlišnost spokojenosti se zaměstnáním v souvislosti s úrovní

dosaženého vzdělání. Neproказali jsme vyšší kvalitu života u lidí majících děti, ale podařilo se nám prokázat, že lidé mající zaměstnání mají vyšší kvalitu života. Povtdili jsme také, že užívání sociálních sítí nemá vliv na kvalitu života.

Klíčová slova: kvalita života, poranění páteře a míchy, úraz.

ABSTRACT OF THESIS

Title: Quality of life of people after spinal injury

Author: Mgr. Sabina Slavíčková

Number of pages and characters: 106, 206 535

Number of appendices: 3

Number of references: 115

This thesis focuses on the quality of life of people after spinal injuries. In the first theoretical part we focused on the difference between gained and innate disabilities, describing the injuries, causes of the injury and then applied healing treatment. In next chapters we talked over the consequences of the injury and the psychological experience of the injury. In the second half of the theoretical part we focused on quality of life, methods of it's measuring, outer and inner factors influencing the quality of life, and also on the researches done on this theme in recent years. In the empirical part we verified the hypotheses regarding the difference in the quality of life before and after the injury and dependence of the quality of life on sports activities, marriage, self-sufficiency, employment, children and time distance from the injury, and also discussed if the level of satisfaction with a job differs depending on the level of education. We also examined the quality of life in connection with the use of social networks. We used a questionnaire method for the research, which we quantitatively evaluated. We created our own questionnaire for the research and we also used the MANSA, or the Manchester Short Assessment of Quality of Life questionnaire. Sixty wheelchair users, men and women, who can't walk on their own, with time distance from the injury between 4 months and 39 years, participated in the research. The research proved that life in marriage has positive effect on the quality of life, also that the quality of life before the injury was statistically significantly higher than after the injury, and also that there isn't the statistically significant connection between self-sufficiency and quality of life. We weren't able to prove any statistically significant difference in quality of life of between people who are active in sports and those who are not. Furthermore, we haven't been able to prove statistically

significant dependence of the quality of life on time distance from the injury, and we also didn't prove that a difference in satisfaction with a job depends on the level of the education. We did not find a higher quality of life for people with children, but we were able to demonstrate that people who have jobs have a higher quality of life. We confirmed also that the use of social networks does not affect the quality of life.

Key words: quality of life, spinal and spinal cord injury, injury.