

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Kateřina Adamcová

*Přijetí vlastního zdravotního handicapu
pohledem osob s postižením*

Bakalářská práce

vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf

2021

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité
informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

.....

Podpis autorky práce

Tímto chci poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce, ThLic. Michalu Umlafovi, za veškeré podněty, které jsem od něho během psaní této práce dostala. Dále chci poděkovat své rodině za připomínky, upozornění a hlavně podporu, kterou mi dávali.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. ZDRAVOTNÍ HANDICAP A JEHO SPECIFICKÉ RYSY.....	9
1.1 Definice zdravotního postižení, terminologie	9
1.2 Zdravotní klasifikace.....	10
1.3 Specifické rysy OZP.....	11
2 PŘIJETÍ VLASTNÍHO HANDICAPU A VLASTNÍ SEBEPOJETÍ.....	13
2.1 Vliv postižení na osobnost jedince.....	13
2.2 Problematika zvládání	14
2.2.1 Zvládací strategie.....	16
2.2.2 Obranné mechanismy	17
2.2.3 Přizpůsobení se	18
2.3 Tělesné sebepojetí	19
2.4 Vztah postiženého k okolnímu světu i k sobě samému	20
3 PŘÍSTUP A PŘIJETÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM DRUHÝMI LIDMI	23
3.1 Rodina	23
3.2 Široká veřejnost.....	24
3.3 Holistický přístup.....	25
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	28
4.1 Kvalitativní výzkum	28
4.2 Výzkumný cíl, výzkumná otázka.....	29
4.3 Výzkumný vzorek	29
4.4 Metoda sběru dat a průběh výzkumu	30
4.5 Analýza dat	32
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	34
5.1 Ztráta soběstačnosti	34
5.2 Nelitovat se a přijmout realitu	35

5.3	Seberealizace	35
5.4	Podpora rodiny a přátel	36
5.5	Důležitost spirituality.....	37
6	DISKUZE.....	39
ZÁVĚR		42
BIBLIOGRAFIE		45

ÚVOD

Ve svém životě jsem měla již několikrát možnost, setkat se s lidmi se zdravotním postižením. Domnívám se, že asi každý z nás se s nimi v životě již setkal a většina z nás měla i možnost s nimi vzájemně interagovat. Ano, lidé s postižením se vyskytují běžně mezi námi (i když někdy jsou více izolováni). Krchutová (2010, s. 50) uvádí dle kvalifikovaných odhadů výskyt osob se zdravotním postižením v populaci jako desetiprocentní. Zdravotní postižení je ale velmi široká oblast, může způsobovat velké omezení, musíme hledat jinou cestu k cíli než tu, kterou by si vybrala možná většina obyvatelstva. Ale omezení handicapovaného člověka může být i menší, a to lze snadno překonat. Lidé s postižením jsou tedy vnímáni jako přirození a zároveň i častí uživatelé sociálních služeb a zdravotní péče (Krchutová, 2010, s. 49).

Osoby se zdravotním handicapem jsem si zvolila i jako cílovou skupinu, na kterou je zaměřena tato práce. Jedná se o jejich pohled na vlastní postižení. Konkrétně na jeho přijetí či nepřijetí.

Cílem této práce je zjistit, jak lidé se zdravotním postižením vnímají a prožívají vlastní handicap, a co jim v jeho přijetí pomáhá nebo naopak brání. Toto zjištění vnímám v práci s touto cílovou skupinou jako velmi zásadní, jelikož od tohoto zjištění se celá práce odvíjí. Jinak se pracuje s člověkem, který svůj handicap přijal a vnímá jej již jako součást jeho osobnosti a jinak s člověkem, který se stále považuje za „toho člověka s handicapem, nemocného, nenormálního“ na rozdíl od zdravých, tedy „normálních“ lidí, jak uvádí.

Z již prostudovaných zdrojů mohu konstatovat, že každé zdravotní postižení je velmi specifické. I když se jedná o stejný druh postižení, každá osoba jej vnímá a přijímá jedinečným způsobem. Pro jednodušší uchopení lze ale říct, že osoby s vrozeným zdravotním postižením svůj handicap akceptují lépe než osoby, které získaly postižení během života. Je to zapříčiněno především díky času, který osoby měly na aklimatizaci s postižením a také díky tomu, že se tyto osoby s postižením již narodily a nezažily život bez postižení. Proto se budu ve své práci převážně specifikovat na přijetí vlastního handicapu osobami se získaným tělesným postižením než vrozeným.

Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část obsahuje tři hlavní kapitoly týkající se zdravotního handicapu a jeho specifických rysů, kde se dozvíme obecné informace o zdravotním postižení, definice, klasifikace aj. Druhá

kapitola se týká samotného přijetí zdravotního handicapu osobami se zdravotním postižením, mechanismy zvládání i obranné mechanismy, kterými se přijetí postižení často bráníme. Vysvětleno zde bude, jak vnímá člověk svoji osobnost a jak vnímá své postižení. Třetí a zároveň poslední kapitola v teoretické části práce se zabývá přístupem druhých lidí, ať už rodiny člověka s postižením či vzdálené veřejnosti, a jak tito lidé přistupují k osobám se zdravotním postižením, jak je přijímají. Výzkumná část je zaměřena na kvalitativní výzkum, kde formou polostrukturovaných rozhovorů zjišťují od respondentů, jejich přijetí či nepřijetí vlastního handicapu. Co jim v přijetí pomáhá nebo naopak brání.

Zdrojem mi byla převážně literatura z oboru sociální práce, zdravotnictví a psychologie. Neméně důležitou je také oblast spirituality.

1. ZDRAVOTNÍ HANDICAP A JEHO SPECIFICKÉ RYSY

Na úvod práce, která má za cíl zjistit přijetí či nepřijetí vlastního zdravotního handicapu samotnými lidmi se zdravotním postižením, je třeba definovat, co si pod pojmem zdravotní handicap, zdravotní postižení aj. můžeme představit. Kdo jsou osoby se zdravotním postižením (dále jen „OZP“) a jaké mají specifické rysy. To je náplní první kapitoly této práce.

1.1 Definice zdravotního postižení, terminologie

Definici **zdravotního postižení** uvádí Matoušek (2008, s. 271) jako: *„zdravotní postižení, disability, je postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnosti navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat“*. Pojem **disability** překládáme do českého jazyka jako postižení. Jesenský (2000, s. 59-60, dle Krhutová, 2010, s. 52) provádí rozbor tohoto slova. „Ability“ (překládáno jako schopnost, dovednost či způsobilost) vymezuje ve vztahu k postižení jako *„schopnost vykonávat nějakou činnost způsobem a v rozsahu, jaký je u člověka považován za normální“*. Předložka dis-, mění význam slova ability. Dle Jesenského chápeme disability jako *„snížení, omezení nebo nedostatek schopnosti vykonávat běžné lidské činnosti“*. Mezinárodní kvalifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO (2020, s. 14) definuje disability již konkrétněji, a to zahrnutím i vnějších podmínek: *„Snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se člověk se svou zdravotní kondicí setkává s bariérami prostředí.“*

Dalším anglickým termínem je **handicap**, který vysvětluje Novosad (2011, s. 69) jako znevýhodnění v určité oblasti osobních i sociálních aktivit. Matoušek (2008, s. 67) handicap vysvětluje jako nepříznivou sociální situaci člověka, která je důsledkem poruchy či omezené schopnosti. Naplňování očekávání daných konkrétní dobou či kulturou, jsou pro handicapovaného člověka nereálné. Matoušek ale udává, že handicap je systémovými opatřeními ovlivnitelný. Samotný člověk s handicapem ale vždy nemůže ovlivnit vznik jeho handicapu.

Také definic **tělesného postižení** (dále jen „TP“) v odborné literatuře nemáme málo. Jednou z nich je například vnímání TP jako postižení, bránící pohyblivosti a pracovní činnosti (Hartl, Hartlová, 2010, s. 430).

Novosad (2011, s. 87) dělí TP do dvou prolínajících se skupin, a to na chronické postižení a postižení lokomoční (pohybové).

1.2 Zdravotní klasifikace

Tělesné postižení má mnoho forem, společným znakem pro všechny formy TP je částečné či úplné omezení hybnosti. Pro TP můžeme tedy slyšet i termín: **pohybové vady** (Pipeková a kol. 2006 dle Ondruchová, 2016, s. 29). Poškození pohybového ústrojí dělíme na **primární a sekundární poruchy**. Primární vznikají jako důsledek přímého poškození ústrojí, zato při sekundárních poruchách je omezená hybnost až při vyústění nemoci (Slowík, 2007 dle Ondruchová, 2016, s. 29).

Klasifikace probíhá dle různých kritérií. Nejčastější z nich jsou kritéria *dle místa postižení* (obrný, deformace, malformace, amputace) a *dle období vzniku* (vrozené a získané postižení) (Ondruchová, 2016, s. 29).

Postižení podle místa postižení:

K **obrně** může dojít kvůli poškození nervového centrálního nebo periferního systému. *Centrální obrna* je způsobena poškozením mozku nebo míchy, a to v prenatálním, perinatálním, nebo postnatálním vývoji člověka. Znamená to tedy, že centrální obrna může být vrozeným i získaným postižením. *Periferní obrny* vznikají kvůli poškození periferního nervového systému a zasahují oblasti těla, jež jsou inervované (tzn., že na dané místo vstupuje periferní nerv) poškozeným nervem. Intenzitu poškození hodnotíme termíny paréza a plegie. Paréza znamená částečné ochrnutí, při kterém má tělo nižší svalovou sílu a je omezen pohyb poškozené části těla. Plegie znamená úplnou ztrátu hybnosti na základě poruchy inervace. Obrny dále dělíme dle lokalizace, a to na a hemiparézy/hemiplegie, diparézy/paraplegie a kvadruparézy/kvadruplegie (Novosad, 2011, s. 123-124).

Deformace znamená abnormální tvar orgánu či končetiny (Hartl, Hartlová, 2010, s. 87).

Malformace se řadí do vrozených vývojových vad, kde dochází ke znetvoření jednoho orgánu (př. rozštěp rtu, čelisti, patra) (Opatřilová, 2014; Kolář, 2014 dle Ondruchová, 2016, s. 33).

K **amputaci** dochází po odnětí končetiny od těla, a to jak chirurgickou nebo úrazovou cestou (Ondruchová, 2016, s. 32).

Postižení podle období vzniku:

Vrozené TP je postižení, se kterým se dítě již narodí, může být způsobeno při porodu nebo jej získá v raném věku (max do 2 let života). Příčiny vzniku jsou různé, nejčastěji však jde o postižení způsobené genetikou, vnějším prostředím, mechanickým poškozením aj. (Ondruchová, 2013, s. 32; 2016, s. 30). Vrozené postižení má velký vliv na vývoj jedince, zvláště u kognitivních funkcí. Na druhou stranu je zde snazší adaptace než u postižení získaného (Hadj-Moussová, 1999, s. 65). Novosad (2011, s. 113) pohlíží na benefity vrozeného postižení více konkrétně a uvádí, že jedinec „ví, co může od života očekávat, osvojil si určité sociální dovednosti a zvládá jisté sociální role, vytvořil si relevantní sebenáhled, má určitou motivující hodnotovou hierarchii, usiluje o dosažení okolnostem přiměřených cílů a ví, jakých prostředků může využít.“

Získané TP vzniká v průběhu života. Příčiny jsou různé, obecně však lze říct, že získané TP je důsledkem chronické nemoci nebo vzniklo akutně (úraz) (Ondruchová, 2013, s. 32-33). Získané postižení zasahuje méně funkce, které se až do vzniku postižení mohly normálně vyvíjet. Daleko větší nároky však klade na adaptaci jedince, tedy přijetí vlastního postižení a kompenzaci. (Hadj-Moussová, 1999, s. 65). Jelikož se jedná o postižení získané, je to náhlý zásah do kvality života, omezení aktivit a příležitostí. V případě nevyrovnání se s touto životní událostí se může negativně promítnout v sociální, rodinné, osobní, či profesní stránce života (Novosad, 2011, s. 114).

1.3 Specifické rysy OZP

V této podkapitole se budu zabývat osobností člověka s postižením, jeho specifickými potřebami a faktory, odlišnými od většinové populace lidí bez zdravotního postižení.

Lidé s tělesným postižením jsou různí. Každý má jiné potřeby a cíle. Jedno mají však společné, a to je **omezení pohybu**. Tělesné postižení jedinci velmi ovlivňuje život, a to ve všech oblastech, od každodenních drobných úkonů po veliké cíle a plány v životě. Může být příčinnou mnoha vnitřních konfliktů. Projevy mohou být také velmi různé, a to od nepatrných poruch, které nemusí jiný člověk mnohdy ani zaznamenat až po rozsáhlé kvadruplegie, kde je jedinec zcela závislý na pomoci druhé osoby (Ondruchová, 2013, s. 30).

Mobilita dolních končetin je nezbytná pro pohyb člověka. Pokud má jedinec handicapovány dolní končetiny, je odkázán na užití kompenzačních pomůcek, dle míry postižení. Jedná se především o invalidní vozík či berle a chodítka. *Mobilita horních končetin* je nezbytná pro manuální práci. Mnohdy si to již ani neuvědomujeme, ale jejich funkce při sebeobslužných úkonech je nezbytná (př. hygiena, příprava stravy, ošacení aj.). V případě nemohoucnosti v těchto (sebeobslužných) úkonech, je člověk odkázán na pomoc druhé osoby. Při *omezení mluvidel* a tím narušením komunikačních schopností vzniká omezení pro člověka ve společnosti druhých osob (Ondruchová, 2013, s. 30-31).

Osoby se zdravotním postižením (dále jen „ZP“) jsou v různé míře **závislé na pomoci druhé osoby** nebo **na využívání určitého druhu kompenzace**. Ať už se jedná o pomůcky (invalidní vozík, berle, chodítka...) nebo opatření typu bezbariérovosti prostředí (úprava bytu, dopravní prostředky, veřejné budovy, nerovný terén...). Právě závislost na pomoci druhé osoby může vést k prohloubení negativních pocitů a životní nepohody. Zvláště je to těžké pro osoby se získaným TP, které doposud nepotřebovaly v takové míře pomoc druhé osoby (v konkrétních činnostech) a náhle se bez ní neobejdou (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009 dle Ondruchová, 2013, s. 31). Tato jistá nesamostatnost a potřeba pomoci může ovlivnit přijetí jedince druhými lidmi a společností. Tudíž může také docházet k *sociální izolaci* tělesně postiženého jedince. Na tu se snaží poukázat Novosad (2011, s. 58-59) a ve své monografii zmiňuje *principy diverzity*, které jsou založené na dobrovolnosti. To znamená, že se většinová společnost snaží přijmout, udržet, podporovat a podněcovat rozvoj minority a jejich členů.

Murphy (2001 dle Novosad, 2011, s. 77) popisuje názor na tuto cílovou skupinu, ze svého pohledu osoby s tělesným postižením. Definuje ji jako „*nedefinované pochybné lidi*“, protože jejich stav nespadá ani do stavu nemocného člověka ani člověka zdravého, ani mimo společnost ani úplně v ní. Dle Murphyho slov nemůže být TP bráno jako nemoc, jelikož z nemoci se přechází buď ve smrt, nebo ve vyléčení. Ze stavu, ve kterém jsou osoby s TP, jsou po zbytek života.

2 PŘIJETÍ VLASTNÍHO HANDICAPU A VLASTNÍ SEBEPOJETÍ

Druhá kapitola této práce pojednává o osobnosti jedince a přijetí sebe samého. Sebe přijetí je v životě jedince velmi důležité a mnohdy velmi náročné. Zvláště osoby s postižením se s touto problematikou hůře vyrovnávají a k samotnému přijetí sebe sama vede mnohdy dlouhá a náročná cesta. Zmíním zde tedy i problematiku zvládání náročných situací, jimiž může být i mimo jiné vznik tělesného postižení.

Nejdříve je ale nutné si definovat termíny jako je sama osobnost jedince či sebe pojetí. G. Allport říká, že **osobnost** je „*dynamická organizace psychofyzických systémů uvnitř individua, která determinuje jeho jedinečné přizpůsobení k jeho prostředí*“. Pervin uvádí charakteristiky člověka, jimiž jsou myšlenky, city a pozorovatelné chování jedince (dle Blatný, 2010, s. 12). Rysy osobnosti, jako vrozené či získané charakteristiky, definuje Wollman (1973). Zde jde o vše, čím se osoby od sebe liší navzájem.

Význam **sebe pojetí** definuje Fialová (2001, s. 21, 28) jako „*celkové pojetí vlastní osoby. Zahrnuje prvky kognitivní (sebepoznání, sebe definování...), emocionální (sebehodnocení, sebeúcta...), i činnostně regulativní (sebe prosazování, sebe uplatnění, sebekontrola...)*“. Je ovlivněna již dosavadními vlastními zkušenostmi i názory ostatních lidí. Pro osobu samotnou tedy vytváří tzv. obraz sebe samého.

2.1 Vliv postižení na osobnost jedince

To že postižení jedince zásadně ovlivňuje i jeho osobnost uvádí Hadj-Mousová (1999, s. 64-77). Člověk se totiž vyvíjí jak ve vztahu k individuální situaci, ve které se nachází, tak i ve vztahu k vývojovým možnostem a omezením (tj. biologické i sociální). Postižení má na osobnost jedince zásadní vliv, ať už jde o postižení vrozené nebo získané. U *vrozeného postižení* jde především o vliv na poznávací procesy a schopnosti, u kterých potřebují podněty z okolí. Některé složky osobnosti se však u jedince vyvíjí vlivem omezení. Na svůj handicap se ale jedinec s vrozeným postižením lépe adaptuje, oproti *získanému postižení*, kdy nejsou do takové míry zasaženy funkce osobnosti, jelikož až do vzniku postižení se vyvíjely bez větších omezení. Velké nároky jsou zde však u adaptace jedince na získané postižení, zejména v oblasti postižené funkce a kompenzačních funkcí. Zvláště v rozměru budoucnosti a osobních perspektiv člověka

se může jednat o hluboké duševní trauma, které je jedincem kvůli získanému postižení prožíváno (Hadj-Moussová, 1999, s. 64-65).

Z biologického hlediska je osobnost jedince podmíněna několika faktory. U osob s TP jsou tyto faktory zvláště zatíženy a mohou tak mít na jedince i negativní nebo neúměrně velký vliv. Jako první bych zmínila *nervovou* soustavu, z té pramení jedinečnost psychiky jedince se zdravotním postižením. Další vliv má na jedince *genetická výbava*, která ovlivňuje nejen psychiku jedince. Poslední a neméně důležitý faktor z biologického hlediska je *celkový tělesný vzhled jedince*. Hraje totiž mimořádnou roli v sociálních vztazích, které jedinec žije. Se sociálními vztahy souvisí i *sociální faktor*, který osobnost jedince s postižením ovlivňuje. Jsou jimi nejen vztahy s blízkými a vzdálenými lidmi, ale i kvalita a množství podnětů, které na jedince působí (Hadj-Moussová, 1999, s. 57-58).

Pro formování osobnosti člověka jsou zásadní i **časové dimenze**, které v určitém smyslu působí všechny současně. *Minulost* obsahuje vzpomínky a minulé prožitky a je zároveň i pramenem zkušenosti. Někdy může tedy být velmi zatěžujícím vlivem na jedince. *Přítomnost* můžeme chápat jako jistý průsečík mezi minulostí a budoucností. Vlastní aktivitou zde může posílit své sebevědomí, sebehodnocení a jistým způsobem formovat i představy o sobě samém. *Budoucnost* je dimenzí mnohdy opomíjenou. Její uvědomování je však v životě jedince zásadní, jelikož dává životu smysl. Pohlížení na budoucnost je asi nejobtížnějším krokem pro osoby se získaným postižením, kdy vlivem náhlé změny musí do jisté míry přehodnotit své cíle v životě a celkově svoji budoucnost (Hadj-Moussová, 1999, s. 58-59).

2.2 Problematika zvládání

Zvládání zátěžových situací je velmi náročný proces, ke kterému využíváme několik mechanismů a strategií, které nám pomáhají zátěžové situace zvládat. Handicap v životě člověka s postižením a jeho přijetí/nepřijetí je velkou zátěžovou situací. Dříve ale, než se dostaneme k jednotlivým přístupům, je třeba si definovat určité pojmy jako jsou zvládání, zátěž a stres.

Zvládání (z angl. *coping*) definuje R. s. Lazarus jako „úsilí, zaměřené směrem ven i dovnitř, vypořádat se s vnějšími i vnitřními požadavky (a konflikty mezi nimi), jež vyčerpávají osobní zdroje“ (Šindelářová, 2006, s. 8). Někteří autoři (Křivohlavý, Bratská) pojmají zvládání jako přímý boj s mimořádně těžkou situací. Bratská (2001

dle Šindelářová, 2006, s. 8) definuje zvládání zátěžové situace oproti běžné těžké situaci tak, že zátěžová situace přesahuje zdroje jedince, a potřebné zdroje chování musí být nejprve vytvořeny a osvojeny. Následně s nimi může jedinec „bojovat“.

Zátěž je často spojována s pojmem **stres**, jež označuje stav člověka, který je v tísní a ohrožení. Podnět, který stres vyvolává (např. úraz a tím vzniklý handicap) nazýváme stresorem. J. Daniel navrhuje pro definování stresu a zátěže následující. Stresu přiřazuje vysokou úroveň psychické zátěže (fyziologický stres), naopak zátěž definuje jako střední a nízkou úroveň psychické zátěže (Braumgartner, 2001 dle Šindelářová, 2006, s. 10). Hans Selye (1976, s. 14-15) definoval stres s pozitivní zátěží jako *Eustres*, který stimuluje osoby k lepšímu a vyššímu výkonu, zatímco negativní nadměrná (fyzická i psychická) zátěž nazývaná *Distres* může osobu zničit či přivést k nemoci. Selye ale dodává, že nemohou existovat různé typy stresu, i když účinky stresoru mohou být odlišné (žádoucí i nežádoucí).

Hadj-Moussová (1999, s. 59-60) popisuje postižení jako náročnou životní situaci, která dlouhodobě působí na jedince zatěžujícím vlivem. Ten se může projevat zvýšeným stresem, způsobuje řadu konfliktů, zhoršuje jedincovu každodenní situaci a může přivodit i frustraci jedince. U osob s postižením nemůžeme obecně říct, že záleží na typu a míře postižení, které daná osoba má. Je to velmi individuální a každý se se svým postižením vyrovnává jiným způsobem. Můžeme tedy pozorovat, že reálná závažnost postižení jedince není přímo úměrná jeho prožívané závažnosti. Například lehčí zdravotní postižení může vyvolávat těžší postižení psychiky v případě, že své postižení člověk nepřijal a nevyrovnal se s ním. Jsme schopni tedy konstatovat, že typ postižení, jakým jedinec trpí je až sekundární, vzhledem k jeho zvládání.

S postižením/náročnou životní situací se můžeme vyrovnávat několika způsoby. G. Prystav (1981 dle Bratská, 2001, s. 110-111) vymezil strukturu zvládání na čtyři složky. Jako první uvádí **zvládací procesy**, kde při transakci mezi jedincem a prostředím v zátěžových situacích vznikají na začátku vnímání ohrožení a končí buď eliminací stresorů nebo adaptací na ně. Vyznačují se vzorci či schopnostmi (viz dále). Další složkou jsou **zvládací schopnosti**, jimiž rozumíme osobní předpoklady podmiňující a ovlivňující zvládání stresorů (externích i interních) a to na úrovni behaviorální, kognitivní nebo zážitkové. **Zvládací vzorce (strategie, styly)** popisuje Prystav jako čtvrtou složku struktury zvládání a to, jako transsituační a relativně konzistentní vzorce chování, jež jedinec užívá při interakci se stresory.

Poslední složkou jsou **zvládací zdroje**. To jsou předpoklady pro účinné zvládací procesy ve významu eliminace stresorů a adaptace na ně. Dělí se na vnitřní a vnější předpoklady účinného zvládání, jako například zdraví, schopnost řešit problém a sociální opora jedince.

2.2.1 Zvládací strategie

Zvládací strategie jsou techniky, založené na behaviorální, kognitivní nebo zážitkové úrovni (Bratská, 2001, s. 112), což znamená, že vlivem osobnostních faktorů a dispozic jedince nebo vlivem prostředí si jedinec osvojí určité strategie, které mu pomáhají zvládat náročné životní situace. Hadj-Mousová (1999, s. 61-64 srov. Bratská, 2001, s. 114) popisuje aktivní a pasivní strategie.

Mezi aktivní strategie řadíme **techniky aktivního řešení náročné životní situace**, kterým rozumíme jako technikám odvíjejícím se od agrese. Dělíme je do několika kategorií, jako jsou přímá agresivní řešení, která se nemusí projevovat pouze *fyzickým násilím*, ale kvůli tlaku společenských norem mohou mít formu například *verbální projevy agrese* (urážky, nadávky, ironie, škádlení aj.). Agresivita může být mířena proti *jiným objektům*, které je možno nějakým způsobem ničit či kazit nebo vůči *jiným lidem* (ať už blízkým osobám postiženému nebo i náhodně kolemjdoucím). Posledním objektem, proti kterému může postižený namířit svoji agresi je vůči *sobě samotnému* (někdy jde o agresi, která nejde obrátit vůči nikomu jinému a projevuje se například sebepoškozováním jedince). Jako další můžeme mezi agresivní techniky zařadit upoutávání pozornosti, které doprovází egoismus jedince. Tuto techniku často užívají děti, které svojí nápadností v chování, zlobením, šaškováním a upozorňováním na sebe sama často zakrývají frustraci sociálních kontaktů. Nejen u dětí se setkáváme s negativismem. Ve schopnostech a síle jedince není pohlížet na situaci pozitivně a zároveň má velkou potřebu sebe sama prosadit. Proto volí formu negace, kde není výjimkou již zmíněné sebepoškozování. Další formou aktivního řešení situace je u postižených osob časté hledání viníka vlastní situace, kdy dotyčný přenáší vlastní problémy na okolí. Východiskem ze situace může být i technika identifikace se silnější osobností, skupinou či institucí. Jako poslední způsob, jak řešit náročnou situaci uvádí Hadj-Mousová kompensaci, která pomáhá jedinci vyrovnat deficit v jedné oblasti tím, že zvýší výkonnost v oblasti jiné. Příkladem může být vynikající sluch u zrakově postižených osob.

Pasivní strategie zahrnují **únikové techniky**, které charakterizujeme jako rezignaci na dosažení cíle nebo řešení situace. Zde se může jednat o přímý únik z tíživé situace, jako záškoláctví či útěk. Také se může jednat o únik do činnosti, která jedinci pomáhá zapomenout na tíživost situace, jako je užívání drog, alkoholu či jiných návykových látek. Jedná se i o vášnivé provozování různých koníčků a zálib člověka či denní snění. Dalším způsobem úniku řešení situace je izolace, ať už faktickou či vnitřní. Osoba se uzavírá před okolním světem, který ji zraňuje (či sama rodina osobu izoluje). Zde může dojít k sekundární introverzi vznikající z obavy ze sociálních kontaktů. Tato introverze vzniká kvůli bariérám jako např. logofobie u poruchy řeči nebo vnější bariéry jako bariérové prostředí pro osobu s tělesným postižením. V některých případech kvůli psychosomatickým symptomům utíká člověk do nemoci, nebo svůj defekt využívá pro útěk od řešení situace. Také racionalizaci řadíme mezi únikové techniky. Racionalizace nám „racionálně“ vysvětluje rezignaci na dosažení cíle. Tuto techniku využívají často rodiče osob s postižením a tyto osoby techniku často přijímají za vlastní. Únikovým řešením může být i regrese, při které se osoba navrácí na nižší vývojovou úroveň chování. Jako příklad můžeme uvést závislost na rodičích v dospělosti i v případech, kdy je osoba s postižením soběstačná nebo je schopna si zařídit pomoc z jiného zdroje (př. sociální služby). Jako poslední uvádí Hadj-Moussová únikovou techniku popření nebo potlačení nepřijatelné skutečnosti. Ta se může projevat opačným reagováním jako v případě nepřijetí vlastního postižení. Zde osoba může nepřiměřeně a přecitlivěle reagovat na jakoukoliv zmínku o jeho defektu, která nemusela být myšlena nijak negativně. Jelikož ji jedinec sám v sobě popřel či potlačil, instinktivně se tak brání vůči jakékoliv zmínce na toto téma (Hadj-Moussová, 1999, s. 61-64 srov. Bratská, 2001, s. 114).

2.2.2 Obranné mechanismy

Proces zvládání rozdělili Rahe a Artur na tři fáze, jimiž jsou vnímání stresoru, obranné mechanismy a vědomé zpracování a snaha zvládnout (náročnou životní) situaci. Informují tak o jiných fázích vstupu obranných mechanismů a zvládacích strategií do zvládacího procesu. (Carton-Caron, 2004 dle Šindelářová, 2006, s. 26). Nejvýznamnější obranné mechanismy uvádí Nakonečný (1993; Hunt, 2000 dle Šindelářová, 2006, s. 27 srov. Fialová, 2001, s. 35): **vytěsnění** – vyřazení nechtěných pocitů a zkušeností z vědomí; **projekce** – přikládání vlastních nechtěných vlastností

a citů jiným osobám; **introjekce** – přijímání postojů a sklonů jiných osob za své vlastní; **sublimace** – změna nežádoucích zájmů ve společensky přijatelné aktivity; **reaktivní výtvor** – záměna nežádoucích projevů protikladnými projevy; **regrese** – návrat do vývojově nižších fází chování; **racionalizace** – vysvětlení/omluvení nepřijatelného chování společensky přijatelnými důvody; **popření** – negace skutečnosti, která je zdrojem úzkosti; **intelektualizace** – únik od zátěžové situace do sféry intelektuálních zájmů; **identifikace** – ztotožnění se s jinou osobou přináší pocit vyšších vlastních hodnot; **sebeobviňování** – obrácení agrese vůči sobě; **kompenzace** – vyrovnání pocitu nedostatečnosti dosažením cílů v jiné oblasti; **disociace** – odloučení citů od myšlení a chování; **izolace** – upřednostnění samoty před kontaktem s druhými lidmi; **přemístění** – vytěsněné emoce přenášíme na náhradní objekt; **útěk do fantazie** – řešení zátěžových situací únikem do fantazijního prožívání; **rezignace** – vzdání se cíle před jeho dosažením; **apatie** – pasivita a lhostejnost vůči věcem a nepříjemným situacím.

Obranné mechanismy jsou vždy škodlivé, protože kvůli nim máme nepřesné vnímání a nemůže dojít ke skutečnému sebepoznání a sebeprojevování (Fialová, 2001, s. 35). Mnohdy je ale nemůžeme ovlivnit a děláme je automaticky, jak už ze samotného názvu „mechanismů“ vyplývá. Ve svém chování a myšlení máme tyto obranné mechanismy zažité a naučené.

2.2.3 Přizpůsobení se

Schopnost přizpůsobit se (požadavkům vnějšího i vnitřního prostředí, změně situace v životě jednotlivce aj.) se nazývá **adaptace** někdy nazývaná jako *adjustace*. Dle Míčka (1984, dle Bratská, 2001, s. 107-108) splňuje adekvátní adaptace čtyři předpoklady-aspekty adaptace. Jako první zmiňuje aspekt emocionální, kde jde o emocionálně pružnou adaptaci, umožňující vytvářet potencionální možnosti sublimace a náhradní cíle. Je také subjektivně uspokojující. Dalším aspektem je kognitivní aspekt, při kterém je adaptace realistická, uplatňují se v ní poznávací procesy, v souladu s celkovým zaměřením osobnosti a sebepoznáním. Základem aspektu vůle je svobodná vůle založená na vlastních kritériích jedince. Součástí je cílevědomost, avšak tento aspekt se nedá strhnout pomíjející potřebou. Posledním uváděným předpokladem je dle Míčka sociální aspekt, kde základním znakem je

citlivost k druhým lidem a ohleduplnost. Sociální aspekt umožňuje vytvářet i dlouhodobé sociální vazby.

Špatné či nepřiměřené přizpůsobení se nazývá **maladaptace** a dochází k ní v případě, kdy člověk nedokáže zvládat požadavky prostředí. Přiměřená adaptace je znakem duševního zdraví, (chronická) maladaptace jeho narušení (Bratská, 2001). Navrátil s Musilem (2000 dle Kudláčková, 2014, s. 14) tuto teorii rozšiřují, a to nejen o to, že člověk nezvládá požadavky prostředí, ale může se jednat i o situaci, kdy prostředí klade na jedince nepřiměřené požadavky a jedinec je není schopen akceptovat a zvládat.

2.3 Tělesné sebepojetí

Tělesné sebepojetí je velmi důležité pro každou osobu. Potýkáme se s jistými požadavky okolí i vlastními požadavky na naše tělo. Osoby s tělesným postižením ale velmi často nemohou ovlivnit svůj vzhled, zdraví nebo i tělesnou zdatnost a mohou se tak setkávat s různými předsudky a bariérami. Mehrabian (dle Fialová, 2001, s. 59) díky svému výzkumu zjistil, že pouze 7 % získaných informací je formou slov (myšleno verbální vyjádření). Zbylá procenta poznatků získáváme prostřednictvím tónu a zabarvení hlasu (38 %) a 55 % informací získáváme z řeči těla.

Pod tělesným sebepojetím si můžeme představit všechny naše představy o našem těle. Skládá se ze složky kognitivní, afektivní i konativní (Mrazek, 1983 dle Fialová, 2001, s. 37). „*Tělesné sebepojetí obsahuje vše, co si o sobě jedinec myslí, jaké vlastnosti a způsoby chování si připisuje a jak se prosazuje*“ uvádí Mrazek (1986 dle Fialová, 2001, s. 23, 37) dále uvádí, že se skládá ze tří základních složek, a to vzhledu, zdraví a zdatnosti. Důležitost vzhledu a zdraví popisuje Fialová (2001, s. 40-43).

Vzhled můžeme vnímat jako základní složku tělesného sebepojetí, která má na něj největší vliv. A právě snahy o zdokonalení našeho vzhledu se mohou proměnit v jakýsi hnací motor pro zdravý způsob života. Obecně můžeme tvrdit, že vzhled (konfrontace s ideálem krásy, péče o vzhled aj.) má větší význam pro ženy než pro muže (Fialová, 2001, s. 40-41).

S narůstajícím věkem ale lidé dávají před vzhledem přednost **zdraví**. Zdraví není pouze nepřítomnost nemoci, ale jde o stav úplné, tělesné, duševní a sociální pohody. Zdraví můžeme rozlišovat na subjektivní a objektivní nebo na fyzické a

duševní. Subjektivní aspekt zdraví vychází z vnitřních pocitů a názoru jedince na vlastní zdravotní stav, zato objektivní aspekt je založen na názoru jiných lidí. Často se jedná o názor lékaře. Tělesné a psychické/duševní zdraví spolu často souvisí a vzájemně se ovlivňují (Fialová, 2001, s. 41-43).

Tělesnou zdatnost definuje Kolář a kol. (2009 dle Ondruchová, 2013, s. 16) jako „*schopnost zvládat tělesnou zátěž a jí navozený stres, včetně zvládnutí okolních vlivů zevního prostředí*“. Fialová (2001, s. 43) popisuje zdatnost jako „*schopnost těla fungovat s optimální účinností a hospodárností*“.

Na každého člověka vzhledem k jeho tělu jsou společností kladeny náročné požadavky. Aby byl člověk ve společnosti akceptován a přijímán, je žádoucí, aby jeho tělesný vzhled nevybočoval z normy společnosti. Tou může být zdatné tělo bez tuků, opálené, štíhlé a zdravě vypadající (Fialová, 2001, s. 36). To vše je ale velmi ovlivněno kulturou, místem i obdobím, které požadavky na jedince klade.

2.4 Vztah postiženého k okolnímu světu i k sobě samému

K samotnému sebepřijetí a sebehodnocení je velmi důležitý dvojí vztah. A to *vztah postiženého k okolnímu světu a postiženého k sobě samému*. Hadj-Moussová (1999, s. 66-77) uvádí důležité prvky těchto vztahů: poznávací procesy, schopnosti, rysy osobnosti, motivace a variabilitu.

Poznávací procesy bývají postižením výrazně ovlivněny, protože vztah jednotlivých prvků, které mají podíl na poznávání jsou pod vlivem, kterým jedinec získává poznatky z vnějšího světa (Hadj-Moussová, 1999, s. 66-68). Někdy může jít o rozdílné představy od reality. Například osoba s tělesným postižením, která má postiženy dolní končetiny znemožňující samostatnou chůzi bez opory, náhle nabude ztracených schopností a může se pohybovat bez opory. V představách jedince však bylo, že bude běhat. Člověk tedy skutečnost nechce přijmout, jelikož přijal představy, které neodpovídají skutečnosti. Jako druhý prvek uvádí Hadj-Moussová (1999, s. 68-77) **schopnosti**. Zde můžeme vnímat dvojí vliv. První vliv na schopnosti, které jsou postižením zasaženy, tudíž nejsou rozvinuty nebo jsou rozvinuty méně. Druhý vliv můžeme vnímat v kompenzačním rozvoji schopností, kdy v důsledku postižení jsou některé schopnosti jedince potlačeny či úplně zahubeny. Jiné schopnosti jsou však posíleny, například u tělesně postižených můžeme vnímat neobyčejný rozvoj intelektuálního myšlení nebo abstraktního myšlení. Dalším prvkem jsou

rysy osobnosti jako získané dispozice, podmíněné biologickými funkcemi organismu, které jsou ovlivněny vnějšími okolnostmi. Aby byl jedinec schopen adaptace, musí neustále užívat kompenzačních řešení. Přitom nevznikají nové rysy osobnosti nebo mechanismy fungování psychiky, ale pouze fungují jinak, v jiné míře i vztazích. Mezi často vyskytující se rysy u OZP se řadí egocentrismus, regrese, malá sociabilita, neschopnost trvalých vztahů, málo aktivní životní styl (pasivita) a pocity méněcennosti. Ve vztahu k sobě samému i okolí jsou důležité procesy **motivace**, jež jsou dynamickým systémem osobnosti a slouží k uspokojování potřeb člověka. U uspokojování některých potřeb člověka s postižením je riziko neuspokojení vyšší než u zdravých jedinců, jelikož jedinec s postižením těchto potřeb není schopen dosáhnout sám bez pomoci druhé osoby. Posledním prvkem, který uvádí Hadj-Mousová, je **variabilita dle typu postižení**. I když existuje velká řada výzkumů na toto téma, nemůžeme s jistotou vymezit obecné charakteristiky jedinců související s jejich typem postižení. Tvrdit ale můžeme, že různé typy postižení mají na jedince různé vlivy a dopady.

Sebepojetí jedince je také velmi ovlivňováno sociálním prostředím, kde se jedinec nachází. Často jde o rodinu, která je s ním mnohdy nejvíce ve styku. Může ji ovlivňovat v dobrém i špatném slova smyslu. Je zde důležité přijetí jedince s postižením jeho rodinou, jedinec jinak vycítí toto nepřijetí a místo pocitu bezpečí a jistoty se cítí v domácím prostředí spíše opuštěný. Díky pocitu bezpečí a jistoty v rodině, si jedinec pěstuje důvěrný vztah také ke světu. Pokud nejsou tyto potřeby naplňovány, může dojít k **psychické deprivaci**, kterou Matějček a Langmeier (1974 dle Hadj-Mousová, 1999, s. 96-101) dělí na okruhy. Jde o *senzorickou deprivaci*, u které není naplňována míra vnější stimulace (tj. podněty, působící na jedincovy smysly). Dále *citová deprivace*, při které není naplňována potřeba citového vztahu. Osoba, která není (i kvůli svému postižení) v dětství milována, se nenaučí milovat a v dospělosti má s navazováním citových vztahů problémy. Podobně je tomu i u *sociální deprivace*, která zahrnuje problémy přijetí vlastní identity, zapříčiněné pocity sociálního nepřijetí druhými lidmi. Může zde docházet k sociální izolaci postiženého jedince (i celé jeho rodiny) ve snaze ochrany před okolním světem. To vše může být základem pro pozdější problémy v navazování sociálních vztahů a přijímání norem a hodnot společnosti. Poslední deprivací, kterou Matějček a Langmeier zmiňují, je *senzorická a kognitivní deprivace*. Nebezpečí deprivace hrozí především v rodinách na nízké sociální a kulturní úrovni. Zde mohou být citové potřeby jedince zcela

uspokojovány, ale pokud chybí podněty pro jedincův mentální rozvoj, je vysoká pravděpodobnost vzniku senzorické a kognitivní deprivace. Deprivace tak může vznikat jako sekundární důsledek postižení.

3 PŘÍSTUP A PŘIJETÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM DRUHÝMI LIDMI

Lidé, se kterými se osoba s postižením setkává, se kterými je v interakci, na danou osobu vždy nějakým způsobem působí, a to ať už v pozitivním nebo negativním slova smyslu.

Novosad (2012, s. 132, 134-135) upozorňuje na důležitost citlivého a nepředpojatého přístupu k OZP. Abychom však mohli k člověku citlivě přistupovat, měli bychom znát specifika, fáze i stádia nemoci, se kterou se dotyčný potýká. Dále bychom měli být vstřícní vůči jeho specifickým potřebám a pamatovat i na prostředí, ve kterém se setkáváme (zda je člověku se specifickými potřebami přizpůsobeno - např. bezbariérovost).

3.1 Rodina

Asi nejčastěji přichází OZP do kontaktu s vlastní rodinou ve svém přirozeném prostředí. Rodina se tak musí vypořádat se spoustou změn a do jisté míry i přizpůsobit svůj dosavadní život nenadálé situaci, která jejich společné soužití ovlivňuje.

Kübler-Rossová popsala reakce lidí na závažné onemocnění v pětifázovém modelu přijetí reality. Vágnerová (1999, s. 78-83, 86) je však přirovnává k reakcím rodičů (či osob blízkých) OZP, kteří zjistili skutečnost trvalého postižení. Jako první fázi definuje **fázi šoku a popření**. Při zjištění skutečnosti, že dítě rodičů má trvalé postižení dochází k šoku, který přechází v popírání situace. Typickými výroky mohou být např.: „*To není možné, to nemůže být pravda*“. Tato nepřiměřená a neočekávaná životní zátěž s sebou nese prožitky stresu až psychickou deprivaci. Další fází je dle Vágnerové **postupná akceptace reality a vyrovnání se s problémem**. Tato akceptace a přijetí reality souvisí se zralostí osoby, jež se s problémem vyrovnává. Závisí také na jejich akutním psychickém a somatickém stavu či životních zkušenostech. V této fázi dochází velmi často ke vzniku různých obranných systémů (únik i útok) (blíže 2.2.1 Zvládací strategie). Konečnou fází je **realistický postoj**, ke kterému dochází ve většině (ne však ve všech) případech. Zde osoba přijímá danou situaci „takovou, jaká je“ a v rámci možností se snaží OZP rozvíjet a využívat možností, jaké jsou pro ně dostupné a přijatelné.

Někdy však kvůli obranným mechanismům dochází k vytvoření nerealistické představy, nepřiměřeně ochranného postoje či až k extrémní péči. Osoby vyrovnávající se s takovou situací často hledají náhradního viníka, který za všechno může. Často jím je právě lékař nosící i přesto že pravdivé, mnohdy špatné zprávy. U rodičů OZP (převážně s vrozeným postižením) může dojít k identifikaci s postiženou osobou a rodič se tak může cítit do jisté míry méněcenný a přikládat si danou situaci i za vinu. Pokud dochází k postižení osoby během života (získané postižení), její okolí tuto skutečnost přijímá lépe než u osob s vrozeným postižením. Rodiče (a blízké osoby OZP) vycházejí z předchozí normality člověka s postižením a nekladou si tak tuto situaci za vinu. Z hlediska široké veřejnosti je získané postižení u jedinců lépe akceptované než postižení vrozené. A to z podstaty, že příčina postižení je lépe uchopitelná a není tak tajemná (Vágnerová, 1999, s. 86-88).

Pocity viny v rodině osoby se ZP popisuje i Murphy (2001 dle Novosad, 2011, s. 77-78) a tyto pocity mohou napomáhat k její stigmatizaci. Vinu mohou pociťovat obě strany, jak postižený jedinec, který se cítí jako břemeno pro rodinu, tak i členové jeho rodiny, kteří se mohou cítit vinni, že postižení nejsou. S pocity viny se můžeme setkat i v jiné rodině, ale v rodině, kde je jeden jedinec postižený jsou tyto pocity intenzivnější a hůře zvládnutelné.

3.2 Široká veřejnost

Osobnost člověka se utváří ve společnosti, konkrétně v kontaktu a pod vlivem členů jedincovy sociální skupiny. Společnost utváří i rozličné normy a hodnoty, které jsou součástí společenského vědomí i individuálních vlastností jedince. *„Kultura tedy určuje, co je danou společností považováno za žádoucí či nežádoucí, ovlivňuje posuzování jednotlivých jevů“*. Tyto hodnoty a normy však nejsou všude stejné, jsou ovlivněny kulturou, zároveň se vyvíjí vzhledem k času a historii (Hadj-Moussová, 1999, s. 7).

Společenský tlak na přizpůsobení se normalitě ve společnosti se týká i jejích členů. Člověk, který se odlišuje od většinové společnosti (vzhledem, chováním...) je považován za cizího, odlišného i nebezpečného, jak uvádí Vágnerová (1999, s. 8). Onu *normalitu* vysvětluje Novosad (2011, s. 70) jako *„stav jedince, skupiny či společnosti, jež odpovídá zavedeným (...) normám a uznávaným hodnotám. Jde*

o projekci normy nejčastěji považovanou za jev odpovídající předem stanovenému očekávání či obecné shodě.“

Dříve byli v naší společnosti (tělesně) postižení jedinci uměle oddělováni ze společnosti. Tudíž se s nimi nesetkávalo příliš mnoho lidí a vznikalo tak mnoho předsudků (Vágnerová, 1999, s. 12). Novosad (2011, s. 78-80) uvádí typy předsudků vůči lidem s tělesným postižením, se kterými se můžeme setkat a které vznikají kvůli nedostatečné informovanosti společnosti vůči OZP a mezilidským, architektonickým a dopravním bariérám. Jsou to **předsudky**: *paternalistické a podceňující předsudky; odmítavé a degradující předsudky; protektivně-paušalizující předsudky a idealizující (heroizující) předsudky.*

Předsudky, předsudečné postoje a chování vůči lidem s postižením jsou jistými základy **diskriminace**. Ta nastává v případě, pokud je s OZP „*zacházeno odlišně a nevýhodněji ve srovnání s jiným člověkem bez postižení*“ (Novosad, 2011, s. 82).

Vágnerová (1999, s. 13) shrnuje vztah společnosti skládající se z jednotlivců jako „*výraz tolerance k odlišnosti*“. Respektování individuality je tedy výrazem kvality člověka i společnosti. Pouze, pokud budeme na OZP pohlížet očima bez předsudků, konvencí a stereotypů, budeme je vnímat a přijímat jako osoby, bez ohledu na jejich postižení. Vágnerová tak uvádí, že formou **integrate** jedinců s postižením do běžné společnosti můžeme tomuto stereotypnímu vnímání druhých předcházet.

3.3 Holistický přístup

V holistickém pojetí je člověk vnímán jako „bio-psycho-socio-spirituální bytost“. K člověku máme tedy přistupovat jako k celku, jako k celistvé a jedinečné osobnosti (Jankovský, 2015, s. 12-13). Každá oblast člověka je důležitá a žádná by neměla být opomíjena. Světová zdravotnická organizace definuje holistické pojetí jako soulad biopsychosociálních faktorů a stav tělesné, duševní, spirituální i společenské pohody člověka (dle Novosad, 2011, s. 83).

Hadj-Moussová (1999, s. 73-74) se zaměřuje na uspokojování **potřeb** jedince s postižením z pohledu holistického posouzení. Z *biologického hlediska* jsou potřeby jedince převážně uspokojovány (výjimkou může být tišení bolesti, která se vždy nedokáže utišit). Méně uspokojovány jsou již *potřeby psychické*, konkrétně potřebu láskyplného vztahu a bezpečí. Ze *sociálního hlediska* můžeme zmínit potřeby, u kterých často dochází k neuspokojení. Jsou jimi např. potřeby sociálních kontaktů

a kladného sociálního přijetí. Činnost jedinců je často potlačována hyperprotektivními rodiči, a tudíž není uspokojena ani potřeba výkonu a sociálního uznání. Za zmínku stojí i potřeba sexuální, kdy má jedinec obtíže již s navázáním partnerského vztahu, ne-li intimního. Ze *spirituálního pohledu* vnímáme, že potřeba cíle a životních perspektiv může být u jedince s postižením mnohdy naplněna pouze s pomocí okolí. Zvláště se jedná (u osob se získaným postižením) o nalezení smyslu života.

Jedním, ze základních dokumentů, kterými by se měl sociální pracovník ve své profesi řídit je Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR (2020). Zde je také doporučen holistický přístup ke klientovi, a to konkrétně v části: 2.1 Pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi: (2.1.3) „*Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka.*“ Etický kodex Charity ČR se otázce celostního lidského přístupu věnuje více podrobněji než předešlý etický kodex sociálních pracovníků ČR. Do složek osobnosti člověka (v kontextu a zkušenostech rodiny a širšího společenství) nezahrnuje pouze čtyři základní složky (biologickou, psychologickou, sociologickou a spirituální), ale i materiální a ekonomickou složku. Jako (sociální) pracovníci se snažíme o rozvoj celé osoby i společenství, tzn. že se snažíme klienta navrátit do běžného života. Jde tedy i o jistou reformu/změnu společenského systému, v němž se pohybujeme.

Lerner (dle Millová, 2010, s.192) v teorii vývojového kontextualismu zdůrazňuje multidisciplinární přístup k člověku, kde klíčovou myšlenkou je neoddělitelnost organismu od prostředí. Magnusson, Stattin (1998 dle Millová, 2010, s.192) zdůrazňují znalost prostředí a kontextu, bez kterých není možné pochopit fungování jedince.

S holistickým posouzením je spojen i koncept **sociálního fungování**, jehož pojem zavedla do sociální práce Bartlettová. V České republice se tímto konceptem zabývají P. Navrátil (1969) s L. Musilem (1959). Sociální fungování označují jako interakce mezi lidmi a požadavky prostředí. Interakce probíhají neustále. Prostor klade na jedince požadavky a jedinec je nucen na ně reagovat a ve svých společenských rolích je také naplňovat. Pokud se tak nestane, není vztah mezi jedincem a prostředím v rovnováze a nastává problém. Existují lidé, kteří si s tímto problémem dokážou poradit, vyřešit jej a nastavit tak znovu mezi jedincem a prostředím rovnováhu. Ne všichni ale mají tuto schopnost, a tedy ne všichni dokáží rovnováhu naplnit a situaci

tedy nezvládají. Příčinou problémů zde může být nedostatek schopností a dovedností na straně klienta nebo nepřiměřené požadavky prostředí ke klientovi. Pokud klient nemá dostatek schopností zvládnout požadavky prostředí sám, je úkolem sociálního pracovníka znovuobnovit rovnováhu mezi klientem a požadavky prostředí. S tím se pojí také změna nevyhovujících a nepřiměřených podmínek pro klienta. Tzn., že sociální pracovník se snaží dosáhnout podpory a obnovy sociálního fungování klienta (Navrátil, Musil, 2000 dle Kudláčková, 2014, s. 14).

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

„Metodologie se zabývá systematizací, posuzováním a navrhováním strategií a metod výzkumu“ (Hendl, 2016, s. 31). V následující kapitole přiblížím metodu kvalitativního výzkumu, výzkumný cíl, vzorek aj.

4.1 Kvalitativní výzkum

Vzhledem k tématu práce a charakteru zkoumaného jevu jsem zvolila jako metodu kvalitativní výzkum. Rozhodla jsem se pro ni z důvodu, že ačkoli se zaměřuje na menší počet respondentů, než je tomu u kvantitativního výzkumu, umožňuje zkoumání dané problematiky uchopit více do hloubky. Jelikož jde pro mnohé respondenty o citlivé téma, rozhodla jsem se pro metodu (polostrukturevaného) rozhovoru, kdy mohu lépe reagovat na respondentovo momentální rozpoložení a rozhovor tak v případě situace i upravit.

Miovský (2006, s. 18) uvádí, že kvalitativní přístup se využívá v psychologických vědách na *„principu jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky. V jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání“*.

Hendl (2016, s. 48) definuje přednosti i nevýhody tohoto výzkumu, kde za **benefity** považuje například zisk podrobného popisu a vhled do zkoumaného problému. Díky kvalitativnímu výzkumu můžeme navrhovat teorie a studovat procesy. Také hledat lokální příčinné souvislosti nebo zkoumat daný jev v přirozeném prostředí. Jako **limity** kvalitativního výzkumu uvádí Hendl např. fakt, že ne vždy je možné zobecnit získaná data na jiný vzorek populace (s ohledem na daná kritéria). Výsledná data jsou zároveň snadno ovlivnitelná výzkumníkem. Dalším limitem může být časová náročnost sběru a analýzy dat nebo obtížnost kvalitativní predikce.

4.2 Výzkumný cíl, výzkumná otázka

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jak lidé se zdravotním postižením vnímají a prožívají svůj handicap, co jim k jeho přijetí pomáhá a co jim v tom naopak brání.

Hlavní výzkumná otázka: Jak lidé se zdravotním postižením vnímají a prožívají svůj handicap a co jim k jeho přijetí pomáhá nebo naopak brání?

Dílčí výzkumný cíl č. 1: Zjistit, zda spiritualita pomáhá osobám se zdravotním postižením k přijetí jejich handicapu.

Dílčí výzkumný cíl č. 2: Zjistit, zda sociální a jiné služby pomáhají osobám se zdravotním postižením ke snadnějšímu překonání bariér vzniklých jejich postižením.

4.3 Výzkumný vzorek

Jako respondenty jsem zvolila osoby se získaným tělesným postižením ve věku 25-45 let. Pro výběr výzkumného vzorku byla zvolena **metoda záměrného (účelového) výběru přes instituce**. V tomto postupu, jak říká i Miovský (2006, s.138), využíváme instituci, pracující s cílovou skupinou, na kterou se v práci zaměřujeme. Tato metoda je dle Miovského pro výzkumníka velmi efektivní. Kritiky však může být napadána z hlediska objektivity, kdy výběr respondentů může představovat pouze určitou část dané cílové skupiny. Díky konkrétní instituci „spolek TREND VOZÍČKÁŘŮ Olomouc“, která poskytuje sociální služby osobám s tělesným postižením jsem měla k dané cílové skupině bližší přístup, a organizace mi tak pomohla s předvýběrem daných respondentů pro tento výzkum.

Spolek TREND VOZÍČKÁŘŮ Olomouc je nezisková organizace poskytující osobní asistenci, sociální rehabilitaci a odborné poradenství pro osoby s tělesným postižením a napomáhá tak k jejich integraci. Dále zřizují půjčovnu kompenzačních pomůcek, sociální podnikání a součástí je i dobrovolnictví pro danou cílovou skupinu. S pomocí této instituce jsem oslovila v konečném důsledku pět respondentů (klientů této organizace), pro poskytnutí informací na základě rozhovoru. Se zvyšujícím počtem uskutečněných rozhovorů jsem dle získaných dat zaznamenala vznik kategorií odpovídajících na mé výzkumné otázky. A to z důvodu, že se odpovědi respondentů

na mnohém shodovaly. Po čtvrtém uskutečněném rozhovoru jsem tedy dospěla k závěru, že již došlo k nasycení výzkumu a další rozhovory již nejsou potřebné.

Při výběru respondentů jsem se zaměřila na osoby mající **získané tělesné postižení**. Z odborné literatury, (např. Novosad, 2011, s. 112-115) jsem již před uskutečněním rozhovorů zjistila, že osoby s vrozeným postižením nesou skutečnost tohoto postižení (včetně úsilí o překonání jeho důsledků) lépe, než osoby, které získaly postižení během života. Ty se musí učit mnoha novým věcem ve spojitosti s jejich získaným postižením. Krizová situace může nastat zvláště u osob, které v době před vznikem postižení netrpěly žádnou nemocí, ať už je to v jakékoliv oblasti (myšleno biologické, psychologické, sociální či spirituální).

Pro vyšší důvěryhodnost dokládám jako důkazy při analýze dat krátké pasáže z rozhovorů s respondenty. Pro větší přehlednost a zároveň zachování anonymity respondentů jsou respondentům přiřazena čísla 1-4 a to podle pořadí vzniku rozhovorů (jiný význam toto číslování neobsahuje). Respondenty byli tři muži a jedna žena ve věku 25-45 let z Olomouce a okolí. Jedna respondentka v průběhu domluvy na uskutečnění rozhovoru přestala komunikovat a její rozhodnutí jsem plně respektovala.

4.4 Metoda sběru dat a průběh výzkumu

Data jsem získávala formou **polostrukturnovaných rozhovorů**. Zde má dotazující již předem připravené okruhy otázek i otázky, na které se dotazovaného v průběhu rozhovoru ptá. Dle situace může v průběhu rozhovoru upravovat jak pořadí daných okruhů, tak i znění a pořadí otázek. Sám dotazovaný má při interview velkou míru svobody a velmi závisí i na něm, které oblasti se bude věnovat podrobněji a které méně. Některé části jsou však striktně dány a vyžaduje se přesné dodržení předem dané struktury. Vysokou mírou flexibility při rozhovoru se snažíme i z interview získat maximum možného (Ferjenčík, 2010, s. 175; Miovský, 2006, s. 159-162).

Otázky, na které jsem se respondentů v průběhu rozhovoru ptala, jsem si stanovila již před uskutečněním rozhovorů a jejich znění je uvedeno níže. Dle situace, jsem při rozhovoru pozměnila formulaci otázek či zaměnila jejich pořadí. Jsou řazeny do tří okruhů, které korespondují i s teoretickou částí, dle řazení kapitol. Prvním okruhem je *Sebepojetí*. Zde jsem se ptala respondentů, jak vnímají vlastní osobnost, své postižení i zda mají nějaké vize v životě, kterých by chtěli dosáhnout.

1. *Jak byste popsal/a kdo jste?*
2. *Kdy se cítíte dobře? Popište mi Vaši „osobní pohodu“.*
3. *Máte stanovené nějaké cíle v životě, kterých chcete dosáhnout?*
4. *Jsou všechny potřeby ve Vašem životě naplněné? Jaké to jsou?*
5. *Jaké máte postižení, jak vzniklo a jak dlouho s ním už žijete?*

Dalším okruhem, který jsem si stanovila je *Sebepřijetí*. Ptala jsem se respondentů na jejich vlastní cestu k přijetí postižení. Zajímala mě problematika zvládání, zdroje, překážky i benefity se kterými se na své cestě k přijetí postižení (a následně i možného handicapu) setkávají.

6. *Jak se s postižením vyrovnáváte?*
7. *Co je pro Vás nejtěžší?*
8. *Vidíte nějaké benefity ve Vaší momentální situaci?*
9. *Je podle Vás reálné přijmout zcela Vaše životní postižení a existuje návod či cesta, jak tohoto přijetí dosáhnout?*
10. *Hraje nějakou roli v přijetí Vašeho postižení víra či spirituální oblast?*
11. *Využíváte sociálních služeb? Jakých?*

Jako poslední okruh otázek jsem zvolila *Přijetí druhými lidmi*. Jedná se o reakce osob blízkých i vzdálených osobám s postižením, a to jejich vlastním pohledem. Koho ze svého okolí vnímají jako oporu a kdo jim ve vlastním sebepřijetí pomáhá.

12. *Jak reagovalo Vaše okolí (rodina, přátelé, širší společnost) na situaci, která se Vám přihodila?*
13. *Kdo je pro Vás největší oporou?*
14. *Setkáváte se spíše s pozitivním nebo negativním přijetím? Můžete mi to blíže popsat?*

Již zmiňovanou organizaci (spolek Trend vozíčkářů) jsem oslovila s prosbou o poskytnutí kontaktů na osoby se získaným zdravotním postižením. Zástupkyně ředitele a manažerka sociálních služeb mi poskytla kontakty na respondenty pro výzkum. Dále jsem již respondenty oslovila pomocí mailového kontaktu a domluvila se na dalších podrobnostech rozhovoru. Všichni respondenti mi udělili souhlas s účastí ve výzkumu a s publikováním anonymizovaných výsledků.

Z důvodu epidemiologické situace, způsobené rychlým šířením tzv. britské mutace koronaviru SARS CoV-2, probíhal na území České republiky nouzový stav spojený se zákazem cestování mimo okres trvalého bydliště a obecně bylo doporučeno minimalizovat osobní kontakt s lidmi (MZČR, Vláda vyhlásila nouzový stav

do 28. března, 2021, [online]). Proto se rozhovory s respondenty uskutečnily převážně online formou. Konkrétně se jedná o formu videohovoru (platforma: Google meet), s respondentem jsem se vzájemně viděla a mohla tak lépe reagovat na momentální situaci. Respondent č. 5 preferoval osobní kontakt, který za dodržení hygienických předpisů proběhl. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 25-40 minutami. Vzniklé videozáznamy rozhovorů jsem doslovně přepsala v textovém editoru Google documents, jsou uloženy v soukromém archivu autorky.

4.5 Analýza dat

Pojem analýza si můžeme vysvětlit jako rozdělení celku na komponenty a potom budeme každý komponent zkoumat individuálně, ale zároveň budeme zkoumat i vztahy mezi nimi (Hendl, 2016, s. 32). Analýza rozhovorů tedy znamená, že na každý jednotlivý rozhovor s respondentem – na jeho význam – budeme pohlížet individuálně. Nakonec budeme sledovat i určité spojitosti mezi rozhovory navzájem. Hendl (2016, s. 221) dodává, že Ritche a Spencer, kteří v 80. letech vyvinuli schéma analýzy kvalitativních dat, jej dělí do dvou kroků. Prvním je **organizace získaných dat**, které je třeba roztřídit a redukovat. Druhý krok nazvali tito angličtí výzkumníci **vlastní interpretace**. Ta vede k výsledné popisné či explanatorní zprávě o zkoumaném jevu.

Pro analýzu dat jsem zvolila **metodu zakotvené teorie**. Jde o systematické shromažďování údajů o zkoumaném jevu a jejich analýzy. Specifičnost této metody však je v tom, že je vytvořena a prozatím také ověřena systematickým shromažďováním údajů, kde se jejich analýza i teorie vzájemně doplňují. Začínáme zkoumanou oblastí, kde se nám jejím prostřednictvím mohou „vynořit“ významné oblasti, a to i bez předchozího označení, díky teorii a stanovení hypotéz. Hypotézy se u metody zakotvené teorie určují až posléze, po provedení zkoumání. Nedílnou součástí metody je *kódování*. Díky kódování můžeme zjištěná data analyzovat, konceptualizovat (datům dáváme určitý význam, vnímáme jejich smysl) a opět skládat novými způsoby, díky nimž můžeme vytvářet i nové teorie. Kódování v zakotvené teorii probíhá ve třech fázích: otevřené, axiální a selektivní. V **otevřeném kódování** pojmů (označujícím jednotlivé události, postoje či jevy), které vzájemně porovnáváme a třídíme určujeme nadřazené termíny. Ty nazýváme *kategorie*. Do těchto abstraktnějších pojmů zařazujeme získané pojmy (v případě jejich jedinečnosti tvoří

vlastní/novou kategorii). **Axiální kódování** nám znovu uspořádává údaje po otevřeném kódování, prostřednictvím vytváření vazeb mezi kategoriemi, subkategoriemi a hlavními kategoriemi. Tento proces probíhá za pomoci kódovacího schématu. Ten zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání, interakce a následky. **Selektivním kódováním** vybíráme centrální kategorii, kterou uvádíme do vztahu k ostatním kategoriím, které na centrální kategorii určitým způsobem integrují. (Miovský, 2006, s. 226-231; srov. Strauss, Corbinová, 1999, 39-52).

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této kapitole jsou představeny výsledky, ke kterým jsem díky výzkumu dospěla. Odpovídají tak na hlavní výzkumnou otázku: „Jak lidé se zdravotním postižením vnímají a prožívají svůj handicap a co jim k jeho přijetí pomáhá nebo naopak brání?“ V textu jsou obsaženy i citace z výzkumných rozhovorů s respondenty, které slouží i jako důkazy pro zmíněná tvrzení.

Získaná data dělím do pěti kategorií, které odpovídají i na výzkumnou otázku. Jsou jimi: ztráta soběstačnosti; nelitovat se a přijmout realitu; seberealizace; podpora rodiny a přátel a důležitost spirituality.

5.1 Ztráta soběstačnosti

Úplné přijetí vlastního handicapu dle respondentů není možné nikdy. Jak uvádí např. respondent 1: „*Na to si prostě člověk nikdy nezvykne no. Pořád mě budou lidi vnímat nějak a já se budu taky nějak vnímat.*“ Člověk se ale dle jejich vyjádření postupem času naučí se svým postižením žít a akceptuje jej.

První kategorie, kterou jsem nazvala *ztráta soběstačnosti* definuje hlavní překážku, která lidem s postižením zabraňuje k jeho 100% přijetí. Tuto nesoběstačnost a uvědomění si, že člověk s postižením nedokáže zastat všechny činnosti jako je zvládl před vznikem postižení popisuje respondentka 3: „*Je těžký se brát, jakože nezvládnou všechno a že jako v něčem potřebuješ pomoci... Takový to, jakože se máš zastavit a říct si, jo, tak tohle nezvládnou, tohle už nejde.*“

Respondent 1 naopak popisuje počáteční dobu po vzniku postižení, kdy neměl k dispozici bezbariérové ubytování: „*Takže já jsem bydlel v patře vlastně a museli mě prostě přenášet s tím vozíkem jako po schodech. A to bylo fakt jako šílený.*“

Se ztrátou soběstačnosti souvisí i ztráta svobody, kterou popisuje respondent 4: „*Mě nejvíc nevzala ta nemoc jakoby přímo, ale spíš nepřímo... Takže nepřímo mě daleko víc srazily na kolena ty věci, který se staly, který já při svůj nejlepší vůli nemůžu ovlivnit. Jo, a má to příčinu v této nemoci.*“

Ztrátu soběstačnosti můžeme nazvat i závislostí na pomoci jiné fyzické osoby¹.

¹ Blíže viz Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 8-9.

5.2 Nelitovat se a přijmout realitu

K akceptování vlastního postižení však vede „*dlouhá a bolestivá cesta*“, jak uvádí respondent 4 a dodává: „*Když se chce, všechno jde aneb co tě nezabije, to tě posílí*“. Respondenti se snaží žít přítomností a nehledět na minulost ani na budoucnost. Minulost již neovlivní, tudíž přemítání nad událostmi, které se staly a vytváření si představ, jak by se mohli odehrát jinak, nehraje roli. Respondenti to sami ví. Všichni totiž uvedli jako cestu k akceptaci svého postižení „nelitovat se a přijmout realitu takovou jaká je.“

Respondentka 3 říká: „*No, to je na každém člověku. Ono je to takový to rozhraní, jestli jít dál a nelitovat se a brát to prostě tak, jak to je anebo se člověk začne litovat a hrabat se sám v sobě a utápět se. A tady to podle mě nikam nevede. Protože člověk musí jít dál a musí to nějak sám v sobě zvládnout, aby se cítil líp... Prostě to nezmění, co se stalo, takže buď půjde dál anebo se zblázní sám v sobě. Já myslím, že začít to brát tak, jak to je, prostě teď a tady a naučit se s tím žít.*“

Respondent 4 uvádí první krok, který je potřebný k tomu, aby se něco začalo měnit. Bod zlomu, kdy si uvědomil, že musí změnit vlastní postoj ke své situaci nazývá „*léčbou šokovou*“, která se udála v rehabilitačním ústavu Hrabyně: „*Jel jsem tam s tím, že (...) vozík je můj hlavní nepřítel. Že pokud si sednu na vozík, tak život končí. (...) Během dvou dnů jsem se tam přestal litovat, přestal fňukat a naříkat na osud, proč zrovna já. Proč zrovna mně se to stalo? (...) Po týdnu (...) jsem tam pochopil, že život s vozíkem nekončí, ba naopak právě začíná. Jinej, ale přesto může být zajímavěj a pěkněj. A tam to byl takovej zlom jakoby pro mě, když jsem po třech letech trápení (...) skoncoval s přežíváním, se živořením a začal znovu bojovat a začal znovu žít.*“

Respondent 2 ale dodává, že: „*na to si musí přijít postupem času každý sám.*“

5.3 Seberealizace

Respondenti se ale přes všechny překážky života nezalekli a dle možností, které mohou využít, žijí naplno i nadále. Respondentka 3 sama uvedla, že člověk se po úraze snaží stihnout úplně vše, co nestihl do té doby. Respondenti vnímají jako důležité dělat činnosti, které mají smysl a přesah. Mnozí z nich jej vnímají i v „*pomoci druhým lidem, kteří jsou na tom daleko hůře*“, jak uvádí respondent 4.

Respondenti také uvádějí, že se jim po události, která jim razantně změnila život, změnil i náhled na svět, a jak respondent 4, tak respondentka 3 se vnímají po oné události a jejím přijetí jako lepší lidé. Respondentka 3 studuje psychologii, konkrétně psychoterapeutický výcvik. *„Ráda bych se posunula dál a začala pracovat jako v sociálních službách, jako v nějakém poradenství. A dávat sílu ostatním.“*

Respondent 2 zastává pravidlo, díky kterému má život naplněný různými, ale přesto smysluplnými aktivitami. *„Užívat si života tak, jak to skrz to postižení jde. Jak sport, práce, pomáhání takovým lidem, co jsou na tom hůře jak já nebo stejně. Dělam to, co zvládám, učím se novým věcem, v rámci možností, když se mi chce (...) Všechno jde, když se chce.“* Konkrétně například pomáhá získávat dotace neziskovým organizacím, kam jezdí na pobyty odlehčovací péče i jednotlivým lidem, kteří potřebují prostředky např. k získání rehabilitační pomůcky.

Respondent 4 si stanovil cíle, které jej motivují k dobrému a nepromarněnému životu. A jelikož kvůli nemoci přišel o rodinu, jak popisuje, chce dokázat sobě i své rodině, že je stále plnohodnotnou bytostí. Jeho osobní zcela konkrétní motivací a cílem, na kterém pracuje, je dostat se na paralympijské hry. Konkrétně ve sportech jako je fitness, stolní tenis a tancování na vozíku (line dance).

5.4 Podpora rodiny a přátel

Jako největší oporu z vnějšího okolí, považují všichni respondenti, v jejich náročné a zátěžové situaci, rodinu a přátele. Jsou to osoby blízké, které s nimi byly v jejich těžkých chvílích a pomáhali jim překonávat překážky se vzniklým handicapem spojené. Respondent 1 popisuje situaci, kdy mu pomohla jeho rodina (konkrétně sestra s manželem) a nabídli pokoj v jejich novém bezbariérovém bytě. K jejich přístupu k jemu samotnému dodává: *„Jako rodina ke mně přistupuje v celku jako normálně. No, jako fakt někdy mám pocit, jako že ani nejsem handicapovanej.“*

Naopak respondent 4 o svoji rodinu kvůli své nemoci přišel, ale stále ji považuje za velmi důležitou a bojuje o ni, i když to není lehké a na cestě se vyskytuje mnoho překážek. *„Pro býka je nejdůležitější na světě rodina. Já jsem tu rodinu 15 let měl. Vzešly z ní dvě krásný zdravý, chytrý holky. Dneska 13 a 11. A já jsem o to přišel před pěti lety, a to pro mě byla obrovská rána do zad. Nepřál bych to ani svému největšímu nepříteli. Já jsem v podstatě jakoby ztratil všechno, čemu jsem věřil, co jsem 15 let budoval... moje srdce utrpělo takovou ránu, že nevím, jestli někdy bude*

schopno lásky. “ I s touto zkušeností považuje ale respondent 4 za největší oporu svoji „rodinu, přátele, kamarády. Okruh tak řekněme (...) patnácti lidí, na který vím, že se můžu kdykoli spolehnout.“

Také respondentka 3 považuje rodinu a přátele za svoji největší oporu. Popisuje však, že její okruh přátel se po úraze, který se jí stal, vyměnil. *„Dřív jsem měla takový ty známý, kteří přišli, když jenom něco potřebovali. A teď za mnou chodí lidi, kteří opravdu chtějí se mnou být.“* Do těchto přátel zahrnuje respondentka i přátele, kteří jí dle jejích slov mohou porozumět asi nejvíce a jimiž jsou lidé užívající invalidní vozík stejně, jako ona. S respondentem 2 se shoduje na tvrzení, že je pro osoby s tělesným postižením velmi důležité domácí prostředí, kde se cítí, jak uvádí, *„jakoby tak normálně“*. Domácímu prostředí tak dávají přednost před ústavní péčí.

5.5 Důležitost spirituality

Mnoho lidí si pod pojmem spiritualita představí pouze víru v boha. Spiritualita však zahrnuje množinu věcí a postojů, jako je například smysl života, životní hodnoty, štěstí, vztah k sobě samému, druhým lidem nebo konečné realitě. Respondenti ve svých tvrzeních často uváděli fráze typu: *„Co se má stát, stane se. A tak to má být.“* Odkazovali se i na osud a víru ve vyšší moc, která z nějakého důvodu zapříčinila, vznik jejich postižení i momentální situace. A je jen na nich, jak se k ní postaví.

Respondent 4 říká: *„Zjistil jsem, že i na vozíku ten život má smysl, má cenu, má význam. Má význam se prát, má význam bojovat, má cenu tady být (...) Věřím na věci mezi nebem a zemí, věřím v osud, věřím, že všechno je tak, jak má být. Že určitý věci jsou prostě daný a ty který nejsou daný, tak záleží na každém člověku, jak se k nim postaví.“*

Respondentka 3: *„Podle mě každý člověk musí věřit. Pokud je to třeba náboženská víra nebo víra v sebe sama nebo víra v osud nebo něco. Já třeba mám jakoby ten osud... Takže si myslím, že to tam hraje roli.“*

Respondent 1 popisuje, jak mu jeho víra pomáhala a do jisté míry pomáhá i nyní v těžkých chvílích: *„V nějakou tu vyšší moc věřím (...). To byla jediná možnost, které jsem v té dané chvíli věřil, když jsem v tom byl sám, jo. V těch situacích, ve kterých jsem prostě sám byl. Tam prostě rodina nebyla a já jsem s tím musel sám bojovat a když mi šlo kolikrát o život, tak ano. Bylo to něco, co mi pomáhalo a co mi pomáhá jistým způsobem dodnes, takže jako jo.“*

Zato respondent 2 se považuje za realistu, který věří dle jeho slov maximálně ve vědu, jako medicínu a v sebe sama.

6 DISKUZE

V této kapitole se zaměřím na výsledky výzkumu, které budu porovnávat s teorií z odborné literatury a vyhodnocovat tak vzájemnou shodu či neshodu.

První kategorií, odpovídající na výzkumnou otázku díky kvalitativní analýze dat, je **ztráta soběstačnosti**. Z výzkumu jsem zjistila, že osoby se získaným tělesným postižením, vnímají snížení či ztrátu soběstačnosti jako velkou bariéru v přijetí vlastního postižení a tím i situace, ve které se nachází. Této problematice se věnuje a zároveň ji i potvrzuje Jelínková, Krivošíková a Šajtarová (2009 dle Ondruchová, 2013, s. 31). Sociální práce nabízí jistou kompenzaci této závislosti na péči druhé osoby, a to formou příspěvku na péči. Ten popisuje Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 8-9, kde definuje i stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Úplná kompenzace však není možná, tato dávka slouží jako pomoc při zvládání základních životních potřeb OZP.

Další kategorií vyplývající z analýzy dat je: **nelítovat se a přijmout realitu**. Z výpovědí respondentů jsem zjistila, že právě tato kategorie je zásadní k akceptaci vlastního postižení a možným změnám v životě jedince. Pokud se jedinec stále vrací k oné události, lituje se a klade si otázky typu „proč zrovna já“, není schopen přijmout realitu vlastního postižení a žít tak život jiný, ale přesto zajímavý a pěkný, jak uvedl i jeden z respondentů. Této fázi však předchází několik jiných fází, které vycházejí z modelu Elizabeth Kübler-Rossové. Ta představila pětistupňový model fází vyrovnání se člověka s letálním onemocněním. Jankovský (dle Prázdna, 2008, s. 105) jej však aplikuje na proces vyrovnání se s trvalým postižením. Tento proces dělí do šesti stádií. Jsou jimi: *stádium iniciálního šoku, popření, smlouvání, agrese, deprese* a konečným stádiem je *stádium smíření či zralé akceptace*.

Třetí uvedenou kategorií je **seberealizace** lidí se získaným tělesným postižením, která je naplňuje a s vědomím její smysluplnosti i motivuje do činnosti dalších dní. Kučerová (1996 dle Novosad, 2011, s. 20) hovoří o bytí člověka: „*Člověk je člověkem tam a jedině tam, kde si tvořivě osvojuje skutečnost, kde zápasí s překážkami, kde se realizuje jako tvůrce hodnot, kde rozvíjí lidsky bytostné síly, aktivity i jejich výsledky.*“ Novosad (2011, s. 20) k tomu dodává, že pojem člověk neznamená pouze samotnou lidskou bytost, ale komplex jevů a znaků podílejících se na seberealizaci a rozvoji jedince jako kulturní, sociální a morální bytosti. Z poznatků

Kučerové i Novosada můžeme říci, že seberealizace OZP je nezbytná pro celou populaci, jelikož je zásadní pro samotné bytí člověka.

Dílčím výzkumným cílem bylo: *Zjistit, zda osoby se zdravotním handicapem využívají sociální a jiné služby ke snadnějšímu překonání bariér vzniklých jejich postižením.* Z odpovědí respondentů jsem zjistila využití **sociálních a jiných služeb**. Jejich využití je různorodé, záleží i na typu a závažnosti postižení. Sociální služby využívají převážně k zajištění základních potřeb. Ke svému seberozvoji využívají sociálních služeb, se zaměřením na volnočasové aktivity, ale i sportovních klubů a jiných organizací, které nespádají do sociálních služeb. Jak uvádí i zákon o sociálních službách (č. 108/2006, § 38), služby sociální péče jsou definovány jako služby, které „*napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a (...) zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.*“

Rodina a přátelé jsou velkou oporou pro OZP v jejich situaci a na cestě k přijetí jejich postižení. Jsou to osoby blízké, na které se mohou dle jejich vyjádření kdykoliv spolehnout. Krucová (2016 dle Pokorná, 2019, s. 23) uvádí, že „*rodina je nejvýznamnější součástí společenské mikrostruktury, která poskytuje péči a ochranu svým členům, zvláště v obdobích, kdy nejsou ve stavu se o sebe postarat.*“ Dále uvádí, že se běžně stává jeden rodinný příslušník pečovatelem o OZP, po jejím propuštění do domácího prostředí. Osoby se ZP však často využívají sociálních služeb, jako například osobní asistence nebo odlehčovací služba, které pomáhají rodinným příslušníkům v péči o osoby s postižením a přináší tak rodině jisté „odlehčení“ v zátěžové situaci.

Oblast **spirituality** je pro většinu OZP důležitá. Význam víry a vnímání smysluplnosti života zaujímá jednu ze zásadních rolí v životě. Respondenti konkrétně věří v osud/vyšší moc, tzn. že věří, že „co se má stát, stane se“ a je pouze na nich, jak se k dané věci postaví. Také dodávají, že to, co se stane, se stane vždy z nějakého hlubšího důvodu, který hned z počátku nemusíme vědět. Osud je pro Frankla (dle Navrátil, 2001, s. 67) vše to, co člověk nemůže ovlivnit. Zahrnuje tak kromě jiných i biologické dispozice, kam patří i tělesné postižení. Dle Frankla dává osud životu smysl a vyzývá nás k odpovědnému jednání. Člověk tedy má svobodu přijmout svoji minulost (svůj osud) fatalisticky nebo se z ní poučit.

Z důvodu momentální epidemiologické situace jsem byla nucena přistoupit na variantu online rozhovorů pomocí videohovorů. Za tuto platformu jsem byla vděčná. Jsem ráda, že jsem se s respondenty mohla alespoň vidět přes kameru a umožnilo mi to lépe reagovat na průběh rozhovoru. Poslední rozhovor jsem s respondentem však provedla klasickou formou, kdy jsme se setkali osobně a rozhovor jsem si pouze nahrávala. Uvědomila jsem si, jak je tento osobní kontakt velmi důležitý nejen pro můj rozhovor k výzkumu. Respondenti sami ve svých výpovědích zmiňovali momentální situaci, která je velmi ovlivňuje a která pozastavila i mnohé aktivity, které byly častou náplní respondentova času.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala osobami se zdravotním postižením. Zjišťovala jsem, jak vnímají přijetí svého vlastního handicapu. Jelikož cílová skupina osob s tělesným postižením je velmi široká, konkretizovala jsem ji na osoby se získaným tělesným postižením v průběhu života. Odborná literatura uvádí specifika obou typů postižení (vrozené a získané). Zároveň ale uvádí i aspekt, že získané postižení je pro jedince obrovskou zátěží, na kterou se mnohdy nemůže připravit. Přijetí tohoto faktu je vzhledem k dosavadnímu životu velmi náročné.

Tato práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsem se zabývala definicí samotného postižení a handicapu s ním spojeného. Druhá kapitola pojednává o sebepřijetí osob s tělesným postižením a přijetí postižení samotného. Zde jsou uvedeny strategie zvládání i obranné mechanismy. Osoby se jimi často brání přijetí skutečnosti vlastního zdravotního postižení. V poslední kapitole teoretické části se zaměřuji na okolí osob se zdravotním postižením. Jaké jsou fáze přijímání této skutečnosti i předsudky, se kterými se společnost vůči osobám se zdravotním postižením často potýká.

Ve výzkumné části této práce jsem popsala specifika, benefity i limity kvalitativního výzkumu, který jsem pro tuto práci zvolila. Dále jsem definovala výzkumný cíl, otázku a popsala vzorek. Pro tento kvalitativní výzkum jsem zvolila metodu s prvky zakotvené teorie, výsledná data jsem analyzovala pomocí kódování. Výzkumný vzorek jsem vybírala přes instituci spolek TREND VOZÍČKÁŘŮ. Oslovila několik jejich klientů, s prosbou o pomoc při sběru dat do mé bakalářské práce. Otázky byly pokládány v polostrukturovaných rozhovorech, převážně online formou prostřednictvím videohovorů. Důvodem bylo omezení pohybu a shromažďování osob, které bylo nařízeno vládou, kvůli epidemiologické situaci pro zamezení šíření viru SARS CoV-2.

Hlavním výzkumným cílem pro tuto práci bylo zjistit vnímání a prožívání vlastního handicapu osobami se zdravotním postižením. Co jim k jeho přijetí pomáhá a co jim v tom naopak brání.

Po porovnání dat z výzkumu a odborné literatury mohu říci, že osoby se získaným zdravotním postižením nejsou schopny nikdy zcela přijmout své vlastní postižení. Stále totiž vnímají okolnosti, které jim znesnadňují se plně zapojit do společenského procesu. Analýzou dat získaných od respondentů jsem zjistila,

že jejich prožívání a vnímání vlastního postižení se shoduje se stádiem vyrovnání se s trvalým postižením, které uvádí Jankovský (dle Prázdny, s. 105), jako stadia iniciálního šoku, popření, smlouvání, agrese, deprese a smíření či zralé akceptace. V období bezprostředně po vzniku postižení se OZP chrání obrannými mechanismy, jako jsou například popření a vytěsnění. Dále respondenti uváděli pocity lítosti nad sebou samým. Hlavní zásadou na cestě k akceptaci vlastního postižení je však přijetí dané skutečnosti a vstup do reality, která přináší limity, ale i benefity. K akceptaci postižení dochází postupně za přispění rodiny, přátel i pracovníků a klientů sociálních služeb.

Vlastní seberealizace a pocit naplnění a smysluplnosti prožitého času, je nejen pro OZP velkou motivací a jak sami říkají, i „hnacím motorem“ do dalších dnů. Seberealizace člověka je totiž smyslem lidského bytí, bez ohledu na handicap, který daná osoba má. V seberealizaci osobám se ZP mohou významně pomáhat i sociální služby. Jejich využití je však přímo úměrné míře a závažnosti postižení daného jedince. Člověk více samostatný se snaží zachovat si svoji samostatnost v co největší míře a po co nejdelší dobu, tudíž těchto služeb využívá méně než člověk plně závislý na pomoci druhé osoby. Osoby se ZP však využívají služeb napříč organizacemi, a to nejen se sociálním zaměřením. Využívají také služeb zaměřujících se na volný čas nejen pro OZP. Výše zmíněné je i odpovědí na dílčí cíl této práce, který byl formulován: „Zjistit, zda sociální a jiné služby pomáhají osobám se zdravotním postižením ke snadnějšímu překonání bariér vzniklých jejich postižením.“

Dalším dílčím cílem této práce bylo: „Zjistit, zda spiritualita pomáhá osobám se zdravotním postižením k přijetí jejich handicapu.“ Po naplnění tohoto cíle jsem zjistila, že spiritualita hraje v procesu akceptace handicapu velkou roli a pomáhá jim. Není to vždy víra v Boha, často je to například víra v osud, kdy si jedinec říká „co se má stát, stane se“.

Výsledky této práce se mohou použít jak v zařízeních sociálních služeb pracujících s OZP, tak i v jiných zařízeních pracujících s těmito lidmi. Znat proces akceptace a přijetí trvalého postižení vnímám jako zásadní pro práci s danou cílovou skupinou. Práce s těmito lidmi je totiž v různých fázích tohoto procesu různorodá a má specifické podoby. Přesah této práce vnímám také u samotných respondentů. I oni sami mi sdělili, že otázky, které jsem jim v průběhu rozhovoru položila, byly přínosné i pro ně samé. Díky nim si uvědomili hodnoty, na kterých ve svém životě staví. Přínos vnímám i sama na sobě. Uvědomila jsem si důležitost hodnot ve vlastním životě.

Vnímám více drobnosti, které zdravý člověk mnohdy bere za samozřejmé. A tak mohu říci, že lidé se zdravotním postižením stoupli v mých očích ještě o něco více.

BIBLIOGRAFIE

ABOULAFIA, Mitchell. 1991. *Philosophy, Social Theory, and the Thought of George Herbert Mead*. Albany: State University of New York Press. ISBN 0791703599.

BLATNÝ, Marek. 2010. 100 let výzkumu osobnosti v psychologii. In BLATNÝ, Marek a kol. *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Grada. ISBN 978-80-247-7519-7.

BRATSKÁ, Mária. 2001. *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. Bratislava: Práca. ISBN 80-7094-292-4.

CARITAS INTERNATIONALIS. 2014. *Etický kodex pro členské organizace Caritas internationalis* [online]. Praha: Charita ČR. [cit. 2021-01-21]. Dostupné z: <https://www.charita.cz/kdo-jsme/vyrocnizpravy/eticky-kodex/>.

FERJENČÍK, Ján. 2015. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Portál. ISBN 978-80-262-0229-5.

FIALOVÁ, Ludmila. 2001. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0173-7.

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. 1999. Historická podmíněnost přístupu společnosti k různým postižením a jejich příčinám. In VÁGNEROVÁ, Marie. HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, s. 7-13. ISBN 80-7184-929-4.

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. 1999. Rodina jako jeden ze zdrojů postižení či odchylky. In VÁGNEROVÁ, Marie. HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, s. 94-111. ISBN 80-7184-929-4.

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. 1999. Specifické rysy osobnosti postiženého jedince. In VÁGNEROVÁ, Marie. HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, s. 57-64. ISBN 80-7184-929-4.

HARTL, Pavel. HARTLOVÁ, Helena. 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

JANKOVSKÝ, Jiří. 2015. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. In: *Sešit sociální práce – sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, s. 7-13. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>.

JESENSKÝ, Ján. 2000. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum. ISBN 8071848239.

KUDLÁČKOVÁ, Marie. 2014. *Posouzení životní situace klienta charitní pečovatelské služby Střediska sv. Alžběty pro lidi s tělesným handicapem*. Olomouc. Absolventská práce. CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc.

KRHUTOVÁ, Lenka. 2010. Teorie a modely zdravotního postižení. *Sociální práce/sociální práca*. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. Brno: ASVSP, 4, s. 49-59. ISSN 1213-6204.

MATOUŠEK, Oldřich. 2008. *Slovník sociální práce*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO. 2020. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN: 978-80-7472-187-8. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008317/mkf-cz-002.pdf>

MILICHOVSKÝ, Luboš. 2010. *Kapitoly ze somatopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 978-80-7452-001-3.

MILLOVÁ, Katarína. 2010. Teorie celoživotního vývoje. In: BLATNÝ, Marek a kol. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, s. 167-196. ISBN 978-80-247-3434-7.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

MZČR. Vláda vyhlásila nouzový stav do 28. března, od pondělí se zpřísní pravidla pro volný pohyb či maloobchod a opět uzavřou školy. [online]. © 2021 [cit. 2021-03-25].

Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/vlada-vyhlasila-nouzovy-stav-do-28-brezna-od-pondeli-se-zprisni-pravidla-pro-volny-pohyb-ci-maloobchod-a-opet-uzavrou-skoly/>.

NOVOSAD, Libor. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: Diskursivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0265-3.

ONDRUCHOVÁ, Weronika. 2013. *Problematika Body image u osob a tělesným postižením*. Ostrava. Bakalářská práce. Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.

ONDRUCHOVÁ, Weronika. 2016. *Body image osob se získaným tělesným postižením*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.

POKORNÁ, Monika. 2019. *Adaptace rodiny na získané tělesné postižení dospělého člena rodiny*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

PRÁZDNÁ, Radka. 2008. Osoby se zdravotním postižením. In MARTINEK, Michael a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: JABOK, s. 102-109. ISBN: 978-80-904137-2-6.

RENNISON, Nick. 2015. *Freud and Psychoanalysis*. Pocket Essentials. ISBN 978-1138872387.

SEYLE, Hans. 1976. *Stress in Health and Disease* [online]. Boston: Butterworth. [cit. 2021-01-21]. ISBN: 0-407-98510-7.

SLOWÍK, Josef. 2007. *Speciální pedagogika, prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.

SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR. *Etický kodex sociálního pracovníka ČR* [online]. Praha: SSP ČR, 2020. [cit. 2020-12-28]. Dostupné z: <http://socialnipracovnici.cz/sekce-socialnich-pracovniku/article/ke-stazeni>.

STRAUSS, Anselm L. CORBIN, Juliet M. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN 808583460X.

ŠINDELÁŘOVÁ, Markéta. 2006. *Stabilita způsobů zvládání zátěžových situací: časový průběh a vývoj způsobů zvládání*. Brno. Diplomová práce. Filozofická fakulta Masarykovy univerzity, Psychologický ústav.

VÁGNEROVÁ, Marie. 1999. Rodiče postižených dětí. In VÁGNEROVÁ, Marie. HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, s. 78-93. ISBN 80-7184-929-4.