

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií



**Diplomová práce**

Pavλίna Čepelková

**K problematice:**

**Partneři osob s tělesným postižením**

Olomouc 2012

vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

V Olomouci dne.....

.....

Podpis

Děkuji všem, kteří mi byli oporou při psaní této práce. Poděkování patří především doc. PhDr. Jitce Skopalové, Ph.D. za její odborné vedení, trpělivost a cenné rady. V neposlední řadě chci poděkovat i svým rodičům za podporu, kterou mi během studia poskytovali.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	6
<b>1 Význam těla v životě jedince</b> .....	10
1. 1 Tělo .....	10
1. 2 Tělesné sebepojetí .....	13
1. 3 Tělo a pohyb .....	15
<b>2 Tělesné postižení</b> .....	18
2. 1 Terminologie .....	19
2. 2 Dělení .....	20
2. 2. 1 Vrozené tělesné postižení .....	20
2. 2. 2 Získané tělesné postižení .....	21
2. 3 Srovnání .....	23
2. 4 Člověk a získané tělesné postižení .....	24
<b>3 Role partnera</b> .....	28
3. 1 Partner a postižení .....	29
3. 2 Sociální opora .....	30
<b>4 Dostupnost informačních zdrojů</b> .....	33
4. 1 Internet .....	33
4. 2 Sdružení .....	34
4. 3 Monografie .....	35
4. 4 Brožura, volně dostupný materiál .....	35
4. 5 Ostatní zdroje .....	37
4. 6 Příklady informačních zdrojů .....	37
4. 6. 1 Život bez barier .....	38
4. 6. 2 Tvorba ČT .....	40
4. 6. 3 Centrum Paraple .....	41
<b>5 Výsledky vlastního šetření</b> .....	43
5. 1 Cíl výzkumu .....	43
5. 2 Metodologie výzkumu .....	44
5. 3 Zkoumaný soubor .....	45
5. 4 Metoda získávání dat .....	46

5. 5 Analýza dat .....	48
5. 5. 1 Kategorie – Vztah partnerů .....	50
5. 5. 2 Kategorie – Okolnosti úrazu partnera .....	51
5. 5. 3 Kategorie – Adaptace na nastalou situaci .....	53
5. 5. 3. 1 Prožitky po úrazu partnera .....	53
5. 5. 3. 2 Hledání zdrojů informací .....	57
5. 5. 3. 3 Změny ve vztahu partnerů .....	59
<b>6 Závěr .....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>67</b>

## ÚVOD

Partnerství je pro člověka důležitou součástí života. Nemusí mít pouze podobu manželství, nebo být s osobou druhého pohlaví. Nezáleží na tom, koho má člověk za partnera, ale jak tento vztah funguje a pracuje. Někteří partneři si neuvědomují, co pro ně vztah znamená, než přijde zkouška. Vztah může prověřit mnoho faktorů, jedním z nich je i nemoc či úraz a jejich následky. Pokud se jedná o dlouhodobě postupující stav, mají oba partneři možnost se na následky připravovat, shánět si informace a společně bojovat. Specifickou zátěžovou situací v životě partnerů se stává náhlý úraz spojený s trvalými následky. Situací, kterou po úraze prožívá partner, se zabývá tato práce.

Dnešní doba přináší mnoho vymožeností, nejen v oblasti medicíny a vědy, ale také se rozvíjí různé sportovní aktivity, automobilový a motocyklový průmysl, v obchodech mají zákazníci možnost zakoupit si různé druhy zboží. Moderní společnost člověku dovoluje užívat si života, což s sebou přináší i určitá rizika. Jedním z nich je hrozba úrazu. Každý rok se zraní mnoho osob při sportu či dopravních nehodách. Ne všechny nehody se obejdou bez trvalých následků. Dochází tak k náročným životním situacím, kdy se jedinec a jeho okolí musí vyrovnat se vzniklou situací. Zasažena je celá rodina a okolí zraněného, nejvážněji situace dopadá přímo na partnera. Postupné změny zdravotního stavu - zlepšení i zhoršení ukazují na vážnost situace a nutnost obměn v jejich společném životě.

Hlavním cílem této práce je zhodnotit proces vyrovnávání se s novou situací a popsat prožitky konkrétních lidí, jejichž partner se stal tělesně postiženým. Pozornost je věnována vnitřním prožitkům jednotlivců a snaží se přiblížit vývoj a změnu partnerského soužití, ve kterém zasáhl úraz. Zájem je věnován nejen citové oblasti jejich vztahu, ale také další změnám provázejícím jejich soužití. Informace jsou získávány díky rozhovorům s jednotlivci, kteří prošli výše popsány situacemi.

Díličích cílů práce je několik. Jedním z nich je poskytnutí informací o významu těla pro jedince, které jsou nezbytné k pochopení celé problematiky a řešení otázky partnerství. Bez znalosti vlastností jednotlivých částí těla a jejich přínosů pro život člověka není možné pochopit prožitky jeho ztráty a jeho chování.

Druhá kapitola naplňuje další dílčí cíl, kterým je přiblížení tělesného postižení, jeho dělení a informací o postojích společnosti. Vše souvisí se vším, a proto je důležité vnímat situaci v souvislostech. Je zde zmíněna i úvaha o postižení vrozeném a získaném a také upozorňuje, že tyto dva zcela odlišné stavy není možné srovnávat.

V pořadí třetí kapitola se věnuje partnerství. Jejím cílem je upozornit na nutnost pomoci nejen postiženému, ale i jeho blízkému okolí. Stejně jako situaci prožívá jedinec, kterému se stal úraz, prostor by měl být věnován i jeho partnerovi či partnerce a blízkým osobám. Jedná se o velmi náročnou životní situaci, která vyžaduje správné řešení, kterým může být i sociální opora. Podkapitola se tak věnuje i této otázce. Osvětluje význam a nutnost směřování péče i na partnery.

Diplomová práce je atypicky zaměřena především na partnery a jejich prožívání, ačkoli bez výše zmíněných souvislostí by se nebylo možné této problematice věnovat. Obsahem čtvrté kapitoly jsou informační zdroje. Zároveň je tak vytvořen i výčet možností, kde partner má hledat pomoc. Studium literatury, provedené rozhovory s konkrétními partnery i odborníky a vlastní zkušenosti s problematikou postižení, to vše mě upozornilo na nedostatečné zaměření zdrojů na konkrétní prožitky a situace, se kterými se bude muset blízká osoba postiženého vyrovnat. Upozornit na nedostatečné zajištění péče o partnery a rodinu, především po stránce psychické, se stalo cílem této kapitoly. Je zde i stručně navrženo řešení v podobě volně dostupných informačních materiálů.

Posledním stanoveným dílčím cílem je zpracování výsledků provedených rozhovorů a rozbor poznatků. Na jejich základě by měl být vytvořen závěr umožňující další práci v problematice partnerství, která by měla vést ke zlepšení postavení partnerů a péče o ně.

Záměrem práce je upozornit na nedostupnost informací týkající se zvoleného tématu. Odborná literatura se věnuje úrazům i onemocněním většinou z lékařského hlediska a zaměřuje se přímo na pacienta. Prožitky partnerů a celého okolí, sociální dopady úrazu či nemoci jsou v literatuře uvedeny pouze okrajově, případně jsou zde jen krátké příběhy sloužící jako názorná ukázka. Člověk, který se ocitne v této situaci, tak nemá možnost jednoduše získat poznatky a zkušenosti jiných párů, které obdobnou situací prošli. I to může být jedním z faktorů, které negativně působí na přijetí partnera s tělesným postižením a vyrovnávání se s novou situací.

Vzhledem k momentálnímu životnímu stylu mnoha obyvatel České republiky a každoročnímu výskytu závažných úrazů s trvalými následky, je možné očekávat, že i v následujících letech se někteří partneři budou nacházet v tak náročné životní situaci, kterou je přijetí úrazu jednoho z nich. Příčinou může být i stres, jehož následkem jsou mnohá onemocnění. Zároveň může být i skrytou příčinou mnohých úrazů. Je tedy nanejvýš vhodné, aby byla zaplněna mezera v dostupnosti informací. I kdyby se do takto složité situace dostal byť i jediný pár, budou všechny sesbírané informace přínosem.



*„Úžasné bohatství lidské zkušenosti by ztratilo něco ze své odměňující radosti, kdyby neexistovaly hranice, které je třeba překonat. Hodinka na samém vrcholu hory by nebyla ani zpolovic tak nádherná, kdyby nebylo nutné překlenout tmavá údolí.“*

*„Život je sled lekcí, které je nutné prožít, abychom je pochopili.“*

Helena Kellerová

(Osobnosti ze světa hluchoslepých, b. r.)

# 1 Význam těla v životě jedince

V první polovině 20. století předložil americký psycholog A. H. Maslow (in Hauke, 2011) hierarchii potřeb člověka skládajících se z pěti úrovní. Základna je tvořena potřebami fyziologickými, mezi něž řadíme pití, jídlo, spánek, dýchání, pohyb, sex, aj. Další stupeň patří potřebám bezpečí, mezi které jsou řazeny stránky psychologické a fyzické. Pomyslné prostřední patro patří potřebám sociálním. Jedná se o nejširší kategorii, která zahrnuje např. potřebu lásky, sounáležitosti, přátelství, potřebu být vyslechnut a další. Potřeby respektu, uznání a užitečnosti spadají do čtvrté úrovně od základny, souhrnně označené jako potřeby autonomie. Vrchol pyramidy tvoří potřeba seberealizace. (Hauke, 2011)

*„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“* (Šamánková a kol., 2011, s. 12) Autorka M. Šamánková (2011) ve své knize *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci* dále uvádí odlišnosti v potřebách jednotlivých osob. Rozdíly, kterými jsou množství a intenzita potřeb, se odvíjí od pohlaví, věku konkrétního jedince, jeho inteligence, ale také od jeho zdravotního stavu. Na základě hierarchie potřeb a zvoleného tématu této práce vyvstává otázka: Co jedinci umožňuje realizovat jeho potřeby? Nástrojem, který dokáže potřeby vyvolat, uspokojit je a zároveň dokáže odepřít či potlačit možnost jejich realizace, se stává tělo.

Kapitola se věnuje jednomu z dílčích cílů této práce. Pro pochopení celé problematiky partnerství a prožívání postižení je nutné znát význam těla v životě každého jednotlivce. Bez znalostí významů jeho jednotlivých částí těla není možné hlubší pochopení reakcí člověka se zdravotním, resp. tělesným postižením. Významnou roli pro život jedince má i utváření tělesného sebepojetí a pohyb. Těmto otázkám jsou věnovány jednotlivé podkapitoly.

## 1.1 Tělo

Potřeby lze chápat jako motor, hybnou sílu v životě jedince. Jejich uspokojováním se člověk posunuje v životě dále a objevuje své možnosti. Rozvoj mu umožňuje jeho tělo. Je nutné si uvědomit jeho význam a funkce v životě každého člověka. Většinová společnost

si ani nemusí představit, jak velký význam na jejich realizaci a rozvoji má tělo, zdravé a fungující končetiny jsou brány jako samozřejmost. Existují však i lidé, kteří musí denně se svým tělem bojovat, aby plnilo zcela, nebo alespoň částečně svou funkci a bylo možné se na něj spolehnout.

Při snaze nalézt vzor, jak by mělo tělo vypadat, získáme několik různých názorů - jiný od muže, ženy či dítěte. Jednotlivci jsou předkládány stereotypy ideálu ovlivněné dobou, vyspělostí konkrétní společnosti a v poslední době také módním průmyslem pomocí časopisů a nejrůznějších fotografií. Představa konkrétních jedinců se liší jejich příslušností k určitému etniku, společenské vrstvě, vzdělání aj. Členové společnosti zároveň na základě těla člověku přisuzují jeho vlastnosti. Typickým příkladem mohou být jedinci albíni<sup>1</sup>, kteří jsou ohroženi na životě z důvodů jejich údajné magické moci. V podstatě s obdobnou situací se v naší společnosti potýkají jedinci s postižením. Jsou vnímáni na základě zažitých stereotypů a často jim jsou přisuzovány vlastnosti, které neodpovídají jejich skutečnému stavu, možnostem a potenciálu. (Novosad, 2011)

Každý člověk by se měl zamyslet nad tím, co pro něj tělo znamená. E. W. L. Smith (2007) ve své publikaci *Tělo v psychoterapii* předkládá poznatky o významech jeho jednotlivých částí, ale i o těle jako celku. Podle autora lze tělo vnímat jako odraz života každého jedince - jeho minulosti i současnosti. I v otázce stavby těla platí jednoduché pravidlo, že co není používáno, lehce se ztratí. Pokud jedinec zanedbává některé části těla, dojde k jejich částečné ztrátě - např. atrofie svalů, zhoršení motorických dovedností aj. Je však nutné poukázat i na rovinu psychickou, která má v procesu utváření těla také významnou roli. Některé nepoužívané části těla mohou být vyřazeny ze života jako důsledek výchovy, která se jedinci pevně zakořenila v podvědomí. K poškození částí těla může dojít také vlivem druhé osoby a jejím nepřiměřeným zacházením s jedincem, při nehodě a neposlední řadě i snahou překonat své limity.

Lidské tělo chápeme jako celek, který lze ještě dále dělit - příkladem může být známé rozlišování na poloviny, hlavu a tělo, končetiny a trup. Dle J. Fleischmanna a R. Lince (1987)

---

<sup>1</sup> „Albinismu s– vrozený nedostatek, porucha biosyntézy, transportu a distribuce pigmentu melaninu v kůži, vlasech, duhovce oka, druh depigmentace. Nejč. vzniká na podkladě autozomálně recesivní dědičnosti. Incidence se pohybuje kolem 120000. Postižený jedinec – albín – má bělavě růžovou kůži, růžové oči, bílé vlasy a je velmi citlivý na sluneční záření, nemůže se opálit, ale jen „spálit“, lat. albus- bílý“ (Vokurka, Hugo a kol., 2009, s. 30)

jsou z pohledu anatomie využívány k dělení těla tzv. roviny. Rovinou mediánní je již zmíněné rozdělení těla na symetrické poloviny, tedy levou a pravou. Autoři dále uvádějí roviny frontální, které dělí tělo na části přední a zadní. Dělení na horní a dolní polovinu těla vzniká využitím rovin vodorovných k rovině mediánní, které jsou nazývané příčné, neboli transversální. Je nutné si uvědomit, že ještě existují i roviny sagitální, rovnoběžné s rovinou mediánní. Pro potřeby této práce však postačí pouze základní dělení těla na poloviny a výše zmíněné příklady.

Jak již bylo uvedeno, každá část lidského těla je nositelem určitých funkcí a významů pro život jedince. Znalost těchto významů slouží i k odhalování dysfunkcí těla. V případě postižení jsou tyto vědomosti využívány k terapii nejen fyzické, ale i psychické, kdy je nutná náprava vzniklých ztrát u konkrétního jedince. E. W. L. Smith (2007) dále uvádí význam jednotlivých částí těla, které je vhodné znát při konkrétní práci s jedincem. Levou polovinu těla ovládá pravá hemisféra mozku. Představuje city, emoce, intuici a zároveň je nositelem toho, co je „ženské“. Současně z ní lze vyčíst vztah daného jedince k matce. Další významy lze shrnout pojmy Jin a Anima. Pravá hemisféra je pak zodpovědná za orientaci v prostoru, smyslové vnímání, prostorové vztahy, vizuální paměť a dále pak za vnímání a produkci hudby. Viditelným výstupem jsou pak expresivní pohyb a gesta. Oproti tomu pravá polovina těla je pod velením levé hemisféry mozku, která se podílí na logickém analytickém myšlení, představuje jazykovou paměť, schopnost spojení pojmu a předmětu. Jako výstup zde slouží řeč a psaní. Další charakteristiky pravé poloviny těla jsou Jang, Animus, rozum, logika, myšlení. Ukazuje na vztah k otci a představuje mužský element. Pro levou polovinu těla je příznačná pasivita, pro pravou naopak agresivita. Z výše uvedených charakteristik vyplývá, že své vlastní funkce má i horní a dolní polovina lidského těla. Při poruše rovnováhy v těchto částech těla hovoří odborníci o tzv. segmentovém posunu. V tomto případě poloviny těla na první pohled vypadají, jako by k sobě ani nepatřily. Horní polovina těla, představovaná trupem a horními končetinami, je nositelkou sociálního kontaktu. Díky jejím částem je člověk schopen mluvit, obejmout někoho či něco, ale také udeřit aj. Mezi její další funkce patří kontakt s předměty, manipulace s nimi, dýchání, ale také funkce smyslová - něco vidět, slyšet, čichat, chutnat. Dolní polovina těla člověka naopak uzemňuje, dává mu pocit stabilizace, zakořenění. Její funkcí je i pohyb po světě a sex. Význam mají i končetiny jedince, jeho hlava a obličejová část, záda. Každou částí těla jedinec něco vyjadřuje, využitím gest, vnější prezentací, v obličejové části pomocí mimiky. Zdravý člověk se nad tím nepozastavuje, dokud nedojde k nějaké situaci znamenající omezení funkcí, ať už částečné, či trvalé. (Smith, 2007)

## 1. 2 Tělesné sebepojetí

Především v dnešní době se tělo stává symbolem úspěchu, proto významnou roli v životě jedince hraje vnímání a přijetí vlastního těla. Do popředí se dostává pojem tělesné schéma. D. Stackeová (2007) jej definuje ve svém článku *Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění* jako „mentální reprezentaci vlastního těla, která má tři složky: kognitivní, emocionální a behaviorální.“ Složka kognitivní zahrnuje jedincovo vnímání, jak přijímá rozměry svého těla, jeho jednotlivé části a jejich vzájemný poměr mezi sebou. Druhá složka - emocionální - vykresluje vztah jedince k vlastnímu tělu a také vztah k jednotlivým částem těla. Je důležité si uvědomit, že zmíněné vztahy se mohou lišit. Třetí složka, behaviorální, se zaměřuje na jedincovy aktivity vedoucí k cílovému vzhledu těla, tj. různé druhy sportů a cvičení, diety, chirurgické zákroky a další. Stackeová dále upozorňuje na odlišnost mezi pojmy „tělesné schéma“ a „tělesné sebepojetí“. „Schéma“ zařazuje spíše do oboru fyzioterapie, zatímco termín „sebepojetí“ by měl být upřednostňován v oblastech psychologických a sociologických.

Tělesné sebepojetí poukazuje na význam těla v projevech jedince. Právě jeho prostřednictvím můžeme vyjadřovat své emoce. Je tedy nástrojem, který umožňuje jednotlivcům jejich seberealizaci či prosazení se ve společnosti. Do značné míry také určuje jejich spokojenosti se sebou samými.

Práce se věnuje jedincům s tělesným postižením, především ale jejich partnerům. Během života dochází u každého člověka ke změnám v tělesné oblasti, kterými jsou např. růst či vývoj sekundárních pohlavních znaků. V dospělosti se může jednat o změny v oblasti hmotnosti jedince, v poměru aktivní hmoty ke složce tukové aj. Změny vnímají nejen jedinci, ale i jejich partneři, kteří si k nim musí vytvářet vlastní postoje a rozhodovat o jejich přijetí, či nepřijetí. Stejně jako se s novým vzhledem musí vyrovnat člověk po úrazu, při kterém došlo k trvalému poškození organismu, musí tyto změny zpracovat i jeho okolí, zejména nejbližší, ke kterým patří i partner. Amputace, poranění míchy a další úrazy vedou k nezvratným stavům ovlivňující celý následující život partnerů.

Stejně jako se mění a vyvíjí tělo, i tělesné sebepojetí musí projít vývojem. „*Sebepojetí můžeme charakterizovat jako představu sebe sama, na které se podílí složka poznávací, smyslová a citová.*“ (Novosad, 2002, s. 43) Hlavním činitelem vývoje jsou zkušenosti,

především zkušenosti jedince se sebou samým. Na jejich základě si člověk může vytvořit svůj obraz, své vlastní „Já“ složené z části tělesné a psychické. (Novosad, 2002)

Tělesnou část „Já“ lze charakterizovat *„jako vědomí fyzické odlišnosti od vnějšího prostředí.“* (Novosad, 2002, s. 45) Rozvoj je spojen s uvědomováním si vlastního těla již od novorozeneckého období. Se zlepšující se motorikou, uvědoměním si, co jsem já a co je někdo jiný vzniká obraz vlastního těla, tzn. tělové schéma, kterým rozumíme obraz vlastního těla. Následně jedinec zaujímá ke svému tělu určité postoje, které může prezentovat např. i oblékáním. Oděv sice není částí těla, bývá však zahrnován k sebepojetí i jako součást sebestylizace.

Psychické „Já“, což lze vysvětlit jako vědomí sociálního „Já“, definuje v literatuře L. Novosad (2002) jako *„vědomí jedinečnosti a odlišnosti od ostatních (jsem jiný než ostatní) a časové kontinuity, resp. identity (jsem to stále já, i když se měním, rostu, stárnu...).“* (Novosad, 2002, s. 45) Jedinec si jej utváří zhruba mezi druhým a třetím rokem života a jeho rozvoj je možný především díky sociálním zkušenostem a sebereflexi.

Celý proces vývoje je spojen i s procesem sebehodnocení a sebevědomím. Sebehodnocení zahrnuje roviny - jak se hodnotím a jaký bych chtěl být. Dalšími prvky působícími na vývoj sebepojetí jsou interakční zkušenost, sebeláska, sebeakceptace aj. Sebevědomí se vyvíjí od útlého věku, prakticky od narození, kdy dítě prochází složitými procesy objevování světa kolem sebe a sebe samého. Především v prvních letech života je důležité předložit dítěti dostatečné množství stimulů k tomu, aby toto poznání mohlo být uskutečněno. Dalším důležitým mezníkem je pak období puberty, kdy u jedince dochází ke změně sebepojetí. Pro jedince začíná být důležitá úprava zevnějšku a tělesné schéma podléhá vlastní kritice. Dospívající se snaží přiřadit k nějaké vrstevnické skupině a identifikovat se s ní. (Novosad, 2002)

Úrazy a stavy s trvalými následky, deformitami apod. působí na celé vnímání tělesného schématu a sebepojetí jedince. Vlastní vliv má ale také celá společnost a její přijetí a vnímání těchto stavů. Pokud společnost zavírá oči a popírá existenci postižení, jen těžko přijme jedince s handicapem. Ideálem se stal jedinec s tělem bez chyby, se všemi končetinami, netrpící bolestí. Postupem času se však začal tento pohled na tělesně postižené jedince měnit. Zejména rozvoj speciální pedagogiky a související snahy o integraci jedinců s postižením snad povede

k odbourání mýtů o jedincích s postižením a umožní jim plnohodnotné zapojení do života společnosti dle jejich reálných možností a schopností. (Novosad, 2002)

Člověk má potřebu stálosti struktur, důležitý je postupný a pomalý vývoj obrazu o sobě samém. Příliš rychlé a náhlé změny vedou ke ztrátě pohody a jistoty jedince a přináší rozvoj úzkosti a nejistoty. Pro dosažení opětovné rovnováhy využívá jedinec obranné mechanismy, obrany sebepojetí, aby dosáhl opět stavu rovnováhy, jistoty. *Cílem obran sebepojetí je obnovení, resp. uchování psychické pohody a rovnováhy.* Základním prvkem v obraně je popírání či zkreslení. Jedinec se snaží popírat skutečnosti, případně si jí zkreslit a koná tak převážně nevědomě. Cílem obran je zachování a neporušení ega jedince, dočasně zbavuje člověka potřeby vyrovnávat se s problémem, který ohrožuje jeho sebepojetí. Jednotlivé obrany jedinci poskytují čas a klid, aby mohl nalézt vhodné řešení situace, omezují negativní emoce a pocity viny, snížení vlastní hodnoty, neúspěchu apod. Mechanismy obrany poskytují lidem úlevu, to ovšem na druhou stranu může vést k jejich zneužívání. Jedinec je začne využívat trvale, a tím se zcela eliminuje jeho schopnost vytvořit realistické řešení situace. Obranné strategie závisí na zkušenostech jedince, každý z nás si v náročných situacích volí svou strategii, jejíž prospěšnost či škodlivost závisí na několika různých faktorech, které je nutné vyhodnotit, např. přiměřenost, délka trvání obrany atd. (Novosad, 2002)

### **1. 3 Tělo a pohyb**

Úvod první kapitoly byl věnován lidským potřebám. Základna pyramidy dle Maslowa je tvořena potřebami fyziologickými, kam je zahrnován právě pohyb. Je však důležité se zamyslet i nad ostatními příklady fyziologických potřeb - jídlo, pití, spánek aj. Všechny jsou uskutečnitelné pouze díky pohybu. Vrchol pyramidy potřeb představuje autonomie, tedy nezávislost, kdy si je jedinec schopen řešit své věci sám, a to mu umožňuje právě jeho tělo a pohyb. Pohyb utváří člověka a člověk utváří pohyb. Takto zjednodušeně lze popsat jeho význam a postavení v životě každého jednotlivce. Pohybová aktivita je neodmyslitelnou součástí celé ontogeneze. Již v prenatálním období cítí matka pohyby plodu, které značí, že je vývoj správný. Po narození jsou to pak pohyby dítěte, jenž upozorňují na zdraví, pocity libosti i nelibosti. A díky pohybům, které rozvíjejí kojence i po psychické stránce, dochází k rozvoji dalších schopností, např. řeči. V dospělosti je pohybová aktivita naopak vyhledávanou terapií i prevencí nejrůznějších onemocnění. Pohyb zvyšuje svalovou sílu organismu, působí jako

regulátor napětí a stresu, udržuje optimální tělesnou hmotnost a rozložení tuku v těle apod. Kvalita pohybu záleží na několika faktorech. Svoji významnou roli hrají věk, pohlaví, zdravotní stav, výchova k pohybu, výstroj, výzbroj a další. (Dylevský, Kálal, Kolář, 1997)

Jak uvádí L. Novosad (2011), na pohyb a především na jeho význam pro život je možno nahlížet ve dvou rovinách. Rovinu první tvoří pohyby nezbytné - tedy všechny, které jsou nutné k zajištění základních životních potřeb a zajišťují existenci člověka jako takového. Druhou rovinou jsou myšleny ostatní pohyby ovlivňující vývoj člověka - zejména jeho stránky tělesné, sociální a duševní.

V kontextu této práce, ale i celého života člověka je dobré si uvědomit, že je to právě pohyb, jenž člověku zabezpečuje sociální integraci a zároveň jeho individualismus. Jedinci také pomáhá vytvářet jeho tělesné schéma, podmínky pro autonomii a díky pohybu se dovede člověk existenčně zajistit. Pohyb také do života jedinců přináší zábavu a prožitky, upevňuje zdraví a podporuje kondici, umožňuje navazovat kontakty a prezentovat sebe sama. Kontrakce svalstva, práce vaziva, šlach, tedy pohyb, otevírá člověku jeho možnosti. Umožňuje mu nejen socializaci, ale i naplňování těch nejzákladnějších lidských potřeb.

Díky pohybu se člověk stává samostatným, na ostatních nezávislým jedincem. Jedná se o postupný vývoj, který začíná již v těle matky a pokračuje po celý život. V každé životní etapě a v každém věku je pohybová aktivita důležitou součástí lidského života. Člověk je bytost společenská. Jít ven, potkat přátele, hovořit s nimi, prožívat intimní chvíle s partnerem, ale také provozovat produktivní činnost, realizovat se, sportovat a mnoho jiného, umožňuje právě a pouze pohyb.

Významným přínosem pohybu pro člověka je umožnění smysluplné činnosti a zároveň zdroje autonomie - práce. *„Za práci považujeme smysluplnou tělesnou a duševní aktivitu vedoucí k určitému, předem zřejmému cíli a k vytváření hodnot, které mají význam pro jedince i společnost.“* (Novosad, 2011, s. 41) Lze ji chápat jako soubor cílevědomých pohybů, je to projev seberealizace. Současně je zdrojem obživy jedince. Právě díky ní získává finance a v přeneseném významu tak dává člověku příležitosti k další realizaci. V dospělosti hovoříme o práci jako zaměstnání. Dává člověku smysl, zavádí mu do života jistoty a řád, je zdrojem zkušeností, sociálního kontaktu a dalších příležitostí, jež poskytují další obohacení jedince a umožňují jeho rozvoj. Zaměstnání je také předpokladem pro získání mzdy, odměny za práci. Finanční ohodnocení dané činnosti umožňuje člověku přežít v dnešní společnosti,



uspokojovat své potřeby. Uvědomění si ceny práce a hodnoty peněz je také jedním z přínosů práce či zaměstnání. Dalším významným přínosem cílevědomé činnosti je její tvořivý přínos. Rozvíjí tělesné i duševní schopnosti člověka, dává mu možnost realizovat své představy. V neposlední řadě dává práce člověku příležitosti k relaxaci a k provozování dalších činností, které mu přinášejí potěšení. (Novosad, 2011)

Zásadní přínosy pracovní činnosti pro jedince lze rozlišit v podstatě tři a to: rozvojový, sociálně ekonomický a sociálně integrační. Jedná se o osobní a pracovní rozvoj, zvyšování sebevědomí v první uvedené oblasti, nezávislost na sociální pomoci, o odvod daní a tedy i příspěvek do systému pojištění v oblasti druhé. Třetí přínos, sociálně integrační, znamená setkávání s ostatními lidmi, práci v kolektivu (kooperaci), tvorbu hodnot a nalézání svého místa ve společnosti. (Novosad, 2011)

První kapitola diplomové práce se věnovala tělu a jeho významu pro život jednotlivce. Pozornost směřovala také k tělesnému sebepojetí a pohybu. Předložila informace, které umožňují pochopit problematiku postižení v širších souvislostech a uvědomit si, jaké ztráty jedinec po úraze prožívá.

## 2 Tělesné postižení

Každý den se člověk musí vyrovnávat s mnoha situacemi. Některé jsou jednodušší, jiné složitější, ale všechny vyžadují jeho energii. Kolik jí bude potřeba, to záleží na mnoha faktorech. Jedním z nich je i zdravotní stav, dlouhodobý i momentální. Zdraví či nemoc ovlivňují každodenní život všech lidí. Zdraví se přeje již novorozencům v porodnici, nejedná se ale o samozřejmost a najdou se i lidé, jejichž zdravotní stav neodpovídá většinové společnosti a každý den svádí svůj boj. Samotný pojem je abstraktní, nelze ho nahmatat a ukázat, přesto ho většina společnosti chce a doufá, že si ho udrží co nejdéle.

Vymezení pojmu zdraví není jednoduché. Obecně lze zdraví chápat jako stav, kdy u jedince není přítomna nemoc, v tom případě se hovoří o tzv. negativním vymezení nemoci. Více užívanou definici ve svých materiálech uvádí Světová zdravotnická organizace. Zdraví definuje jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (*well - being*), a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (WHO, 1948 in Bártlová, Matulay, 2009) Tato definice je všeobecně známá a uznávaná. Její přínos je především upozornění na komplexnost, propojenost fyzické, psychologické i sociální stránky osobnosti. Nevýhoda definice je pak spatřována v její subjektivnosti. Záleží na osobním pojetí každého jednotlivce. I další autoři se snaží definovat pojem zdraví, většinou s využitím poznatků z oboru, ve kterém se řadí mezi odborníky. T. Parsons vychází ze své teorie rolí. Zdraví je podle něj „stav optimální kapacity individua účinně vykonávat své role a povinnosti.“ (T. Parsons in Bártlová, Matulay, 2009, s. 86) Obor sociologie se věnuje zdraví v kontextu společnosti a jeho přínosů pro ni.

Potřeby provází celý život každého jednotlivce a zdraví je důležitým faktorem v jejich uspokojování. Úraz, infekce či další faktory mohou vést ke ztrátě zdraví krátkodobě, dlouhodobě či trvale. Pro člověka to znamená ztrátu autonomie, vznik závislosti na pomoci druhé osoby a nemožnost uspokojovat i potřeby ostatní. Zdravý člověk musí vynaložit mnoho energie na plnohodnotné fungování ve svém životě a společnosti, jedinec se zdravotním postižením jí potřebuje ještě více. Bojuje nejen se společností, ale především sám se sebou. Dopady jeho zdravotního stavu pociťuje nejen on, ale i jeho partner, rodina a blízké okolí. Práce se zaměřuje na osoby, jejichž život prošel náhlou změnou z důvodu změny zdravotního stavu partnera. Je proto nutné upozornit na všechny souvislosti, které jejich vztah ovlivňují.

## 2. 1 Terminologie

Společnost je možné zjednodušeně rozdělit do dvou skupin- osoby zdravé, intaktní a osoby se zdravotním znevýhodněním, postižením. *„Za zdravotní postižení se považuje dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň zmírnit, a který znamená výraznou redukci reálných možností i životních šancí člověka, omezuje jeho práceschopnost a negativně tak zasahuje do mnoha stránek kvality života postiženého.“* (Krhutová, Michalík, Potměšil, 2005, s. 199) V §3 zákona č. 108/ 2006 Sb. o sociálních službách je zdravotní postižení vymezeno jako *„tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“* (MPSV, b. r.) Práce se bude věnovat postižení tělesnému.

V souvislosti s tématem zdravotního postižení, v užším pojetí pak postižení tělesného, je nutné uvést rozdílnou terminologii. Definice nalezneme v materiálech Světové zdravotnické organizace z roku 1980 - v mezinárodní klasifikaci vad, postižení a znevýhodnění.

- *Vada (Impairment): jakákoliv ztráta nebo abnormálnost psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce.*
- *Postižení (Disability): jakékoliv omezení nebo ztráta (vyplývající z vady) schopnosti jednat a provádět činnosti způsobem nebo v mezích, které se pro lidskou bytost považují za normální.*
- *Znevýhodnění (Handicap): nevýhoda, vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení., která omezuje nebo znemožňuje, aby naplnili roli, která je pro tohoto jedince (s přihlédnutím k věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům) normální. (SONS ČR - Bubeníčková, b. r.)*

Z definice tedy vyplývá, že je nutné na člověka nahlížet jako na jedinečné a neopakovatelné individuum. Ačkoli více lidí může mít stejný typ postižení, záleží na jejich vnitřní síle a vnějších okolnostech, jak se postižením vyrovnají, jaké bude jejich znevýhodnění oproti intaktní společnosti.

## 2. 2 Dělení

Společným a určujícím znakem pro osoby s tělesným postižením je porucha hybnosti. Může se jednat o dočasný či trvalý stav, který vznikl poškozením pohybového aparátu - úrazem, nemocí či vadným vývojem. Mezi osoby s tělesným postižením řadíme i ty jedince, jejichž omezení vzniklo na základě nemoci, která přímo nezasáhla pohybový aparát, např. onemocnění nervové soustavy. J. Slowík (2007) v knize *Speciální pedagogika* dále uvádí, že v posledních letech jsou poruchy hybnosti stále častěji vázány na špatný životní styl. Jedná se například o nadváhu, deformity páteře z důvodu omezení pohybu a špatného držení těla a další. (Slowík, 2007)

Dle závažnosti je možné poruchy hybnosti rozdělit do tří skupin- lehké, středně těžké a těžké. U lehkých poruch jsou jedinci schopni samostatného pohybu, středně těžké poruchy hybnosti již znamenají nutnost využití ortopedických pomůcek. Osoby s těžkým tělesným postižením nejsou schopny samostatného pohybu. Jedním z dalších kritérií dělení postižení je právě pohyb. Jak uvádějí autorky E. Reitmayerová a D. Buřvalová ve své knize *Tělesné postižený*, je možné pohybové postižení členit z hlediska zachovalé hybnosti končetin dolních, horních, mluvidel a mimiky a kombinace uvedených částí. Dolní končetiny a schopnost jimi pohybovat, mají velký význam pro jedince . Umožňují mu samostatný pohyb, nezávislost na druhých lidech, možnost se prostorově lépe orientovat a získávání nových zkušeností se světem. Horní končetiny jsou prostředkem pro sebeobsluhu, pracovní činnost a díky nim může člověk vyjadřovat emoce k druhým lidem. Funkční mimika a mluvidla jsou zásadní pro rozvoj verbální i neverbální komunikace u jedince s postižením. Hrají velkou roli při jeho uplatnění na trhu práce i ve společnosti, napomáhají k lepšímu přijetí druhými osobami. Z uvedeného vyplývá, že zásah do každé části jedincova těla ovlivní průběh jeho života a každá neporušená část těla je velmi důležitá. Nejsložitější situace nastává u jedince s poruchou hybnosti celého těla. J. Slowík (2007) dále člení tělesná postižení na vrozená a získaná.

### 2. 2. 1 Vrozené tělesné postižení

Jedná se o poruchy vývoje vzniklé v době prenatalní či perinatální a raně postnatální. Příčin vrozených vad může být hned několik - infekční onemocnění matky v průběhu

těhotenství, užívání léků, rentgenového záření a především dědičnost. Důsledkem těchto vlivů mohou vznikat odchylky ve vývoji, mezi které řadíme různé změny na lebce či páteři. Vrozené vady lebky jsou například předčasný srůst lebečních švů, nadměrná, či výrazně malá velikost, tzv. makrocefalus a mikrocefalus. Další vrozené poruchy jsou rozštěpy rtů, čelisti, patra či páteře. Při chybném vývoji mohou být zasaženy i končetiny plodu - chybějící části končetin, jejich tvarová odchylka, případně jejich nevyvinutí. To jsou jen některé příklady, které mohou nastat při souhře všech negativních vlivů. Mezi vrozená tělesná postižení je řazena i dětská mozková obrna. Jedná se o „poruchu hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství (nejčastěji je vznik limitován věkem do 1 roku).“ ( Renotiérová, 2005, s. 206) Následky se projevují v oblasti hybnosti jedince, dále pak i poruchami řeči, psychomotoriky a celkovým opožděným vývojem hybnosti. (Renotiérová, 2005)

### **2. 2. 2. Získané tělesné postižení**

Mezi získaná tělesná postižení řadíme různé typy deformací a stavů po nemoci či úraze. Na rozdíl od vrozených postižení vznikají později v průběhu života jedince, který tak má srovnání se stavem původním a čeká ho náročná cesta vyrovnání a přijetí změněného těla.

Deformity, změny tvaru, vznikají nejčastěji špatným držením těla. Je nutné uvést, že deformity mohou být i vrozené, tato podkapitola se však zabývá pouze získanými. Jejich charakteristickým projevem je neobvyklý tvar určité části těla, nejčastěji se jedná o deformity v oblasti páteře. Příčiny jejich vzniku mohou být vnitřní, sem jsou řazeny dědičné vlivy, výživa, nerovnoměrnosti mezi vývojem a růstem dítěte aj. Další faktory, vnější, které ovlivňují rozvoj deformit páteře jsou nedostatek pohybu, obezita, předčasné posazování kojence aj. Mezi deformity páteře můžeme zařadit i vadné držení těla. Příklady tohoto držení jsou zvětšená krční lordóza, plochá záda, kulatá záda či zvětšená bederní lordóza. (Renotiérová, 2005)

Jak bylo výše popsáno, tělesné postižení může vzniknout i jako následek úrazu či nemoci. Úraz se jedinci může stát v dětském i dospělém věku, při dopravních nehodách, adrenalinových sportech, živelných katastrofách, při požáru, výbuchu a dalších situacích. Jedna malá situace může člověku obrátit celý život naruby, dochází k omezení jeho pohyblivosti, v případě dítěte je možné i zpomalení jeho vývoje a zhoršení jeho vzdělávání.

Mezi nejzávažnější poranění jsou řazena poranění mozku a míchy. Jeden z následků úrazu představují i amputace<sup>2</sup>. Každá ztráta části těla zanechá na jedinci následky. Nemusí to být na první pohled zjevné a amputaci se mu daří skrývat, i přesto však došlo k narušení jeho sebeobrazu a musí se s novou situací vyrovnávat a naučit se jí přijmout. Stejně tak jako u závažnějších poranění míchy a jiných pouřazových stavů. Porucha hybnosti může být i důsledkem onemocnění, které člověka trápí delší dobu. Je jich hned několik, jako příklad lze uvést revmatická onemocnění či dětskou infekční obrnu, která je dnes téměř vymýcena. Existují ale i mnohé další nemoci, jejichž diagnostika bývá složitá a jejich léčba je komplikovaná. (Renotierová, 2005)

Amputace, úraz i nemoc jsou komplikací pro každého člověka. Zasahují do jeho života, mnohdy velmi nenadále, a vše změní. Záleží pak na jeho síle a odhodlání, kam budou jeho životní kroky dále směřovat. Situace může být složitá a není jednoduché se s ní vyrovnat, nezáleží přitom na velikosti vzniklého pohybového omezení. Někdy málo viditelná změna znamená pro člověka mnohem větší bolest a přemáhání, než ztráta hybnosti celých končetin. Další roli v přijetí postižení hraje i bolest. Každý z nás na ní reaguje s jinou intenzitou a ačkoli se dnešní medicína snaží bolesti zamezit a předcházet jí, ne v každém případě je to možné. V kontextu postižení je nutné uvést, že je důležité tyto stavy řešit a především se zaměřit na jejich prevenci. U jedinců, kde již omezení pohybu vzniklo, přichází na řadu mnohdy velmi bolestivá rehabilitace, která může stav ještě výrazně pozměnit k lepšímu. V oblasti prevence je pak důležité působit na jedince již v průběhu formování jeho osobnosti, vytvářet u dětí dobré pohybové návyky, předcházet sedavému způsobu života, špatné životosprávě a jiným zlovykům, které zvyšují procento možného výskytu onemocnění omezujícího aktivní pohyb. (Renotierová, 2005)

## 2. 3 Srovnání

Nelze srovnávat nesrovnatelné, přesto však je na místě zapřemýšlet nad významem doby vzniku postižení. Kdo je na tom lépe - ten, co nikdy nepoznal své tělo bez postižení, nebo jedinec, který poznal své fungující tělo a má možnost srovnání? Není možné

---

<sup>2</sup> Amputace – přerušení a odstranění periferně uložené části těla, např. končetiny, pohlavního údu, prsu apod. Výkon se provádí až tehdy, není-li již naděje na záchranu příslušné části těla a dochází-li k ohrožení celého organismu, např. rozsáhlou snětí, gangrénou či zhoubným nádorem. (Vokurka, Hugo a kol., 2009, s. 47)

jednoznačně určit, kdo je na tom lépe. Lze jen stručně shrnout, co oba dva stavy přináší do života lidí s postižením. V případě vrozeného postižení došlo k poškození ve velmi raném věku dítěte, jeho celkový vývoj je tak zcela odlišný od ostatních dětí. Potřebuje většinou více času na rozvoj, podněty je nutné přizpůsobit jeho aktuálnímu stavu a možnostem. Na druhou stranu jedinec nikdy nepoznal nic jiného, nezná jiný stav a nemá tudíž možnost srovnávat. Jeho rozvoj je stimulován rozličnými podněty, jsou využívány rozličné pomůcky. Dítě si vytváří vlastní obraz a realizuje se, osvojuje si svou sociální roli, jde za svými přiměřenými cíly.

Postižení získané v průběhu života - pro tuto práci především poruchy hybnosti, které vznikly jako důsledek úrazu - znamená pro člověka změnu, obrat v jeho životě a nový začátek. Musí se vyrovnat se skutečnostmi, které se staly realitou, musí se naučit přijmout své nové tělo a začít přijímat i role s ním spojené. Je možné polemizovat, zda předchozí zkušenost a život s neporušeným tělem jsou výhodou, či nevýhodou v celém procesu přijetí postižení. Člověk po úraze si uvědomuje ztrátu, kterou utrpěl, ale na druhou stranu může využít své předchozí zkušenosti. Postižení zasahuje do života konkrétního jedince ve všech oblastech - fyzické, psychické i sociální. Především pro lidi zvyklé vést aktivní život, bez zdravotních komplikací, je úraz s trvalými následky velkou změnou, se kterou se jen těžko vyrovnávají. Jedná se o zásah do celého jejich bytí a ovlivňuje život i jeho okolí. Se změnou se musí vyrovnat nejen on, ale i jeho partner a nejbližší rodina. Jen málokdo se dokáže vcítit do pocitů osoby, která něco takového prožije. Jen málokdo se dokáže vcítit do role partnera, který najednou ztratil svou pevnou oporu a musí přemýšlet, co bude dál a jak danou situaci vyřešit. (Novosad, 2011)

Jak uvádí první věta podkapitoly, nelze srovnávat nesrovnatelné. Nikdo nemůže určit, kdo má výhodu, kdo je na tom lépe z hlediska vzniku postižení. Není to ani eticky správné, protože každé postižení je závažným stavem, který přináší komplikace pro jedince. Omezuje jeho hybnost, jeho možnost realizace, nutí ho vyvíjet každý den velké množství energie, aby mohl uspokojovat své potřeby a rozvíjet své možnosti. Lidé s vrozeným postižením neznají nic jiného, nemají srovnání a celý jejich život je zaměřen na rozvoj jejich možností, na podpoře a hledání těch nejlepších možností uplatnit se. Člověk po úraze či nemoci naopak možnost srovnání má a je před velkým rozhodnutím, zda bude vzpomínat a vracet se do doby, kdy byl zdravý, nebo se dokáže smířit s novou situací a pokusí se prožít další dny a roky plnohodnotně. Nastalá situace je v obou případech velmi náročná i pro nejbližší okolí,

v první situaci pro rodiče, v situaci druhé pro partnery. Všichni se musí přizpůsobit zcela novému stavu, rodiče se snaží přijmout fakt, že jejich miminko nebude nikdy stejné jako ostatní děti, partner je postaven před rozhodnutí, zda zvládne tuto novou situaci a bude člověku oporou v novém životě. Oba případy jsou velmi náročné a nelze nikomu vyčítat jeho postoj a zvolenou cestu přijetí či nepřijetí. (Novosad, 2011)

## 2. 4 Člověk a získané tělesné postižení

Díky pokroku lékařské vědy se prodlužuje délka lidského života. Lékaři mají i lepší možnosti zachránit jedince po úrazu, který by před lety byl i smrtelným. Ve společnosti tak přibývají lidé, jejichž pohybová aktivita, autonomie a soběstačnost jsou výrazně omezeny. To vše může vést ke krizi a zármutku u postiženého jedince. Autorky K. Ivanová a N. Špatenková (2004) uvádějí v knize *Krizová intervence pro praxi* poznatky autorů R. H. Moose a J. A. Schaefera, kteří se snažili vyjmenovat ztráty či změny, s nimiž se musí člověk vyrovnat. Patří mezi ně změna osobní identity, prostoru, kde se jedinec pohybuje, změny sociálních rolí, změny v souboru osob, které mohou poskytnout sociální oporu a v neposlední řadě změna perspektivy. Dále jsou zde uváděny faktory, které mají negativní vliv na psychický stav zasaženého jedince. Musí se vyrovnat s nepředvídatelností změn v jeho zdravotním stavu, s nejasnostmi v jeho diagnóze. Dostává se do kontaktu s lékaři a komunikace s nimi pro něj nemusí být právě jednoduchá. Také je stavěn před nutnost rychle rozhodovat a volit ve vážných věcech, které mohou ovlivnit celý jeho stav - např. podstoupení operace aj. Autorky dále popisují pocity, které jedinec prožívá. Mezi hlavní patří smutek - smutek ze ztrát a nastalých situací. S pocitem smutku souvisí i pocit vděčnosti, že je člověk stále živý. Dostavuje se bezprostředně po nehodě či úraze, které jedince ohrožoval na životě. Postupně si však jedinec uvědomí, že již nic nebude jako dřív, že se vše změnilo a dostavuje se pocit hněvu. Vděčnost se mění na vztek či zoufalství. Mezi další pocity patří nejistota, ztráta očekávání a naděje. Z počátku jedinec věří, že se vše zlepší, jeho zdravotní stav se změní k lepšímu a jeho stav není trvalý, postupem času nicméně dochází ke ztrátě i této ideální představy. Postižený jedinec a jeho okolí se snaží hledat alternativy, navštěvují různé lékaře. S postupujícím časem dochází ke ztrátě naděje na zlepšení, dostavuje se únava, smutek a zklamání. (Špatenková, 2004)



Ztráty mají dopad na celý život jedince, zasahují do jeho profesního i osobního života, ovlivňují jeho kvalitu života i ze stránky materiální. Výše ztrát se liší dle druhu postižení, ale také podle původní sociální role člověka. Když hudebník přijde o své prsty, či fotbalista o nohu, nemohou dále pokračovat ve svých rolích. Na druhou stranu člověk pracující v kanceláři může díky kompenzačním pomůckám ve svém zaměstnání pokračovat, v terminologii podle WHO se jedná o příklad handicapu. Pokud je postižení výrazně viditelné, např. je nutné využití kompenzační pomůcky - invalidního vozíku, většina společnosti pochopí omezení z něj plynoucí. Skryté postižení připravuje člověku větší zkoušku, společnost a okolí na něj kladou nároky, které není schopen zvládnout a dochází k prohlubování jeho pocitů smutku a bezvýchodnosti z nemožnosti splnit očekávané sociální role.

Postižení způsobí změnu v celém životě člověka a jeho okolí. *„Nejde o to, že by tělesné postižení nebo nemoc vytvářely samy o sobě nové vlastnosti nebo zásadní změny v osobnosti člověka. Dalo by se spíše říci, že každé porušení normálního tělesného nebo psychického stavu znamená víceméně zvláštní životní situaci, která činí životní podmínky složitějšími a náročnějšími.“* (Novosad, 2011, s. 17) Člověk s handicapem se snaží se svou situací vyrovnat jako všichni ostatní lidé v náročných životních situacích, nejčastějšími strategiemi jsou agrese a únik. Autorky E. Reitmayerová a D. Buřvalová (2007) ve své publikaci *Tělesně postižený* uvádějí agresivní a neagresivní řešení každodenních situací, se kterými se musí člověk se získaným postižením vyrovnávat. Mezi způsoby agresivního řešení zahrnují verbální agresi. Jedná se o slovní napadání, nadávky, ironii vůči těm, kteří ho vidí ve stavech nemohoucnosti. Dalším stylem řešení je agresivita přenesená na jiné lidi, předměty i vůči vlastní osobě- do této kategorie je zahrnováno sebepoškozování, fyzické napadání nebo záměrné zanedbávání sebe sama. Dále na sebe může strhávat pozornost, upřednostňuje se před ostatními, očekává starost o svou osobu, v rámci negativismu může shazovat sám sebe, aby na sebe upoutal pozornost. Mezi agresivní řešení spadá i hledání viníka vlastní situace a tedy i přenášení problémů na své okolí- za vše může lékař, okolí atd. Identifikace se silnější osobností a ztráta samostatnosti, hledání kompenzace, která pomůže vyrovnat vzniklý deficit v určité oblasti života jedince, jsou poslední z uvedených strategií. Na druhé straně autorky uvádějí úniková řešení situací. Jsou jimi přímý únik z tíživé situace, izolace, únik do nemoci, racionalizace, regrese a popření nebo potlačení nepřijatelné skutečnosti. Únik z tíživé situace se děje pomocí alkoholu, užívání drog, případně sebevražednými tendencemi. Při využití izolace se jedinec uzavírá do sebe a snaží se o izolaci od okolního světa, což může postupně vést až ke strachu

ze sociálních kontaktů. V případě racionalizace se jedinec vzdá svého cíle a hledá důvody, proč jich nemůže dosáhnout. Předposlední uvedená strategie – regrese - znamená nepřiměřené způsoby chování spojené s posunem zpět, na vývojově nižší úroveň osoby s postižením. Popření skutečnosti, že se stal úraz a jedinec má trvalé následky na pohybovém aparátu, jako strategie úniku, může vést až k nepřiměřeným reakcím na zmínky o jeho postižení. (Reitmayerová, Buřvalová, 2007)

Významnou roli v přijetí nového stavu a handicapu hraje společnost a její vnímání lidí s postižením. Lidé v minulosti nebyli zvyklí vídat osoby s postižením, tělesným či jiným, běžně na ulici. Proto déle trvalo přijetí faktu, že jsou mezi námi a nemusí trávit čas jen zavření doma. Bohužel ještě dnes společnost postižené nepřijímá zcela bez předsudků, je zde ale vidět výrazný posun k lepšímu. Literatura zmiňuje čtyři druhy předsudků vůči zdravotně postiženým osobám, respektive osobám s tělesným postižením. Prvním druhem předsudků jsou paternalisticko - podceňující. Intaktní společnost si myslí, že postižení lidé si zaslouží soucit. Pomáhající pak za ně rozhodují v dobré víře, že vědí, co je pro ně nejlepší, bez ohledu na jejich skutečný potenciál. Další typy předsudků se řadí do kategorie odmítavých. Z lidí s postižením jsou udělány přítěže pro společnost, nositelé těchto předsudků občany s postižením vidí jako neužitečné a neproduktivní, jako velkou parazitující skupinu. Postižení si jedinec zavinil sám, je to trest za jeho nezodpovědné chování. Protektivně-paušalizující postoj společnosti k osobám s tělesným postižením označuje předsudky o zvýhodňování postižených před intaktními. Přispívají k tomu i media a jimi podávané neúplné či nepřesně vyznívající informace o dávkách či příspěvcích, které jsou určeny pro osoby s handicapem. Poslední uváděné předsudky jsou označovány termínem idealizující. Kde příroda něco vzala, jinde přidala. Člověk sice nemůže chodit, ale za to je talentovaný malíř, má dobré srdce aj. Takové a další představy bohužel o vzorech vytrvalosti, síly a odhodlání nejsou založeny na faktech a převládají v nich emocionální prvky. Jak uvádí Novosad ve své knize *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*, hodné a poctivé lidi najdeme v obou skupinách, mezi zdravými i postiženými. (Novosad, 2011)

Život s tělesným postižením je plný specifík. Některá již vyplývají z výše popsaného textu, pro celkové pochopení tématu je však velmi vhodné je stručně shrnout. Osoby s tělesným postižením se vyznačují omezením, ztížením či ztrátou pohybových dovedností. Mohou mít problém s koordinací pohybů a jemnou motorikou. Jejich postižení se může zhoršovat vlivem vytváření patologických pohybových vzorců vedoucích k postupnému přetěžování určitých

částí těla, např. při chůzi o berlích dochází k postupnému poškozování kloubů horních končetin a jedinec je časem odkázán na invalidní vozík. Dále je u těchto osob zvýšená závislost na externí fyzické dopomoci a úpravě materiálních podmínek. Doživotní dodržování životosprávy a rehabilitace jsou další příklady omezení, lépe řečeno opatření, které k životu s handicapem patří. U některých jedinců se mohou projevit deprivace v oblasti citové i výkonové. Narušená komunikace z důvodu poškození mluvidel či přidružených komplikací, zkrácené sebepojetí či ztráta chuti k dalšímu rozvoji, to vše může provázet tělesné postižení. (Novosad, 2011)

Kapitola se věnovala terminologii a dělení tělesného postižení. Jedna z podkapitol se věnovala i otázce člověka a postižení, kde již byly poznatky přeneseny na člověka a jeho prožitky. Také zde byla zmíněna společnost a postoje jejích členů k lidem s odlišností v oblasti tělesné stavby.

První kapitoly jsou věnovány osobám s tělesným postižením. Práce má být věnována především jejich partnerům. Zde je nutné upozornit, že nelze pochopit prožitky člověka bez souvislostí. Těmi se rozumí prožívání jedince s postižením, které dopadá na celý vztah a prožívání partnera, bez ohledu na jeho pohlaví. Člověk v produktivním věku si mnohdy ani nepřipouští, že by mohl utrpět nějaký úraz a ani jeho materiální zázemí tomu není přizpůsobeno. Najednou k tomu dojde, co bude dál? Pacient leží v nemocnici a partner je doma sám se svými myšlenkami. Roli ve vyrovnávání a přijetí hrají společné prožitky, potomci, odolnost partnerů a pevnost jejich vztahu. Jedná se ale o tolik individuální záležitost, že není možné udělat jednoduchý návod, jak se se vším vyrovnat. Naopak by oba měli mít dostatek informací o tom, co je čeká a nač se mají (alespoň částečně) připravit. Partner se stane nejbližší osobou, která bude pečovat o jedince s postižením. Uvidí jeho bolest, smutek, ale i radost, pokroky a zlepšení. Měl by mu být nablízku a oporou. To je očekávání společnosti. Ale jaká je skutečnost? Jaké jsou prožitky člověka, který měl plnohodnotný vztah s vitálním jedincem a nyní je vše tak odlišné? Výčet významů těla pro život jednotlivce, přijímání těžkých zpráv, reakce, souhrn specifík, to vše by mělo partnerům pomoci v jejich těžké situaci, aby dokázali pochopit milovanou osobu a v ideálním případě jí i dokázali být nadále oporou.

### 3 Role partnera

Každý člověk by se měl alespoň někdy zamyslet nad tím, co pro něj partner znamená. Je důležité uvědomit si, kým pro něj partner je a podle toho zaujmout postoj k němu i ke vztahu. Všechna soužití procházejí vývojem a některá jsou i zatěžkána zkouškami, které partnerům přináší život. Jednou z nich je i nemoc či úraz. Ze dne na den dojde ke změně, která dá všemu zcela jiný směr. Partneři tak stojí před rozhodnutím, zda budou pokračovat a jak bude vztah vypadat.

*„V nemocnici mi kromě jiného asi nejvíce chyběl nějaký odborník, třeba psycholog, který by mi řekl, jak vše asi bude po úrazu probíhat. Někdo, kdo by mě připravil na to, že třeba budu mít stadium, kdy budu naštvaný a budu rvát, že se třeba budu chtít zabít, že se budu litovat... To jsou normální, přirozené reakce, ale já to nevěděl.“* (Falcířková, 2011, s. 68) Tak zní autentická výpověď člověka, který před 14 lety díky jednomu nepodařenému skoku do vody skončil upoutaný na invalidní vozík. Popisuje stavy lítosti i suicidální<sup>3</sup> sklony, křik a zlost. Pokud on sám neměl dostatek informací, proč a co se s ním děje, jak se s touto situací mohla vyrovnávat jeho partnerka?

Kapitola se věnuje problematice postižení z pohledu partnera. Každý vnímá nastalou situaci odlišně a role partnerů je často opomíjena. Pozornost je soustředována na pacienta, jenž utrpěl úraz. Jeho zdravotní stav se v určité míře odvíjí i od zázemí, které ho může podporovat či se k situaci postavit negativně. Postoje a prožitky partnerů jsou důležitou součástí procesu uzdravování se, vyrovnávání se s postižením a také nedílnou součástí vztahu. Partner by proto neměl být opomíjen, naopak by měla být vhodnou formou oceněna jeho role a měla by mu být také poskytnuta náležitá péče. Druhá část kapitoly se zabývá sociální oporou, jejím vysvětlením a významem proporce přijetí postižení.

---

<sup>3</sup> Suicidium – lat. sebevražda. Úmyslné a vědomé ukončení vlastního života. Podle výsledku se rozlišuje dokonaná a nedokonaná. K příčinám s. patří zkratové jednání, které má řešit určité potíže škola, partnerský vztah, často u mladých osob. Vysoké nebezpečí s. je u depresí. (Vokurka, Hugo a kol., 2009, s. 996)

### 3. 1 Partner a postižení

*„Tento člověk není ten, kterého jsem si vzala... Musím se rozloučit se vším, co naše manželství pro mě a naše děti znamenalo, a pokusit se adaptovat na nový vztah. Mohu jen milovat vzpomínky na něj, na to, jaký byl, kdo byl. Nemohu milovat člověka, kterým se stal.“* (Špatenková a kol., 2004, s. 67) Uvedená citace je jedním z příkladů reakce partnera na postižení. Při výběru partnera má každý stanovená určitá kritéria. Vyhledává vlastnosti, které potřebuje ke své spokojenosti. Jednou z nich může být i tělo. Nejen z důvodů estetických, tělo může být i symbolem opory, síly a společných zážitků. Je nutné odlišit situaci, kdy do vztahu vstupují lidé, kteří jsou navzájem seznámeni se svým zdravotním stavem, například jeden partner je trvale upoután na invalidní vozík. Znají své možnosti a nemohou tedy předpokládat výkony nad své možnosti. Oproti tomu vztah, do kterého vstupují dva zdraví jedinci, je více zatížen náhlým vznikem postižení. Nastává zcela nová situace, jeden z páru je zcela jiný po fyzické i psychické stránce, nedokáže dále plnit své úkoly a povinnosti, dočasně, dost možná i dlouhodobě. Ačkoli je dnes rozložení práce a povinností zcela na partnerech a jejich zvyklostech, úraz znamená změnu. Jeden z páru tak přebere roli druhého - péči o domácnost, případně i děti, zajištění finančních zdrojů, vyřízení všech záležitostí administrativních a další úkony. Důsledky postižení a jejich celkový rozsah se u každého páru liší nejen rozsahem vzniklého postižení u jednoho z nich, ale také jejich sociálními rolami, které vykonávají, případně vykonávali. Na rozdíl od vztahu rodič a dítě je partnerský vztah vystavěn na rovnocenném postavení obou v soužití. Zda vydrží i při takto změněné situaci, záleží na mnoha faktorech, kterými jsou např. jistota ve vztahu, odolnost partnerů, intenzita vztahu aj. (Špatenková a kol., 2004)

Význam v procesu vyrovnávání se se ztrátou mají i postoje společnosti a rodiny. Proto by i pomoc ze strany odborníků měla směřovat také k partnerům, nejen k pacientům. Jak uvádí autorka Špatenková (2004) v knize *Krizová intervence pro praxi dlouhodobá léčba a rehabilitace* mohou u jedince posilovat i falešné naděje na plné uzdravení a oddalovat tak proces přijetí zdravotního stavu. To platí v případě postiženého, ale také u jeho partnera. *„Stav po závažných onemocněních nebo úrazech se může zlepšovat jen velmi pomalu a konečný rozsah je značně nejasný a nejistý, někdy je obtížné odhadnout, zda se pacient vůbec někdy vrátí domů, zda se bude schopen postarat o své děti nebo se znovu vrátí do zaměstnání.“* (Špatenková a kol., 2004, s. 65) Ve vztahu mohou začít vznikat trhliny, zdravý jedinec může začít pociťovat zlost a nejistotu z budoucnosti a ztrátu očekávání z léčby a rehabilitací. Snaha

potlačit tyto negativní emoce jako předcházení komplikací u partnera pak může vést až k nejrůznějším komplikacím, především psychosociálním onemocněním. Fakt, že přijetí reálného stavu postiženého a ztráta nadějí ve zlepšení stavu může trvat i několik let, potvrzuje i žena, se kterou byl proveden rozhovor. Její partner je momentálně upoután na invalidní vozík, ke zlepšení jeho zdravotního stavu došlo, již nikdy však nebude chodit. Přesto si v prvních letech po jeho úraze zachovávala naději v jeho celkové uzdravení.

*„Na hematologické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci dělali kolegové výzkum, jehož jsem se částečně účastnila a který měl mimo jiné i zmapovat potřebu psychologické péče pro velmi nemocné a opakovaně hospitalizované pacienty (a zejména mladé, což je pro vyrovnávání se se smrtelnou nemocí závažná indikace). Zjistili však zajímavou věc, že zatímco pacienti téměř shodně udávali, že jim perfektní sociální i psychologickou podporu poskytuje rodina, rodinní příslušníci by naopak psychologickou pomoc uvítali (pro sebe) mnohem častěji. Často se cítí bezmocní, vyčerpaní, deprimovaní žalem a brzké ztráty nemocného, bez síly dávat tolik opory, kolik bylo potřeba.“* (Špatenková a kol., 2004, s. 65) Uvedený příklad se sice vztahuje k jinému okruhu pacientů, přesto však dokládá význam pomoci pro partnery ve složitých životních situacích. Rodina a blízké osoby patří k celému léčebnému a rehabilitačnímu procesu a měla by i jim být poskytnuta náležitá odborná péče, aby jejich zdraví a psychická pohoda byly ohroženy v co nejmenší a nejnutnější míře. Pomoc by měla směřovat k postiženým a jejich partnerům v několika oblastech, zahrnujících složky emoční i adaptační. Je důležité, aby došlo ke smíření s novým tělem partnera a k jeho přijetí, což je těžké a někteří lidé mohou mít sklon ke vzteku či k víře v jeho plné uzdravení. Dalším důležitým faktorem ovlivňujícím přijetí partnera je možnost ventilace emocí. Je jasné, že úraz přináší různé emoce u všech zúčastněných a je nanejvýš vhodné, aby oba z partnerů měli prostor k projevu, i když se jedná o pocity negativní. Jejich zadržování by mohlo vést k dalším negativním dopadům na vztah, ale i duševní pohodu partnera a postiženého. V neposlední řadě by pomoc měla směřovat do oblasti překonávání překážek v oblasti adaptace na novou situaci, odhalování špatných adaptačních mechanismů a hledání efektivnějších. (Špatenková a kol., 2004)

### 3. 2 Sociální opora

Jak bylo uvedeno výše, podporu v tak náročné situaci, jakou je úraz jednoho z partnerů potřebují oba partneři. Postižený ji většinou získává právě od partnera. Ten se naopak může cítit ve své situaci osamělý a bezmocný. Jednou z možností pomoci je i sociální opora. Zjednodušeně jí je možné vysvětlit jako pomoc jednoho člověka druhému. (Křivohlavý, 2010) „*Sociální opora se nejčastěji chápe jako neformální, poskytuje jí především blízké okolí, přirozená sociální síť.*“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 56) Je nutné upozornit na dvojí roli partnera postiženého. Je zároveň poskytovatelem i příjemcem sociální opory. Poskytuje jí právě své blízké osobě po úraze, na druhou stranu i partner potřebuje být někým podporován. V opačném případě je pro něj situace stresující a vysilující, pokud je navíc po něm opora vyžadována nepřiměřeně, může docházet k rozvoji a prohloubení jeho úzkosti a ke zvyšování jeho psychické a fyzické zátěže. Pro úspěch je nutné respektovat jednoduché pravidlo. Poskytovatel by měl vědět, jak oporu dávat, aby byla skutečně efektivní. Na druhou stranu i příjemce by měl znát způsob, jak jí účinně přijímat. Pouhé dobré úmysly nemusí být pro poskytování sociální opory dostačující. (Kohoutek, Čermák, 2009)

Oporu je možné dělit podle několika náhledů na ni - například jak je přijímána, jak je účinná a kvalitní. Psychická, praktická, očekávaná a obdržená, poskytovaná a přijímaná opora – to jsou příklady jednoho typu dělení. (Baštecká a kol., 2005) Při jeho tvorbě B. Baštecká vycházela ze tvorby jiných autorů, především z monografií J. Křivohlavého. Tento autor uvádí druhy opory ve své v knize *Sestra a stres*. Jsou jimi instrumentální opora, informační pomoc, emocionální a hodnotící opora. **Instrumentální oporou** se rozumí poskytnutí i zdánlivě banální pomoci člověku v tíživé situaci, kterou může být odvoz na určité místo, zavolání pomoci aj. Jedná se tedy o materiální a hmotnou, případně finanční podporu. **Informační pomoc** se pojí k naslouchání toho, co chce potřebný sdělit, co si přeje vykonat či zjistit a zároveň poskytnutí zpráv o tom, zda je s jeho přáním nějak nakládáno. **Emocionální podpora** zahrnuje poskytnutí kladných emocí, kterými jsou víra a empatie, dává jedinci možnost promluvit s chápajícím člověkem. **Hodnotící opora** mu pak poskytuje informace a rady, jak by se měl se svými problémy vyrovnat.

Dalším důležitým faktorem v procesu vyrovnávání se s nastalou situací je dostupnost pomoci. Pro zasažené jedince je podstatné vědomí dostupnosti a dosažitelnosti pomoci. Na druhou stranu může být pro některé situace natolik komplikovaná, až u nich převládne pocit, že jim okolí není schopno pomoc poskytnout. Přestože je pomoc dostupná, osoby v okolí jsou

ochotné a přístupné jí poskytnout, může být jedincem odmítána nebo přehlížena z pocitu výjimečnosti, hrdinství, či představě, že jeho stav nemohou ostatní pochopit. (Kohoutek, Čermák, 2009) Autor J. Křivohlavý (b. r.) ve svém článku *Implementace - intervenční postupy sociální opory* uvádí, že efektivní opora by měla vykazovat určité charakteristiky. Měla by jedince v náročné situaci spíše přitahovat, než ho k něčemu nutit, což platí i o člověku oporu poskytujícím. Opora by měla mezi dvěma jedinci vytvořit vztah vzájemnosti, nikoli, že jeden z nich dává a druhý pouze přijímá. Stejně tak je to i s jejich zaujímáním rolí, neměla by budit dojem jejich neměnného rozdělení - role poskytovatele a role přijímatele. Mezi další znaky efektivní podpory patří vedení jedince k vyšší míře sebehodnocení, poskytování mu větší volnosti a zároveň by měla odstraňovat pocity přijímatele, že je pro poskytovatele zátěží a je mu na obtíž. (Křivohlavý, b. r.)

V předchozí kapitole bylo porovnáváno postižení vrozené a získané, zde byla tato problematika přenesena na partnerství ve smyslu odlišnosti vztahu, kde je jeden z páru již osobou tělesně postiženou a vztahu, kde se tak stalo až v průběhu soužití, následkem úrazu. Cílem této kapitoly bylo upozornit na význam partnera a jeho roli v procesu přijetí postižení. Často bývá opomíjen z důvodu toho, že jeho tělo nebylo ničím zasaženo a jeho rány nejsou viditelné. Mnohdy bývá ale zásah na duši mnohem komplikovanějším, pokud není jedinci včas poskytnuta účinná pomoc. Význam sociální opory bylo možné spatřit i v rozhovorech, provedených s konkrétními ženami v náročné situaci, jakou je úraz partnera. Není možné podporu pouze poskytovat, někdy je nutné i načerpat sílu. Pomoci proto může nejbližší okolí partnerů, jejich přátelé či rodina. I menší nabídnutá pomoc, například v podobě úpravy interiéru či zapůjčení většího automobilu na přepravu, může být vnímána jako sociální opora a dodat jedinci pocit, že není na vše sám.



## 4 Dostupnost informačních zdrojů

První dny po úraze jsou těžké pro pacienta, jedince v lékařské péči, ale také pro jeho partnera a blízké. Zásadní roli zde hraje informovanost a dostupnost informací, nejen o zdravotním stavu partnera, ale také o možnostech léčby a především o tom, co lze v budoucnu očekávat. Úraz se může stát komukoli a ne každý si za partnera zvolil absolventa zdravotnické školy, případně nějakých rekvalifikačních kurzů z oboru ošetrovatelství. Logickým krokem je tedy vyhledávání informací v dostupných zdrojích.

Práce je zaměřena na partnery, nikoli pouze na jedince, kteří utrpěli úraz, či došlo jiným způsobem k poškození jejich těla. Pacientům by informace měl podávat především jejich ošetřující lékař. Co má ale dělat partner, který se vrací domů sám a přemýšlí, jak má dál fungovat? I partner má právo na informace a především na ty pro něj podstatné. Jak se má zachovat, na co se má připravit, kde hledat podporu aj. Bohužel, problematika poúrazových stavů u partnerů není zpracovaná formou, která by byla pro konkrétní jedince v takové situaci dostupná. Jsou odkázáni na vyhledávání informací na internetu, v literatuře a známých. Často tak získá informace z doslechu, o jejichž kvalitě lze spekulovat.

Kapitola je proto věnována zdrojům informací, které mohou partneři vyhledávat. Internet, literatura či sdružení jsou nejčastějšími informačními zdroji, proto jim je tato kapitola věnována. Cílem této kapitoly je zároveň upozornit na nedostatečné pokrytí problematiky a výraznou mezeru v podpoře a informovanosti partnerů. Kapitola je sestavena na základě vlastního šetření, které vznikalo při hledání relevantních informací pro tuto práci a jako další vodítka sloužily i provedené rozhovory s konkrétními partnery.

### 4.1 Internet

V dnešní době rozvoje moderních technologií se stává internet nedílnou součástí téměř každé domácnosti, případně je dostupný na veřejných místech např. v knihovnách. Dostupnost tohoto zdroje má jistě své výhody i nevýhody. Internet by se stal neocenitelným pomocníkem zejména tehdy, pokud by poskytoval ucelené a především věrohodné a použitelné informace. Bohužel na něm jde zveřejňovat články a rady bez korektur a kontrol odborníků. Mezi čtenáři se najdou i lidé, kteří nedovedou rozlišit kvalitní zdroj od nekvalitního. Na základně nevěrohodného článku si určí diagnózu i léčbu onemocnění,

dodržují mnohdy nesmyslné doporučení a jen si ubližují. Stejně tak zde mohou partneři nalézt informace a aplikovat je při poskytování domácí péče. Lze jen doufat, že objevy ze sítě budou konzultovat s lékaři, kteří jim potvrdí či vyvrátí jejich validitu.

Na druhou stranu je nutné uvést, že když partner narazí na kvalitní zdroj, případně na něj bude odkázán, je internet velkým interaktivním pomocníkem. Díky němu se může navázat spojení s lidmi, kteří by pro něj byli za jiných okolností vzdáleni a nemuseli by se nikdy potkat. Zdrojem informací se pak pro něj stanou osoby, které se ocitly ve stejné situaci a kromě potřebných rad poskytnou i pocit, že člověk není v tak komplikované životní etapě sám. Na internetové síti se také prezentuje velké množství odborníků z řad lékařů, kteří si plně uvědomují potřebu lidem poradit. Zakládají tak poradny, kam je možné bezplatně zaslat dotaz a dozvědět se nějaké informace či získat další kontakty. V neposlední řadě sílu internetu pochopila i většina sdružení určených pro lidi s handicapem i pro jejich blízké a snaží se svou pomoc nabízet na internetových stránkách. Bohužel, jejich propagace není mnohdy dostatečná a partner bez předchozích zkušeností s jejich hledáním je nemusí hned objevit. Mnoho lidí si nepředstavuje, že se dostane do tak komplikované situace a problematiku tělesného postižení přechází.

## **4. 2 Sdružení**

Pomoci lidem se snaží i nejrůznější sdružení, vznikající po celé České republice. Některá mají celorepublikovou působnost, jiná jsou zaměřena na svou konkrétní lokalitu, podle které jsou upraveny i cíle přesně podle potřeb konkrétní oblasti. Zakládajícími členy zpravidla bývají lidé, kteří si s sebou nesou určitou zkušenost z oblasti působení organizace, mnohdy jimi jsou i partneři samotní. Impulsem k založení může být i nedostatek informací a z nich plynoucí pocit bezmoci. Sdružení mají ve své působnosti péči o postižené, ale nejsou lhotejní ani vůči jejich partnerům. Pořádají kurzy, semináře, setkávání rodin a přátel postižených. Pozornost zaměřují i na odborníky a získávají nejnovějších informací v oblasti léčby i prevence komplikací. Mohou být přizváni i k řešení otázek týkajících se komunitního plánování sociálních služeb. Mezi další nabízené služby je možné zařadit půjčovny kompenzačních pomůcek, vydávání literatury, poskytování sociálních služeb, provozování denních stacionářů a chráněných dílen a další. Sdružení hrají nezastupitelnou roli v oblasti poskytování pomoci lidem nejen s tělesným s postižením. Některé organizace využívají k přiblížení problematiky

postižení společnosti i známé a vlivné osobnosti, s jejichž podporou pořádání charitativní večery, sbírky, sportovní odpoledne, trhy výrobků či bazary. Jejich působení může být zaměřeno i na vydávání vlastního časopisu týkajícího okruhu jejich působnosti. Snaha organizací vede i k zisku financí na provoz a rozvoj další pomoci.

### **4. 3 Monografie**

Partner se vrací z nemocnice a je doma sám, má čas na přemýšlení a zařizování věcí. Pro nalezení klidu a naděje může zvolit literaturu. Nabídka na trhu je velmi široká a rozmanitá, bohužel jen minimum publikací se týká zmíněného tématu. K dostání je mnoho knih z lékařské literatury, jedná se však o odborné publikace, které se zabývají jednotlivými obory medicíny a neobsahují pro laiky zpracovatelné informace. Podobně je to i s dalšími obory, jako jsou speciální pedagogika či právo. Monografií, které by byly napsány na základně odborné znalosti problematiky, avšak pro laickou veřejnost srozumitelně je minimum. Jejich obsah se často vztahuje k problematice narození postiženého dítěte a strategiemi, jak se s tím vyrovnat. Téma získaného postižení po úraze je v literatuře zmíněno jen velmi okrajově, spíše mizivě. Většinou se jedná o příklady, které mají potvrdit probírané téma knihy. Samotný popis situace a stavů, které má partner očekávat a nač se má připravit nejsou publikovány

### **4. 4 Brožura, volně dostupný materiál**

Na základě provedeného rozhovoru se ženou, jejíž partner utrpěl vážný úraz s trvalými následky, a na základě studia dostupných zdrojů je více než zřejmá role informací na kvalitu života partnerů po úraze. Především u velmi komplikovaných úrazů s trvalými následky vyžadujících neustálou péči a dohled, by bylo vhodné partnery a rodinu pacienta informovat podrobně o tom, co je bude čekat a kam se mohou případně obrátit s žádostí o pomoc. K tomu by mohla sloužit brožura, která by byla dostupná na odděleních urgentního příjmu, traumatologie aj. specializovaných pracovištích, tedy na specializovaných pracovištích, kde se často jedinec po úraze nachází. Publikace by se měla stát pro partnera návodem, jak pokračovat v budoucnu, v horizontu dní i měsíců, s ohledem na vážnost zjištěné diagnózy.

Základním posláním a cílem publikace by bylo poskytnutí ucelených informací, jak dále postupovat a kam se obrátit pro případnou pomoc. Každoročně se stane několik set lidí následkem úrazu závislých na invalidním vozíku a pomoci druhých. Je tedy jasné, že několik set partnerů a rodičů se cítí bezmocných. Ocitají se v nové situaci a najednou neví, co bude dál, jak mají pokračovat. Brožura by se stala i velkým pomocníkem pro zdravotnický personál, především pro lékaře. Právě oni jsou první, kdo přichází do kontaktu s partnery pacientů a jejich rolí je oznámení diagnózy a prognózy. Jsou tak prvními, kdo vidí emoce a reakce lidí, kteří se musí adaptovat na novou životní situaci. Díky přehlednému zdroji by jim tak mohli poskytnout informace, které vyžadují. Zdravotnický personál je školen k poskytování výborné ústavní péče, ne všichni jsou ale odborníky na péči domácí. Lékař je také jen člověk a nemusí znát úskalí, které návrat pacienta do domácí prostředí skrývá. Proto by brožura byla přínosem i lékaře a ostatní ošetřující personál, mohl by partnerům poskytnout doplňující informace a potřebné návody k provádění péče, na které by se za jiných okolností mohlo zapomenout.

Při přípravě na návrat jedince po úraze do domácího prostředí nejde pouze o péči o jeho osobu. Je potřeba zajistit i dostatečné materiální zázemí- lůžko, potřeby pro hygienu, případně provést nutné bytové úpravy. To vše by mohla brožura obsahovat, upozornění, co je nutné upravit, odstranit či doplnit. Informace by měly zahrnovat i podrobnosti o legislativě, zda je možné zažádat o nějaké mimořádné dávky aj. a na které úřady se obrátit. Dále by měla obsahovat kontakty na pomáhající sdružení, případně návody jak je vyhledat, kontakty na odborníky z oborů psychologie, speciální pedagogiky i ošetřovatelství.

Úraz se může stát každému, nezáleží na jeho vzdělání či sociálním postavení. Proto by publikace měla být dostupná a přínosná i pro blízké osoby, které se nepohybují v oblasti sociální práce, případně zdravotnictví. Cílem by tedy mělo být vytvořit monografii napsanou srozumitelnou formou, podávat informace přehledně a odkazovat na další dostupné informační zdroje. Na jejím vytvoření by se měli podílet odborníci a především lidé, kteří si touto náročnou zkušeností prošli. Oni dokáží vyhodnotit, které informace jsou v nastalé situaci nezbytné a mohou zdroj doplnit o vlastní poznatky. Odborníci se mohou vyznat ve svých oborech, pouze prožitá situace ale může poskytnout autentické informace, které se postupem let formulují do neocenitelných rad a návodů.

## **4. 5 Ostatní zdroje**

V dnešní době se osoby s tělesným postižením dostávají do popředí i v zájmu filmařů a dokumentaristů. Dnes již není tabu hledět na jedince na vozíku a je normální, že i tito lidé se stávají rodiči a starají se vzorně o své potomky. Jelikož jsou jejich životní role ztíženy, jsou ideálními vzory pro natočení celovečerních filmů i dokumentárních snímků. I výsledky této tvorby mohou být návodem pro partnery, jak mohou zpracovat svou situaci. Jejich zhlédnutí nutí i intaktní společnost k zamyšlení, jaký má k postiženým postoj a odbourává jejich zbytečné předsudky. Lze je tedy chápat jako materiál přínosný pro celou společnost.

Další informace by měl partner získat v rámci sociálního poradenství v institucích k tomu určených. Role sociálního pracovníka spočívá v pomoci a podání informací, jak se ke stavu pacienta staví legislativa, na jakou pomoc má momentálně ze zákona nárok. Mohou tak nasměrovat partnera k získání prostředků na úpravu bydliště postiženého a k zajištění odborné péče. Na procesu začlenění postiženého do společnosti a stabilizace jeho zdravotního stavu se podílí celý tým odborníků, rady proto mohou poskytovat i speciální pedagogové, pracovníci agentur domácí péče i dobrovolníci. Ti všichni se mohou stát významnou oporou pro okolí postiženého. Ne vždy je s ním totiž možná verbální komunikace a speciální pedagog jim může pomoci vytvořit speciální systém dorozumívání. V případě ošetrovatelské péče pomohou zdravotní sestry, které denně dojíždí poskytovat péči do domácností pacientů a mohou jejich partnery proškolit, jak některé jednoduché úkony provádět. Záleží tedy na postoji konkrétního páru a jejich zájmu o pomoc, o její aktivní vyhledávání a komunikaci s příslušnými organizacemi.

## **4. 6 Příklady informačních zdrojů**

V této podkapitole jsou uvedeny konkrétní příklady zdrojů, kde jeden z páru může nalézt informace a podporu. Jejich volba byla zcela subjektivní, podpořená vlastními zkušenostmi a také dle zkušenosti dotazovaných žen. Dále byla zohledněna jejich dostupnost a také jejich prezentace a tedy i jejich znalost mezi členy společnosti.

#### 4. 6. 1 Život bez bariér

Jednou z mnoha nestátních neziskových organizací, které se snaží pomoci lidem s postižením, je i Život bez bariér. Jedná se o občanské sdružení pro vzdělávání, sport a odstranění bariér se sídlem v Nové Pace. Bylo založeno v roce 2004 a jeho posláním je „vyrovnávání příležitostí mezi lidmi se zdravotním postižením a lidmi bez postižení. Sdružení usiluje o naplňování potřeb lidí se zdravotním postižením.“ (ZBB, b.r.) Vzniklo jako následek událostí, které se staly v životech zakládajících členů. Byl to právě úraz, který dva z nich upoutal na invalidní vozík. Oni a jejich partnerky si museli projít náročnou změnou celého života, hledat informace, žádat o pomoc. Proto se rozhodli ostatním jejich cestu k novému životu usnadnit. Jako cíl si členové stanovili „pomáhat tělesně postiženým lidem s překonáním všech bariér, které je dělí od naplnění jejich snu - tedy aktivního a smysluplného života po boku ostatních zdravých lidí.“ (Život bez bariér, 2004, s. 2) Organizace se prezentuje pomocí internetových stránek a také pořádáním akcí přístupných pro širokou veřejnost. V příloze je uveden informační leták sdružení, který upozorňuje na existenci sdružení a obsahuje i kontakty, kam je možné se obrátit. (příloha č. 1) K prosinci roku 2011 mělo sdružení 26 členů a 41 zaměstnanců. Dobrovolně jim pomáhalo dalších 10 lidí. Klientelu tvořilo 240 osob s postižením, což je oproti roku 2010 nárůst o 82 uživatelů.

Činnost sdružení směřuje ke zkvalitnění služeb pro lidi s postižením v oblasti Nové Paky, působnost ale sahá po celém Královohradeckém a dokonce i Libereckém kraji. Pro lepší naplňování cílů byl sdružením zakoupen areál bývalé nemocnice v Nové Pace, který prošel rozsáhlou rekonstrukcí a stal se významným bezbariérovým centrem. Sdružení je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb. Patří mezi ně denní stacionář, sociální rehabilitace a odborné sociální poradenství. Denní stacionář působí od roku 2010 v Centru Klášter. Služba je určena osobám se sníženou soběstačností, které vyžadují pomoc jiné osoby. Je poskytována ve všední dny, mezi 7:00 a 15:00 a je plně hrazena uživatelem. Je určena pro osoby ve věku 16 - 80 let s mentálním, tělesným i kombinovaným postižením. Maximální kapacita zařízení je 15 osob. Mezi základní poskytované činnosti patří pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně případně poskytnutí podmínek pro její provedení, poskytnutí stravy. Dále jsou pro klienty připravovány výchovné, vzdělávací a aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Všechny další informace sdružení zveřejňuje na svých internetových stránkách. Je zde možno nalézt žádost o přijetí, ceník i vnitřní řád. (ZBB, b. r.)

Sociální rehabilitace je druhou poskytovanou službou. Díky dotacím je momentálně bezplatná a maximální kapacita klientů je 30 osob na den. „*Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonů běžných, pro samostatný život nezbytných činností, alternativním způsobem využívajícím zachování schopností, potenciálů a kompetencí.*“ (MPSV, b. r.) „*Cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením a senioři, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Jedná se zejména o osoby s chronickým duševním onemocněním, s chronickým onemocněním, s jiným zdravotním onemocněním, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním, tělesným, sluchovým, zrakovým či zdravotním postižením a seniory ve věku od 11 do 80 let.*“ (ZBB, b. r.) V rámci služby jsou klienti podporováni k osvojení dovedností, kterými jsou například obsluha běžných spotřebičů, péče o domácnost, orientace ve vnitřním i vnějším prostoru a další. Cílem je, aby si byl jedinec s postižením schopen sám nakoupit, uvědomoval si hodnotu peněz, nebo si dokázal sám dojít k lékaři. (ZBB, b. r.)

Organizace je poskytovatelem odborného sociálního poradenství určeného pro osoby se zdravotním postižením, seniory v nepříznivé sociální situaci a také pro rodinné příslušníky a blízké osoby zmíněných skupin. Realizace služby probíhá formou vyřizování žádostí, pomoci a podpory. Zároveň klienti mohou využít i půjčovnu kompenzačních pomůcek, která je hrazená klientem. Ostatní části jsou bezplatné, poskytované ambulantně. Cílem je osobám zprostředkovat kontakt se společenským prostředím, tím se rozumí předávání tolik nezbytných informací a kontaktů na další organizace a instituce, nabídka účasti na různých společenských a kulturních akcích. Dále se pracovníci pomocí služby snaží uživatele i rodinu motivovat k aktivnímu přístupu k životu a posílit jejich sebevědomí. Informační leták o poskytovaném poradenství je přiložen na konci práce. (příloha č. 2)

Sdružení od roku 2005 také provozuje chráněnou dílnu<sup>4</sup>. Její výrobky je možné zakoupit na internetových stránkách sdružení a také na prodejních výstavách, které jsou pořádány

---

<sup>4</sup> „**Definice chráněná pracovní dílna:**

*Dle ustanovení § 76 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších změn a doplňků je chráněnou pracovní dílnou pracoviště zaměstnavatele vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném stavu zaměstnáno nejméně 60% zaměstnanců.*

*Osobou se zdravotním postižením je dle ust. § 67 odst. 2 zákona č. 435/2004 Sb. fyzická osoba, která je:*  
a) orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidní ve třetím stupni – osoby s těžším zdravotním postižením  
b) orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidní v prvním nebo druhém stupni

několikrát ročně. Sdružení Život bez bariér se zapojuje do mnoha projektů, jeho členové organizují sportovní turnaje pro zdravotně postižené a také hudební festival. Je velkým přínosem v péči o osoby s postižením v okolí Novopacka. Díky spolupráci s dalšími významnými organizacemi se snaží rozvíjet povědomí o postižení, snaží se pomáhat a podporovat rodiny, ve kterých žijí tito lidé. Zasazuje se také o rozvoj sportu a sportovního zázemí pro zdravotně postižené osoby.

#### 4. 6. 2 Tvorba ČT

Media provází běžný den snad každého člověka. Noviny, rádia a v neposlední řadě i televizní kanály se staly dostupnějšími i díky rozšíření internetu. Dnes je možné v pohodlí domova číst nejčerstvější zprávy a sledovat i některé pořady online. Divák si díky internetu může zvolit čas i místo, kde se bude dívat. Tuto možnost nabízí mimo jiné i Česká televize (ČT), kterou jsem zvolila jako jeden z možných informačních zdrojů.

Česká televize byla zřízena ke dni 1.ledna 1992 a je složena ze třech organizačních částí, jimiž jsou ČT Praha, Televizní studio Brno a Televizní studio Ostrava. Vysílání probíhá na čtyřech kanálech se specifickým zaměřením. Pro tuto práci je významná především dokumentární tvorba, kterou je možné zpětně zhlédnout i archivu televize. 13. komnata, Partnerské ladění, Ta naše povaha česká, Jak se žije... To je jen několik pořadů, kde mohou partneři, ale i celá společnost hledat informace předávané srozumitelnou formou, která využívá zkušenosti a prožitky aktérů.

Dokumenty z cyklu 13. komnata se věnují slavným osobnostem a jejich problémům. Snaží se ukázat lidem ve společnosti, že i slavní mohou překonávat životní překážky. V kapitole o informačních zdrojích jsou tyto dokumenty uvedeny zcela záměrně a mají zde bezpochyby své místo. Ačkoli se jedná o slavné osobnosti, představitele určitých profesí či životních stylů, jejich zkušenosti jsou přenositelné na ostatní. Při sledování se divák dozvídá o prožitcích konkrétních lidí a způsobech jejich řešení. Lze tak přeneseně říci, že právě toto odhalení mu může poskytnout informace. Zjistí, že na své prožitky a stavy není sám a nemusí se stydět. Uvidí, že i ostatní lidé mají problémy, nejen ti obyčejní, ale i slavní. Navíc v každém díle

---

*c) rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými – osoby zdravotně znevýhodněné“ (InHelp, b. r.)*



spolupracují i odborníci a divák tak dostává řadu kontaktů, kam je možné se obrátit. Zpovědi jednotlivých aktérů obsahují i rady a návody, co jim pomohlo a mohou být tak inspirací pro lidi v obdobných situacích. Dalším zajímavým pořadem je talk show s názvem Partnerské ladění. Výjimečným jej dělá především spolupráce odborníků, mimo jiné psychoterapeuta, partnerského poradce, psychologa a sexuologa, a zároveň zapojení široké veřejnosti, diváků v sále, ale i lidí u obrazovek, pomocí sociálních sítí. Pořad si bere za cíl hovořit o partnerském životě a o všem, co je s ním spojeno. Některé díly jsou kromě diváků doplněny i o přítomnost známých osobností, které mají s probíraným tématem vlastní zkušenost. Mezi odvysílanými tématy je možné nalézt i problematiku partnerství a nemoci, na základě jehož zhlédnutí bylo formulováno téma celé práce. Televize a pořady v ní všeobecně jsou zdrojem informací téměř pro celou společnost. Jedná je o jedinečné médium, o jehož síle nelze pochybovat. Správná volba pořadu může pomoci nejen osobám s postižením, ale i jejich partnerům a ostatním členům společnosti. (Česká televize, b.r.)

#### **4. 6. 3 Centrum Paraple**

Pokud do života člověka zasáhne náhle úraz, snaží se najít pomoc i na základě vzpomínek a předchozích zkušeností. Jedno z toho může být i Centrum Paraple. Především díky režisérovi Zdeňku Svěrákovi, který se stal zřejmě nejvýraznější osobností této instituce, je Centrum v povědomí široké veřejnosti. Jedná se o spojení známé tváře se společností, která si za léta působení vybudovala stabilní postavení v poskytování pomoci osobám s poškozením, které mohlo vzniknout úrazem i jako důsledek dlouhodobého onemocnění.

Obecně prospěšná společnost Centrum Paraple vznikla v roce 2010 a působí v Praze. Historie Centra je však velmi bohatá a zasahuje již před rok 1990. V tomto roce bylo založeno občanské sdružení Svaz paraplegiků, jehož působení předcházela činnost několika dobrovolníků. Působili na poli pomoci osobám po úrazů míchy, snažili se s nimi navazovat kontakty, poskytovat jim potřebné rady a podporu. Práce Svazu paraplegiků zahrnovala i setkávání vozíčkářů i ostatní veřejností ve snaze sblížení. Pro zvýšení efektivity sdružení bylo v roce 1994 otevřeno poradenské a rehabilitační Centrum Paraple. Vzniklo tak místo, kde byla poskytována odborná individuální péče. Místo, kam se lidé mohli obracet a kde mohli získávat informace. Centrum prošlo celou řadou proměn, velmi významná byla v roce 2010, kdy byla založena obecně prospěšná společnost. (Centrum Paraple, b. r.)

„Člověk s postižením míchy zpět v plnohodnotném životě.“ (Centrum Paraple, 2010, s. 3)  
Tak zní vize společnosti. Jejím posláním je poskytování služeb lidem s poškozením míchy a jejich rodinám. Zároveň se věnuje i vzdělávání odborníků, kteří služby těmto lidem poskytují. Hlavní činností společnosti je poskytování sociálních, zdravotních a dalších terapeutických služeb, zaměřených na zlepšení fyzického a psychického stavu. Dále jsou zde poskytovány i služby vzdělávací. Centrum Paraple se snaží i poskytovat informace o problematice poškození míchy široké veřejnosti, pořádá vzdělávací, kulturní, společenské a sportovní akce, také se věnuje i činnosti nakladatelské a vydavatelské. Informace o službách je možné nalézt na internetových stránkách Centra, které působí zároveň jako jeden z hlavních propagačních zdrojů. Jednotlivé programy jsou realizovány ve formě pobytové i ambulantní. (Centrum Paraple, 2010).

Popsané informační zdroje jsou vybrány na základě subjektivního vnímání jejich významu. Volba probíhala především na základě vlastní zkušenosti. Pokud se zamyslíme nad situací partnerů, kteří se před úrazem nezajímali o existenci nějakých sdružení či sociální služby, jsou právě televize a internet velmi významnými zdroji informací. Centrum Paraple, především činnost Zdeňka Svěráka a jeho veřejné koncerty a sbírky či pořady České televize zaregistruje okrajově téměř každý člen společnosti. V tak vypjaté situaci, kterou úraz je, pak stačí i malá vzpomínka a partneři se mají kam obrátit. Proto je tolik významná osvěta a propagace, o kterou se všechny tři uvedené instituce a především jejich členové a zaměstnanci snaží.

Cílem kapitoly bylo upozornit na situaci v oblasti dostupnosti informací pro osoby s postižením a jejich partnery. Obsahuje shrnutí jednotlivých zdrojů a konkrétní příklady míst, kde je možné čerpat informace. Jedna z podkapitol je věnována i návrhu na tvorbu materiálu pro partnery, který by jim byl poskytnut již ve zdravotnickém zařízení a podával jim návod, jak se v následujících dnech zachovat, co připravit, případně kde hledat pomoc.

## 5 Vlastní šetření

Kapitola je věnována provedenému výzkumu. Obsahuje stanovený cíl a zdůvodnění jeho výběru. Další části se věnují metodologii, zvolenému způsobu získání dat a jejich vyhodnocení. Jedna z podkapitol popisuje vybraný zkoumaný vzorek a specifikuje podmínky, které dotazovaní museli splňovat. Je uvedeno i vysvětlení, proč byly tyto podmínky stanoveny. V neposlední řadě se kapitola věnuje interpretaci získaných dat a především jejich zhodnocení.

### 5.1 Cíl výzkumu

Cílem mnou provedeného výzkumu bylo zmapování emocí a prožitků člověka, jehož partner utrpěl závažný úraz s trvalými následky. Jelikož je tato problematika prozkoumána jen velmi okrajově, spíše mizivě, jedná se o popsání jedinečných stavů konkrétních osob.

Volba tématu vycházela z mé zájmové práce s osobami s postižením, díky které s e dlouhodobě zajímám o jejich problematiku. Téma partnerů a jejich prožitků je zahaleno řadou mýtů a zkrslených představ. Snažím se vypomáhat ve sdružení, jehož aktivity směřují k dětem s handicapem a jejich rodičům. Díky tomu jsem se dostala do kontaktu s okruhem osob, kterým není osud těchto lidí lhostejný. Viděla jsem spoustu rodičů odhodlaných bojovat za své dítě a sledovala, jakých pokroků společně dosahují. Měla jsem možnost poznat i práci fyzioterapeutky, která věnuje svou energii a čas na to, aby se stav dětí zlepšil, nebo alespoň stabilizoval. Viděla jsem radost z maličností, které všichni tito lidé mají. Právě z tohoto důvodu jsem se rozhodla zabývat otázkou postižení. Tématem výzkumu se v první fázi měli stát samotné osoby, které utrpěly úraz. Tento výzkum však není možné provést z důvodu zkrslení výsledků a také z důvodů etických.<sup>5</sup> Proto bylo téma po konzultaci s odborníky

---

<sup>5</sup> Jak jsem po provedení průzkumu s odbornou rehabilitační pracovnící, která se zabývá i osobami po úrazech, není možné získat zcela objektivní informace o bezprostředních prožitcích jedince po úraze. Většina jejich klientů je nyní se stavem již smířená a proto o úraze hovoří zcela jinak. Svou roli zde mají i tisíce léky, které jsou pacientům v nemocnici podávány. Díky nic nemusí situaci vnímat zcela jasně, v celém kontextu. V případě výzkumu v rehabilitačních centrech by byly jasně porušeny etické zásady práce s klientem. Je nevhodné, aby se student dotazoval klientů na jejich stav a nevhodným položením otázky či špatným přístupem ovlivnil jejich rehabilitační proces. Jak vyplývá z provedeného šetření a také z dříve popsané kapitoly o roli partnera, mohou si osoby po úraze i jejich blízké okolí po dlouho dobu uchovávat víru a naději ve zlepšení, případně celkové uzdravení a návrat zdravotního stavu do doby před úrazem. Není proto možné klientovi rehabilitačního ústavu oznámit, že jeho stav je neměnný a hovořit s ním o jeho pocitech.

změněno na tematiku partnerů a jejich prožitků. Z mé vlastní zkušenosti vyplývá, že velká část rodičů se po narození postiženého dítěte snaží bojovat a starat se o svého potomka a kompenzovat jeho nedostatky. Jak je to ale v případě partnerů? Lidé v produktivním věku, do úrazu zcela zdraví jedinci, či bez výraznějších zdravotních komplikací, se náhle ocitají upoutaní na lůžko, invalidní vozík, nebo je nějakým způsobem výrazněji porušeno jejich tělesné schéma. Má vlastní rodina byla zasažena nehodou, jejímž následkem byla amputace. Proto sama vím, že není jednoduché se na člověka dívat bez emocí a je potřeba o situaci hovořit. Jak se tedy cítí partner, jehož blízká osoba je náhle tak jiná? Cílem tohoto výzkumu se proto stalo odhalit vnitřní pocity a prožitky partnerů, bez ohledu na postoje členů společnosti. Je jednoduché soudit druhé osoby, pokud neznáme jejich složitou situaci a nevidíme jejich rozhodnutí v souvislostech.

## 5. 2 Metodologie výzkumu

Pro účely této práce a splnění stanoveného cíle byla vybrána metoda kvalitativního výzkumu, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. *„Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“* (Miovský, 2006, s. 18) Přístup má několik charakteristik, které ve své knize *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* uvádí autor M. Miovský (2006). Jsou jimi především jedinečnost a neopakovatelnost. Využitím zmíněného přístupu je možné se věnovat jevům, které nejsou tolik obvyklé a především - každá osoba je cítí a posuzuje odlišně. Další charakteristikou je kontextuálnost. Psychologie obsahuje pravidla či zákonitosti. Pouze o minimu z nich však lze konstatovat, že platí obecně. Naopak mnoho z nich je vázáno jen na určitý kontext, lze je tedy aplikovat jen na určitý jev, v určitém čase a prostoru. Při výčtu příznačných vlastností kvalitativního přístupu je nezbytné zmínit i procesuálnost a dynamiku. Je nutné respektovat celý proces vývoje zkoumaného fenoménu - jeho vznik, rozvoj i zánik. Dynamika pomáhá odhalovat průběh procesu. Jejím zkoumáním je možné odhalit faktory ovlivňující proces a především kvality, kterých tyto vlivy nabývají. V neposlední řadě je velmi významnou vlastností kvalitativního přístupu i reflexivita. Jedná se o vstup výzkumníka do procesu, který zkoumá. Ať už přímo či nepřímo je ovlivňuje, vzniká vztah mezi ním a zkoumaným, vliv je oboustranný. Na základě výše popsaných charakteristik je možné vytvořit definici. *„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách*

*přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*“ (Miovský, 2006, s. 18) Přednostmi kvalitativního výzkumu jsou mimo jiné i získání podrobného popisu a vzhledu zkoumaného jedince či skupiny, zkoumání fenoménu v přirozeném prostředí a možnost reakce na aktuální situaci a podmínky. Naopak nevýhodou je jeho časová náročnost a také fakt, že výsledky mohou být snadno ovlivněny výzkumníkem a jeho preferencemi. (Hendl, 2008)

### **5. 3 Zkoumaný soubor**

Výzkum byl pevně ohraničen stanoveným cílem. Proto do zkoumaného souboru mohly být zahrnuty pouze osoby, které splňovali mnou zvolené podmínky. První podmínkou byl stanoven vztah s partnerem, kterému se stal náhlý úraz. Osoby s dlouhodobě trvajícím onemocněním a jejich partneři byli vyloučeni. Na případné komplikace a zhoršení zdravotního vztahu se mohou postupně připravovat, jsou seznámeni s možností léčby aj. Zda jsou osoby stále v partnerském vztahu roli nehraje, jelikož jde o bezprostřední prožitky zdravého partnera a jeho reakce na úraz. Pokud jejich vztah nepřetrvává, mohou do výzkumu i tak přinést autentické informace, doplněné o důvod rozchodu, pokud zde byla jasná souvislost s úrazem. Další stanovenou podmínkou byl věk dotazovaných. Odlišné postoje k postižení partnera mají lidé, které tato situace zasáhla po mnohaletém společném soužití či ve stáří. Na základě této mé domněnky byla proto skupina dotazovaných omezena věkovou kategorií 18- 55 let, tedy na jedince v produktivním věku.

Původním záměrem bylo srovnání prožitků a postojů mužů a žen. Bohužel se výzkumu účastnili pouze ženy. Z tohoto důvodu nelze upozornit na shody či odlišnosti v jejich pocitech a postojích. S žádostí o spolupráci jsem se obrátila na sdružení i jednotlivce. Nakonec jsem využila i sociální síť, díky kterým jsem získala cenné kontakty a osoby ochotné se na výzkumu podílet. Díky zaměření na partnera jsem byla nucena odmítnout konkrétní jedince s postižením, kteří na rozdíl od partnerů byli podstatně ochotnější se výzkumu zúčastnit.

## 5. 4 Metoda získávání dat

Tvorba dat<sup>6</sup> je realizována pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Autor Miovský (2006) jej uvádí jako jednu z možností využití metod moderovaného rozhovoru. Moderované interview se řadí mezi nejobtížnější a zároveň nejvýhodnější metody pro získání kvalitativních dat. Klade velké nároky na výzkumníka, na jeho schopnosti vyjadřovat se a také pozorovat. Pozorování je nezbytné ke vzniku dobrého interview. „*Z terminologického hlediska termínem interview označujeme takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie.*“ (Miovský, 2006, s. 156) Autor se zároveň přiklání k používání termínu interview, čímž je lépe odlišena výzkumná metoda od obyčejného rozhovoru v běžném životě. Interview je prováděno s jednou až třemi osobami, při větším počtu se již jedná o interview skupinové. Dalšími faktory ovlivňujícími jeho průběh a kvalitu jsou prostředí a denní doba, která by měla respektovat potřeby dotazovaného. Významnou roli hraje i samotný tazatel, respektive jeho chování, věk a pohlaví. Výzkumník samotný je součástí procesu a podílí se na tvorbě dat. Jeho vystupování a schopnost vyjadřování ovlivní celý výsledek. Polostrukturované interview se řadí mezi nejvíce využívanou metodou a nachází se na pomezí strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Je náročné na technickou přípravu. Tazatel by si měl vytvořit okruh otázek a témat, kterým se musí věnovat - tzv. jádro interview. Jejich pořadí může dle situace zaměňovat, aby dosáhl maximálního zisku dat. K jádru pak přidává množství doplňujících otázek a témat, které vhodně rozšiřují původní zadání. Při zpracování je pak možné s nimi pracovat, či je zcela vynechat. Obvykle jsou však velmi přínosné a usnadňují lepší uchopení tématu. Důležitým prvkem je autentičnost tazatele a přirozenost jeho projevů. Pro možnost lepšího zpracování a vyhodnocení dat byl se souhlasem dotazovaných využit zvukový záznam, doplněný písemným záznamem o pozorování. V tomto případě byly jádrem interview otázky o věku dotazovaných a jejich vztahu s partnerem po úraze. Dále pak byly přidány i otázky o jejich prožívání. Jak již bylo zmíněno výše, u otázek je možné zaměňovat jejich pořadí a doplňovat je dalšími dotazy, dle situace. V příloze je uveden vypracovaný záznamový arch s předběžně formulovanými otázkami, kurzivou jsou doplněny poznámky, co má otázka vyjadřovat apod. (Příloha č. 3)

Interview bylo realizováno v domácím prostředí dotazovaných. Přestože všechny ženy souhlasily s rozhovory a účastí ve výzkumu, z jejich postojů bylo čitelné, že mě jen nechtěly

---

<sup>6</sup> Termínem tvorba dat je označován celý proces jejich získávání. (Miovský, 2006)

odmítnout. Některé z odpovědí byly stručné, spíše jednoslovné. Mohu se pouze domnívat, zda u nich převládala obava se více otevřít a sdělit informace neznámé osobě, kterou jsem pro ně byla. Celkem jsem provedla tři interview. Všechna velmi lišila přístupem dotazovaných. Lze usuzovat, že to bylo způsobeno jejich odlišnými životními situacemi a stavem vyrovnání se s úrazem partnera. Dvě z dotazovaných žen bydlí v těsném sousedství. Od první dotazované ženy získala tak kontakt na ženu, která prožívá obdobnou situaci, označenou jako druhou dotazovanou. Zároveň mi poskytla i informace o ní a jejím počátečním přístupu k postižení partnera. Umožnila mi tak zařadit některé získané informace do širších souvislostí. Třetí dotazovanou ženou byla zakladatelka sdružení Života bez bariér, jejíž manžel utrpěl velmi závažné poranění páteře a zůstal plně upoután na invalidní vozík. Při tomto polostrukturovaném interview bylo náročné udržet téma hovoru zaměřené na ženu, nikoli na prožitky jejího partnera. Díky možnosti pokládat doplňující otázky a díky pozorování bylo možné získat významná data pro tuto práci, která by při využití metod kvantitativního výzkumu ani nebyla obsažena.

Vytvořená data z rozhovorů je nutné zpracovat. K tomu byla vybrána metoda obsahové analýzy, přesněji pak **interpretativní obsahová analýza** (tj. analýza zkoumající také implicitní významy skryté v textu či jiné formě). M. Miovský (2006) chápe obsahovou analýzu jako široké spektrum jednotlivých metod a postupů, které slouží k analýze jakéhokoli textového dokumentu. Cílem je objasnit jeho význam, zvláštnosti v oblasti stylistické i syntaktické, případně objasnit i jeho strukturu. K interpretaci textu je možné využít několik metod a pohledů, přičemž nelze přesně určit, který je správný či chybný. V celém procesu hraje i významnou roli osoba výzkumníka. Právě jeho pohled je klíčový pro celé hodnocení výzkumu. Z tohoto důvodu by měl jasně uvést, jak hodlá na problematiku nahlížet, případně tuto volbu zdůvodnit. (Miovský, 2006)

Přístupy k obsahové analýze mohou být rozlišeny na teoretický a deskriptivní. Při deskriptivním se výzkumník opírá o získaný materiál, jedná se o analytickou indukci. Zjednodušeně lze říci, že při tomto přístupu jsou vytvářeny teorie. Oproti tomu teoretický slouží k ověřování již vytvořených teorií a výzkumník se tolik nedrží zdrojového textu. (Plichtová, 1996 in Miovský, 2006) Při aplikaci obsahové analýzy se postup dělí do několika základních fází. Nejprve je nutné stanovit dokumenty pro analýzu, dále je nutné údaje shromáždit a provést jejich třídění. Z těchto dat se následně vytvoří kategorie

s odpovídajícími kódy. Každý výrok může mít v různém kontextu jiný význam, to je nutné si uvědomit a brát na to zřetel.

Pro vyhodnocení dat z provedeného výzkumu bylo využito otevřeného kódování. Jedná se o první fázi procesu kódování. Významové jednotky jsou v textu vymezené úseky, jenž jsou nositelem nějaké informace. (Glaser & Strauss, 1967 in Miovský 2006) V případě tohoto typu kódování jsou jednotky složeny z pojmů, které označují jednotlivé události, například jevy, pocity a soudy. *„Kategorie je třída pojmů, která vzniká tím, že vzájemně porovnáváme a třídíme významové jednotky a v nich obsažené pojmy a snažíme se zjistit, zda náleží jinému podobnému jevu (významové jednotky se z různé části překrývají), nebo jinému jevu nenáleží a tvoří tedy samostatný odlišitelný celek.“* (Miovský, 2006, s. 228 – 229) Takto jsou pojmy seskupovány do vyššího řádu, který je nazýván kategorií. Vlastnostmi se pak rozumí znaky či charakteristiky, které náleží kategorii. Posledním pojmem je dimenze, což znamená umístění vlastností na škále. Úkolem celého procesu kódování je podněcovat objevování kategorií, jejich vlastností a dimenzí.

## 5.5 Analýza dat

Sesbíraná data bylo nutné roztrždit a vytvořit jednotlivé kategorie. Členění vycházelo z částí interview a také z chronologických posloupností – seřazeno od doby před úrazem až po adaptaci na nastalou situaci. Obsáhlost kategorií se odvíjí od ochoty dotazovaných odpovídat na jednotlivé otázky. Některé kategorie jsou tvořeny převážně jen z odpovědí jedné ženy, zakladatelky sdružení. Partnerka s označením Ž2 odpovídala na otázky velmi stručně, pečlivě formulovala odpovědi a interview neobsahovalo podrobné detaily. Vztah třetí ženy, která se zúčastnila výzkumu, skončil pár dní po úraze. Z tohoto důvodu s ní nebyly nějaké části interview realizovány.

Zkoumaný vzorek vytvořili celkem tři ženy. Pro rozlišení jejich výpovědí bylo použito zkratk Ž1, Ž2 a Ž3. Dvě jsou stále ve vztahu s partnerem po úraze, třetí je již vdaná za jiného muže. Životy jim změnilo nepodařené skok do vody vedoucí k poranění míchy u partnera první z nich, partner druhé ochrnil následkem špatné injekční aplikace léku v oblasti páteře. Poslední dotazovaná žena hovořila o pracovním úraze partnera, jehož noha zůstala zaklíněná v pásu kombajnu. Došlo u něj ke ztrátě velké části svalů z končetiny, což vedlo k omezení její hybnosti a také ke vzniku výrazného estetického defektu.



**Ž1** – věk 29 let, úraz utrpěl bývalý partner, délka vztahu 4 měsíce – 3 měsíce před a 1 měsíc po úraze, momentálně v manželství s bratrem bývalého partnera, přátelský vztah s druhou dotazovanou (Ž2). Závěr výzkumu se věnuje hledání informací o postižení a změnám v partnerském vztahu. Jelikož jejich vztah byl ukončen, nejsou její odpovědi tolik obsáhlé.

**Ž2** – věk 29 let, stále ve vztahu s partnerem, délka vztahu celkem 14 let, 10 let v manželském svazku, úraz se partnerovi stal 6 let po svatbě, 2 děti ve věku 9 a 7 let. Její výpovědi byly velmi stručné, odměřené, výzkumu se zúčastnila především kvůli přátelství s předchozí dotazovanou. Oproti ostatním dotazovaným, partner této ženy utrpěl úraz relativně nedávno, v roce 2008.

**Ž3** – věk 50 let, stále ve vztahu s partnerem, délka vztahu 30 let. K úrazu u partnera došlo po 16 letech vztahu. O tématu hovořila velmi otevřeně, poskytla mi velké množství dat. S partnerem založili sdružení, jehož cílem je poskytování pomoci lidem s postižením. Vzhledem k výraznému časovému odstupu již přistupovala k některým informacím s nadhledem. Bylo možné pozorovat, že je momentálně velmi spokojená a vyrovnaná. Interview s ní trvalo - v porovnání s ostatními - výrazně déle. Jako jediná hovořila zcela otevřeně a upřímně. Poskytla mi i informace, které získala letitou zkušeností práce a setkávání se s lidmi s podobným osudem. Na druhou stranu bylo poznat, že je zvyklá poskytovat rozhovory, což mohlo ovlivnit některá poskytnutá data. Její odpovědi velmi často odbíhaly od ní k manželovi, často hovořila o jeho prožitcích, postojích a vlastnostech. Bylo potřeba jí vést k myšlenkám a výpovědím o své osobě.

Pro větší přehlednost zpracovaných výsledků byly vytvořeny následující kategorie: **vztah partnerů**, **okolnosti úrazu partnera** a **adaptace na novou situaci**. Pro zachování autentičnosti nebyly při přepisu interview opravovány nespisovné výrazy. Jména a města byla vynechána.

### 5. 5. 1 Kategorie - Vztah partnerů

Tato část vznikla jako úvodní, stručná kategorie, která ovšem do výzkumu patří. Prožitky dotazovaných žen a jejich následná rozhodnutí mohou být ovlivněny délkou vztahu, ale i potomky. Kategorie dále zahrnuje i stručné informace o partnerovi.

*„ Stalo se mu to, když jsme spolu byli 3 měsíce, pak už jsme spolu chodili jen měsíc. ... Děti žádný nemáme. ... V době nehody mu bylo 24 let, byl mezi náma 6 roků rozdíl.“ (Ž1)*

*„Celkem jsme spolu 14 let, z toho 10 jsme manželé. Manžel ochrnul za 6 let od svatby. ... Děti máme dvě, synovi je 9 a dceři 7.“ (Ž2)*

*„Jsmo spolu 30 let... 14 let už bude na vozíku, takže polovina života s ním. ... Máme syna, tomu bude 30 let teďka.“ (Ž3)*

*„Povoláním byl a je zemědělec v rodinné firmě, chovatel koní a ptáků - papoušci, andulky a tak.“ (Ž1)*

*„Pracoval jako vedoucí směny na logistickém dispečinku ve Škodovce. ... Sportoval a byl hodně akční.“ (Ž2)*

*„Manžel byl úplně zdravěj člověk, hrozně aktivní, sportovec. ... Měli jsme firmu, pracoval s bagrem a stavěli jsme bazény.“ (Ž3)*

Dvě z dotazovaných žen žili s partnerem před úrazem již několik let a mají i společné potomky. Třetí dotazovaná byla ještě velmi mladá, navíc se jejímu příteli stala nehoda po pouhých 3 měsících vztahu. Délka vztahu a společně budované zázemí může mít roli i na vůli či ochotě přijmout postižení a snažit se ve vztahu pokračovat. Při rozhovoru třetí dotazovaná žena uvedla, že pokud by se jejímu partnerovi nestal úraz, je přesvědčená o konci vztahu. Naopak úraz jim dal nový směr a životní cestu, následně založili občanské sdružení s cílem pomáhat lidem s postižením.

## 5. 5. 2 Kategorie - Okolnosti úrazu partnera

Úraz je náročná situace pro oba partnery. Tato kategorie výzkumu je zaměřena na prožitky dotazovaných, které si pamatují z chvil bezprostředně po nehodě, případně na okolnosti úrazu. Jedná se o nesrovnatelné situace. Každá z dotazovaných se nacházela v zcela odlišné etapě života, stejně tak i jejich partneři. Rozhovory poskytly popis situace, co se stalo a jak bylo s partnerem zacházeno. I to může hrát velkou roli v procesu adaptace na nově vzniklou situaci.

*„Chtěl strhnout plevel z ucpaného pásu na kombajnu, který nevypnul a dělal to nohou. Pás mu nohu vtáhnul do kombajnu. ... Koncem září, když jsem měla opět dojet jsem měla telefon ..., že ... strčil nohu do kombajnu. ... Bylo to divný, celou cestu vlakem cca 3 hodiny mi v hlavě lítaly různé myšlenky, nic více mi zatím neřekli a já nevěděla, jak hrozné to s tou nohou je a celkově jak mu je, kde je a co s ním je.“ (Ž1)*

*„ Cesta mi trvala vlakem cca 3,5 hodiny. v Hlavě mi šrotovalo, jak se mu to mohlo stát. On byl pomalu ten nejzodpovědnější v rodině, co se bezpečnosti týče. A hlavně jak je to s ním vážné, kde je, co se s ním děje a tak. ... Sem tam se stalo,že se nějaký pás ucpal plevelem nebo natí. Tenkrát se ucpal ten zadní ... Normálně to ... čistil tak, že do toho strčil tyčí, ale tenkrát - už se ani neví proč - to chtěl potlačit nohou, že se to rozjede. Měl rozvázanou tkaničku, kterou ten kombajn navinul. Pak botu i s nohou a nakonec než ... vypnul traktor, který musel kvůli zamknutým dveřím celý oběhnout, mu to sežralo celou nohu až nahoru a jen křičel bolestí. Okamžitě zavolali záchranku. Po chvíli dojeli i hasiči, kteří ho měli vyprostit z toho. Nakonec ho z toho kombajnu vysvobožovali bratři a celý kombajn dvě hodiny rozšroubovávali. ... odvezla záchranka do ..., kde ho nechali ležet na lehátku přikrytého celou noc nějakou plachtou na chodbě. Ráno, když došel doktor se ho zeptal jestli jede přímo z pole a když zjistil ,že nedostal žádnou pomoc a už tam leží cirka 12 hodin, začal doktor řvát, jak je to možné ... poslali ho letecky do ..., kde konstatovali, že noha bude dobrá, ale sval už de facto žádný nemá. A bude muset prodělat několik plastických operací a učit se znova chodit od začátku.“ (Ž1)*

*„V nemocnici ... po aplikaci injekce ochrnul na půl těla, od prsou dolů. ... Dozvěděla jsem se o tom telefonem od manžela. ... Lékaři v ... pouze mlžili a nic neřekli. Po převozu ... byli lékaři báječní.“ (Ž2)*

*„Ten jeden den slavil 35 let, šli jsme ke známějm. A on tam viděl bazén, do kterýho si samozřejmě skočil. ... Stalo se to, co se stalo. Zůstal ležet nehybně na vodě vlastně hlavou dolů, se nám ještě podařilo ho otočit. On se teda jako by probral a říkal: „Hele, já nic necejtím.“ Ještě nás teda navigoval, říkal: „Přineste dveře, dejte je pode mě.“ ... „Necejtím nic“, říkal. Pak už upadl do bezvědomí, tak jsme zavolali záchranku. ... a tam zjistili, že má zlomenej třetí, čtvrtěj a část páteho obratle, krční a nevědí, jak porušenou míchu. ... Ještě tu noc ho vlastně začali operovat, byla jsem tam, bylo to strašný.“ (Ž3)*

Příčina úrazu byla v každém případě zcela odlišná, proto musela být zahájena i odlišná léčba. Dvě z dotazovaných se ale shodli na nespokojenosti s lékařskou péčí. Partner první dotazované byl dle jejích slov 12 hodin bez náležitého ošetření, ponechaný pouze na nemocniční chodbě, bez zájmu lékařů. Následně byl dvakrát transportován do jiného zařízení, kde již byla kvalitní péče poskytnuta.

K úrazu druhého muže došlo přímo v nemocnici, po aplikaci léku pomocí injekce do oblasti páteře. Cílem není zde odhalovat příčiny, lze vycházet pouze z jedné dostupné výpovědi. Je však možné vyslovit domněnku, že špatná komunikace ze strany zdravotnického personálu v zařízení mohla mít negativní dopad na prožívání konkrétního páru. Ani jeden z nich nevěděl, co se děje. Muž z úst lékařů slyšel diagnózu paraparéza, tedy ochrnutí poloviny těla. V jeho případě se jednalo o ochrnutí dolních končetin s prognózou, že se jedná o trvalý stav bez možnosti změny. Partnerku informoval manžel telefonicky. Bohužel nebylo z výše popsaných důvodů zjištěno více informací.

Poslední dotazovaná žena byla naopak přítomna u události, během které došlo k úrazu jejího manžela a poskytovala mu první pomoc. Hovořila s ním, slyšela jeho slova a viděla jej, jak upadl do bezvědomí. Nikdo si nejspíš nedovede představit, co prožívala a jaké měla myšlenky, když viděla svého partnera v takovém stavu. Byl to velký sportovec, urostlý muž a najednou jej odváželo vozidlo záchranné služby. V první nemocnici nebylo možné jej ošetřit, proto byl transportován do větší, krajské nemocnice. Zde již byla stanovena jeho diagnóza. Jeho partnerka byla v šoku, prožívala náročnou situaci a nevěděla, co se bude dít, co bude dál.

### 5. 5. 3 Kategorie - Adaptace na nastalou situaci

Poslední zvolená kategorie je zároveň i neobsáhlejší. Obsahuje vše, s čím se ženy musely vyrovnávat, co prožívaly a jak se cítily. Jedná se o stěžejní část celého výzkumu, zároveň i celé diplomové práce. Právě jejich prožitky i chování jsou podkladem pro případný vznik další práce. Poskytují i poznatky všem čtenářům práce a vedou je k zamyšlení nad významem partnerství. Mohou u nich vyvolat i myšlenky o významu partnerského vztahu a rolí jednotlivých partnerů v něm. Pokud se tak stane, dojde k naplnění vize celé práce – upozornit zdravé členy společnosti, že nic není jistota a měli by si vážit všeho, co mají.

S přihlédnutím na rozmanitost a obsáhlost byla kategorie ještě dále rozdělena na menší hodnocené podkategorie. Celé problematika tak může být i lépe objasněna. Jednotlivé části se zabývají prožitky partnerek bezprostředně po zjištění, že jejich partner se zranil a hledáním zdrojů informací pro pochopení situace. Poslední kategorie patří shrnutí změn ve vztahu.

#### 5. 5. 3. 1 Prožitky po úraze partnera

První část této kategorie se věnuje situaci prvních hodin a dní po události. Mapuje pocity žen a jejich snahu reagovat na nastalou situaci. Snaží se přiblížit prožitky a odhalovat hluboké vnitřní pocity žen. V závěru jsou doplněny i výpovědi o naději a víře ve zlepšení stavu partnera.

*„Ulevilo se mi, když mi řekli, že noha se zachrání, ale pohled na jeho zranění byl příšerný. Jenže člověk nemůže ucuknout, když vidí, jak tam partner leží a ukazuje co mu zbylo z nohy – prostě nemůžeš říct fuj a odvrátit pohled. Musíš se na to podívat a povzbudit toho člověka, ať už si myslíš, co chceš. Musíš mu říct, že to bude dobré a že se to spraví nějak. Pohled ukrutný, ale více jak noha mi vadil pohled na jeho zadek, odkud mu brali kůži a přikládali ji na nohu, aby se mu to zacelilo a obnovili tím kožní soustavu či co. Už mu to neměli ani odkud brát a museli počkat na dorostení kůže. ... Pocity po úraze byli hrozně smíšené, v člověku koluje spousta otázek nebo představ, co když přijde o nohu, co když už se nepostaví, co když z něj bude mrzák. Pocit beznaděje byl prvních pár dnů, než se člověk dostal do nemocnice, kde doktoři definitivně řekli, že noha se zachrání. ... Určitě jsem neměla pocit, že od něj musím utéct, ba naopak. Chtěla jsem být s ním, chtěla jsem ho podržet, že se to zvládne,*

*že se dá dohromady a že nás to třeba ještě více sblíží. Tenkrát jsem ho měla strašně ráda a myslím, že svým způsobem ho mám ráda dodnes, jen trošku jinak.“ (Ž1)*

*„Na situaci jsem reagovala velice špatně. Měla jsem strach o manžela a velký strach z budoucnosti. Co s námi bude a jak to vše zvládneme. ... navštěvovala jsem ho jak jen to šlo. ... Prožívala jsem smutek, samotu a prázdno. Oporou pro mě byly děti.“ (Ž2)*

*„Kdybych s ním byla dva tři roky, tak bych utekla. Ale když už tam máte něco svého, nějakou materiální, majetky. Máte dítě, byť v té době zlobivý. A když se na něj podíváte, jak leží na tom lůžku, byť nehybně. Na to se nemůžu vykašlat, to nejde.“ (Ž3)*

*„Mě srážela taková ta bezmoc, že prostě... Víte co, když tady nemáte toho mužskýho, co vám něco udělá. Všechno. ... já jsem si tady připadala strašně. Ten barák velkej a já to nezvládala, vůbec. A nikdo mi nepomohl, byla jsem strašně sama. Ta samota. On tady je, ale on mi s ničím nepomůže, tak jsem na všechno sama.“ (Ž3)*

*„Bezmoc, totální bezmoc. Ale ta vám vydrží tak tejdén, furt tomu nevěříte. ... To je blbost, to se prostě nestalo. A najednou začnete zjišťovat, že se to prostě stalo. Začnete zjišťovat, že se to prostě stalo, že nemůžete mít doma koberec ... že nemůžete mít doma schody, protože se s ním budete tahat každém den. ... zešedivěla jsem, ztloustla jsem. Trvalo mi to asi dva roky, než jsem se dala do pořádku. ... Oni maj pacienta, ale to co jsem já, to nikdo neřeší. Takhle to prostě je. Třeba to je jiný, ... ale takhle to prostě bylo.“ (Ž3)*

*„... já vlastně jsem měla volno od čůrání k čůrání, to bylo moje volno. Já jsem byla závislá na tom, že jsem musela. Já jsem měla dvě hodiny na to, abych si všechno zařídila. Kdybych tady nebyla, tak by to byl průser. A to bylo něco, co jsem neznala, najednou. Že teď tam musíte být a teď to musíte udělat.“ (Ž3)*

V výpovědi vyplývá, že žádná z žen nechtěla muže opustit. Neopouštěla je víra ve zlepšení stavu jejich partnera. Nejspíš i doufali, že se vše vrátí do stavu před úrazem. Jak popisuje dotazovaná s označením Ž1, pohled na zranění partnera byl příšerný. Přesto se podívala a poskytovala mu podporu. Z provedeného šetření vyplývá, že pouze u její partnera došlo k výraznějšímu poškození celistvosti těla. U zbývajících partnerů došlo k omezení hybnosti. Avšak i třetí dotazovaná se vyjádřila ve stejném smyslu. Pohled na jejího muže byl pro ní velmi těžký, vzhledem k různým přístrojům na které byl připoután, byla mu zavedena tracheostomie, umělé vyústění průdušnice na povrch těla – pro zajištění dýchání, z tohoto

důvodu s ní nemohl komunikovat. Přirozený pud člověka odvrátit zrak od něčeho, co se mu nelíbí, dokázaly ženy potlačit. Věděly, že musí své partnery podpořit. Ačkoli jim pohled byl nepříjemný, neodvrátili se a byly mužům oporou. Po odchodu z nemocnice však na vše byly samotné. Otevřeně v rozhovorech žádná z žen neuvěděla, že by prožily nějaké duševní zhroucení. Díky pozorování a pokládání doplňujících otázek v průběhu interview bylo zjištěno, že ačkoli si stavy nepřipouštějí, určité změny a náznaky apatie u nich nastaly.

Druhá dotazovaná žena, Ž2, v den úrazu partnera zabezpečila dětem ve večerních hodinách hlídání a uchýlila se k alkoholu. Tuto skutečnost při rozhovoru nepřiznala. Informace byla získána od první dotazované ženy. Jejich vztah je provázaný, jedná se o rodinné přátele, kteří se často navštěvují. Jejich návštěvy probíhaly i na oddělení v nemocnici, kde byl partner druhé dotazované hospitalizován. Z těchto návštěv vyplývá i další skutečnost. Závažnost stavu se snažil před partnerkou bagatelizovat i její muž. Ležel upoutaný na lůžko a partnerku ubezpečoval o tom, že jeho stav je dobrý. Při návštěvě rodinných známých se však přiznal k nepříjemným bolestem, které ho velmi trápí. Nepřál si však, aby se jeho žena tuto informaci dozvěděla. Lze jen těžko usuzovat, co ho k tomu vedlo. Nejspíš to byla snaha ulehčit jí v této složité situaci, kdy se musela o vše postarat. Na otázku, zda prožívala stavy plné úzkosti či apatie, odpověděla dotazovaná kladně, ale více situace nerozebírala.

Dalším pomocníkem pro překonání stresové situace, kterou úraz partnera bezpochyby je, se stalo u dvou dotazovaných kouření. Stres a vše s ním spojené je uchýlil k cigaretám, které jim přinášely alespoň pár minut pohody a klidu. Poslední z dotazovaných žen zcela odmítla, že by se u ní dostavovaly stavy deprese či apatie. Na položenou otázku, jak trávila čas po návratu z nemocnice, uvedla kouření a sezení na balkóně. *„Když se to stalo, tak jsem tady zůstala sama. ... Každý den jsem si dala večer meduňku, seděla do půl druhý do rána na balkóně, kouřila jednu za druhou, koukala jsem na ten měsíc a nevěděla vůbec vo co go.“* (Ž3) Je tedy možné soudit, že partnerka prožívala velmi náročné období a ke změnám v jejím psychickém stavu došlo. Všechny vyjmenované příznaky deprese ale resolutně odmítla. Celý rozhovorem prostupovala její spokojenost a vyzařovala z ní energie. Ona sama to vše přisuzuje své povaze a především povaze svého manžela, který jí prý byl největší oporou. Snažil se jí uklidňovat a svou energií a vůlí žít dodával energii i jí. Z její výpovědi vyplynul velmi důležitý faktor přijetí celé situace – postoj partnera ke svému stavu. *„...vzdala bych to taky. ... Kdyby to začal vzdávat. To dlouho nevydržíte, ten psychický tlak. Bud' se v tom budete utápět spolu s ním a nebo se prostě na to vykašlete. A kdyby mi tady strašně otravoval život,*

*tak to chvilku vydržím, ale asi bych prostě odešla. Já bych to nevydržela. Kdyby soustavně si stěžoval, buzeroval a dělal mi tady zle. Tak proč já bych v tom měla žít, to je přece nesmysl. To si musí ty dva lidi vyříkat, co je po nás chtěno.“ (Ž3)* Jejich vztah byl komplikován ještě prožitky jejich syna. Postižení otce na něj zapůsobilo velmi negativně a jeho chování přestalo být zvladatelné. Nakonec byl dočasně umístěn do ústavní péče. Žena zcela omezila její koníčky a zájmy. Všechn svůj čas věnovala ukončení podnikatelské činnosti jejich rodinné firmy a vyřízení finančních záležitostí. Také denně dojížděla za partnerem do nemocnice. Jak sama uvedla, velkou oporou jí byli přátelé, kteří jí chodili navštěvovat a také jí motivovali k péči o sebe sama a vlastnímu u rozvoji. *„Neměla jsem žádný koníčky, to přiznávám, koníčky zmizely. ... zavolal mi kamarád: „Ty už se na to vykašli na to své sedění a brečení do polštáře a padej něco jako dělat.“ ... když byl po těch špitálech, než přišel, chodila jsem se odreagovat tak jako výpomocí někam někde. To mi taky hodně pomohlo, že jsem byla hodně mezi lidma.“ (Ž3)*

Přátelé a blízké okolí páru mají také velký vliv na prožívání celé situace. Právě úraz a situace po něm mnohdy prověří letité přátelství. Třetí z dotazovaných žen otevřeně hovořila o ztrátě přátel. Někteří jí přislíbili pomoc, ale již nikdy nedošli. Další roli v pokračování přátelství hraje i zcela jiné prožívání partnerů. Najednou mají jiné zájmy, nemohou se zúčastnit všech pořádaných akcí, nejen z důvodů finančních. Zdraví lidé si ani neuvědomí, že pro vozíčkáře je obtížné se dostat přes schody, natož pak přes kořeny v lese. Jelikož partner se nedostane na určitá místa, i žena ho přestane doprovázet a po čase se přátelství naruší. *„Ztratili jsme hodně kamarádů. Protože dokud on byl zdravěj, tak se dělali různý pařby ... a najednou když jsem potřebovala a řekla jsem: „hele, potřebuju takdy jeden kohoutek.“ ... a už nepřišel. Takže se nám to vyseletovalo. ... tím to skončilo a našli jsme si jiný.“ (Ž3)* Neplatí to ale u všech přátel, někteří lidé zůstávají a naopak pár podporují a snaží se jim jejich situaci usnadnit. *„Co pomůže je – mít dobrý kamarády a přátele. To jsem měla. Já prostě když jsem přijela ten den, jak se mu to stalo, ze špitálu, tak okamžitě sem nastoupili a neměla jsem auto, tak mi poskytli auto. ... druhá tady byla každém den, aby mě nějakým způsobem rovnala. ... rodiče hodně mi pomohli, moje. Bylo to prostě takový, že mě nechtěli nechávat samotnou a snažili se mi to nějakým způsobem trošku zpříjemnit, abych se tady z toho nezbláznila.“ (Ž3)*

*„Každá ženská, nebo aspoň u mě to tak bylo, si myslí, že ten chlap se z toho dostane. ... já jsem vždycky měla pocit, že začne chodit. ... já se s ním dřelů jako kuň a furt jsem si říkala,*



*že se to rozchodí, vždycky když mi ukázal, že už hejbe palcema. ... On si myslel to myslel asi půl roku a já blbec si to myslela asi dva roky. Oni vás v tom nechaj, oni vám neřeknou, že to tak nebude. ... naděje umírá poslední. ... přišel trochu vztek. ... tady proto dělám maximum a ono se to furt nezlepšuje. A pak už se začala taky trochu rovnat psychika. ... pro mě jsou nejlepší roky teďka tyhle poslední roky, čtyři, pět, šest. Před tím těch pár roků bylo takovějch hroznějch. ... přežívala jsem to. Bylo to těžký, hodně těžký. ... se naučit s tím žít a najít si v tom to pozitivní.“ (Ž3)*

Období přijetí úrazu může trvat u každého jinak dlouho. Uvedená výpověď vypovídá o rozdílně době adaptace u ní a jejího partnera. On již přijal fakt, že chodit nebude. Oproti tomu ona věřila, že se vše zlepší. Jak sama uvedla, sháněla peníze a nakupovala nejrůznější pomůcky. Sama absolvovala kurzy reflexní terapie, aby partnerovi mohla poskytovat nejlepší péči. Snažila se s ním denně cvičit a pozorovala pokroky. Postupně jí začalo docházet, že její muž se již nikdy nepostaví. Tato skutečnost zanechávala stopy na jejím psychickém stavu, ale odhodlání jejího muže jí pomohlo situaci lépe zvládnout.

### **5. 5. 3. 2 Hledání zdrojů informací**

Informace jsou pomocníkem při vyrovnávání se s nastalou situací. Partneři mohou hledat informace o právech lidí s handicapem, o zdravotním stavu partnera – vysvětlení diagnózy a prognózy, jeho možnostech léčby a rehabilitace. Pro rady a návody se mohou obracet i na konkrétní jedince či sdružení. Tato část výzkumu se proto zaměřila na proces hledání důležitých informací – kde hledaly, jak byly úspěšné a jejich pocity z celého procesu.

*„Za měsíc byl doma. A frk, teď se starejte o něj. Já neuměla polohovat ho, katetrovat ho. Takže jsem si to vyjednala... Tam nás vzali na dva dny, naučili mě to, jak se to dělá. ... Byli věci, který mi nikdo neřek a musela jsem si to zjistit sama.“ (Ž3)*

*„Informace jsem sháněla na internetu a od lékařů. Podporovali mě přátelé, tak jsem jinde pomoc nehledala.“ (Ž2)*

*„... Když jsem přišla na úřad, tak jedna úřednice mi řekla: „Tak si prodejte všechno, co máte.“ Takže takhle nás prostě vyšplouchli. ... to se prodalo, za to se koupil počítač...“*

*Ta mašinérie byrokratická je šílenství, takže pokud ten člověk nemá zázemí, finanční, no tak to je strašný. A ještě navíc ten člověk nemá informace a neví, kam se obrátit. a to byl ten největší průšvih.“ (Ž3)*

*„A víte, kolik je vozíčkářů ročně? Kolik jich přibývá? Pět set, zhruba pět set. ... že pět set ženskejch ví prd. Takže kdyby se všechny ty brožurky dalo do všech špitálů a spinálních jednotek a kde se to odehrává, nebo na ty jipky a dycky jim aspoň tu knížečku vrazili a můžete se obrátit, když už nebudete vědět, ještě tam a tam, tak by jim to možná pomohlo.“ (Ž3)*

*„... já jsem ani nevěděla, co to je postižený. Jsem se o to nezajímala. A když se to stalo, ... koho já se mám zeptat!“ (Ž3)*

*„... říkal, že chybí ve špitále psycholog. Psycholog, kterej by tam přišel, když je mu nejhůř a popovídal by si s ním. ... On měl dokonce halucinace, ... šílený halucinace a ten psycholog tam prostě chyběl., (Ž3)*

*„Do ... se jezdilo ... jednou až dvakrát týdně, ale bylo to strašně smutné vždycky. Často říkal, že z něj bude už jen mrzák a co jako bude dál dělat, když se nezvládne zpátky postavit na nohy. Potom se to už zlepšovalo a pomalu začal chodit o berlích.“ (Ž1)*

Hledání informací není jednoduché ani pro jednoho z partnerů. Manželovi třetí dotazované ženy se úraz stal před 14ti lety. V té době trpěl nedostatkem péče ze strany psychologa a prožíval špatné stavy, stejně jako partner první z žen. Chyběl mu dostatek informací, aby byl schopen své tělo znovu přijmout. Jeho manželka se snažila informace získávat různými způsoby. Její první cesta vedla za ženou, která bydlela ve stejném městě a starala se o manžela upoutaného na invalidní vozík. Snažila se tak získat informace od člověka s podobným osudem. Situaci prožívala v době, kdy nebyl internet běžnou záležitostí. Teprve s koupí počítače a zajištěním internetového připojení se její situace zlepšila. Situaci jí velmi usnadnil i člen její rodiny, který je pracovník na rehabilitačním oddělení v nemocnici. Od něj získávala informace a důležité kontakty. Na základě všech těchto prožitků s partnerem založili občanské sdružení, které se snaží pomáhat nejen partnerům, ale i dětem a blízkým osobám lidí po úraze. Jak sama vypovídá, ideální by bylo sepsat návod, dle jejích slov kuchařku, který by byl poskytnut blízkým osobám již v nemocnici. Jeho obsahem by měli být rady, jak se zachovat, kam se obrátit. Kde vypůjčit pomůcky, kterými jsou například lůžko, rehabilitační stroje a jiné. Partnerka vyslovila také jednu velmi důležitou myšlenku: *„Pomohlo by, kdyby všude měli, že existuje Centrum Paraple.“* Jeho péče je sice zaměřena

na osobu s postižením, ale i to partnerovi pomůže. Najednou dostane chvilku času jen pro sebe a může si odpočinout.

Ostatní dotazované informace aktivně nevyhledávali, stačila jim pomoc přátel a rodiny. Může to být způsobenou i povahou zranění jejich partnerů. Oba dva měli zachovanou hybnost horních končetin a nebyly v přímém ohrožení života, na rozdíl od partnera třetí ženy. Jejich partneři nevyžadovali poskytování odborné ošetrovatelské péče v tak vysoké míře.

Popisované úrazy jednotlivých partnerů se staly v jiném časovém období. Je možné na základě výzkumu sledovat změny v přístupu k partnerům. Partnerka s označením Ž3 si vše musela vyhledávat aktivně sama, zařídila si instruktáž na oddělení v nemocnici, kde byla proškolená v ošetrovatelské péči. Taková situace byla před čtrnácti lety. Oproti tomu manžel druhé z dotazovaných nešťastně ochrnl v roce 2008. Jeho manželka byla proškolená v péči o jeho osobu přímo personálem zdravotnického zařízení, kde byl hospitalizován. Lze tedy hovořit o zlepšení situace v oblasti komunikace s partnery a jejich edukace.

### 5. 5. 3. 3 Změny ve vztahu partnerů

Poslední část výzkumu se zaměřila na celkové shrnutí změn ve vztahu partnerů. Úraz změnil vše. Znamená bytové úpravy, změnu postavení partnerů ve vztahu, jejich obvyklých zvyků a mnoho dalšího, což si zdravá populace ani nemusí uvědomit.

*„Manžela finančně podpořil zaměstnavatel, proběhly jen malé úpravy domu, jako koupelna. ... Změny na těle manžela nebyly, jen byla omezena jeho hybnost. ... Potomky jsme neplánovali, náš intimní život se trochu změnil, ale intimně žijeme dál.“ (Ž2)*

*„S ... nás to sblížilo a nějak mě začal ukecávat, že to dáme dohromady. ... Věděl, že spím s jeho bratrem, který je chudák ve špitále, ale i tak mě ukecával a nadbíhal mi a tak. ... Se mnou ... nepromluvil ještě rok, než pochopil, že to s jeho bratrem myslíme vážně. Pak se situace mezi náma zlepšila“ (Ž1)*

*„První dva roky na nic, pak učení se a teď mi je fajn. Úplně super, vážně super. Mně se dobře žije teď. Já nevnímám, že je nemocnej. ... Kdyby se mě někdo zeptal: „Chtěla bys vrátit čas před úrazem?“ Tak mu řeknu ne. Prostě ne. A já k tomu mám své důvody, proč ne. Je mi dobře, je mi fajn. Mám okolo sebe lidi, který mám ráda a který maj rádi mě. A to jsem*

*chtěla a to mám. ... On měl svý úlety a on chtěl žít nějakým způsobem, já jsem chtěla žít nějakým způsobem. My už jsme měli jedno rozvodový řízení tenkrát a d'áli jsme si trošku zle. ... jako by to chtěl někdo nahoře, takže teď už budete spolu normálně. ... on si žil svůj život, já jsem si žila svůj život.“ (Ž3)*

*„Teď už zase ho nikdy nevidím předtím, jak byl. Já už si vůbec nepamatuju, že někdy chodil. Úplně se mi to vytratilo z makovice. Ale tohle to bylo co s ním, to jsem řešila, protože všechno bylo na mě. ... aby to nic, co mi tu zbylo v baráku se mělo dobře.“ (Ž3)*

Změnu zaznamenal každý vztah dotazovaných partnerek. Vztah první dotazované vydržel ještě přibližně měsíc po nehodě jejího partnera. V období, kdy se se situací vyrovnávala, jí byl na blízku bratr zraněného. U něho našla pochopení a mohla s ním o situaci hovořit. Jejich vztah postupně přerostl z kamarádského v partnerský. Dnes jsou manželé a společně vychovávají 3 potomky. Muž po úraze s bývalou partnerkou přes rok nekomunikoval, nyní už jsou jejich vztahy lepší. Dle jejích slov jsou skvělí švagr a švagrová. Odlišnost jejich situace byla způsobena především nízkým věkem partnerů, v porovnání s ostatními ženami. Také ve vztahu nebyl zatím potomek či společný majetek, tedy závazky, které by je motivovali ke společné cestě.

Druhá žena, se kterou bylo provedeno interview, svého manžela podporuje a jejich vztah zkoušku vydržel. O dalších potomcích neuvažovali. Hybnost jejího partnera se postupně zlepšuje, pomocí francouzských holí dokáže ujít přibližně pět set metrů.

Otázka dalších potomků byla zmíněna i při interview s třetí partnerkou, která se zúčastnila výzkumu. Její postoj byl zcela jasný. Jak sama uvedla, by bylo zcela nemožné se starat ještě o dalšího potomka. Její manžel vyžaduje péči o svou osobu, přibrat k tomu ještě péči o dítě by bylo velmi náročné. Upozorňuje však, že společného potomka měli a v době úrazu již byli s manželem ve vyšším věku, proto takto uvažuje. Jako mladá by zřejmě potomka chtěla, dokonce připustila myšlenku, že by uvažovala o odchodu od partnera s postižením. Při rozhovoru uvedla, že rodičovství osoby upoutané na invalidní vozík je velmi náročné. Momentálně se radují ze své vnučky, kterou její dědeček bohužel nedokáže uhlídat. Z pohledu rodiče by tak dítě s vozíčkářem mít nechtěla.

Při adaptaci na novou situaci měl i jejich vztah vážnější problémy, uvažovali o rozvodu. Bylo to způsobeno chováním partnera, které jí donutilo i dočasně opustit společnou domácnost. Situaci se jim podařilo urovnat a dnes ona sama působí velmi vitálně a energicky.

*„... může, dokonce snad i někdy něco z toho má, ale nedělá to. A nedělá to z toho důvodu, že ... kdyby měl být před vyvrcholením tak dostane příšerný bolesti do hlavy a začne sebou škubat a ta bolest mu za to nestojí. ... Takže on mi řekne: „Miláčku, já Tě miluju, jsem s Tebou strašně rád. Dělej si co chceš, ale prostě nechtěj to po mně.“ ... několik snah tam samozřejmě bylo, ale změnilo se to. ... Dobrá psychika ženský dělá i to, jestli má chlapa. A víc k tomu říkat nebudu.“ (Ž3)* V otázce jejich společného intimního života byla velmi otevřená a poskytla jasnou odpověď. Lze konstatovat, že jejich vztah je založen na pochopení, společných cílech a velké toleranci. Partnerka otevřeně přiznala, že kdyby nebylo úrazu, jejich cesty by se dávno rozdělili. Podle jejích slov se však našla, je spokojená, má práci, která jí baví a našla si i dobré přátele.

Otázka partnerství a tělesného postižení je velmi individuální. Na vztah působí faktory, kterými jsou odolnost partnerů vůči zátěži, jejich životní orientace a chuť žít. Významnými činiteli jsou také věk, pohlaví, míra tolerance a společné zázemí. Z výzkumu nelze udělat obecná pravidla o vztazích mezi zdravým jedincem a osobou po úraze. Na jeho základě je však možné usuzovat, které vlastnosti a okolnosti ovlivňují celou budoucnost vztahu a kterým směrem by měla směřovat péče o zdravého partnera a jeho prožívání. Zároveň vytvořená data poskytují podklady pro další možné výzkumy.

Obsah kapitoly se věnoval výsledkům vlastního šetření. Byl vymezen zkoumaný soubor a také metody, kterými byl výzkum proveden. V poslední části kapitoly byla analyzována vytvořená data a vše doplňovalo shrnutí jednotlivých zjištění.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zhodnocení průběhu vyrovnávání se s novou situací a popis prožitků konkrétních lidí, jejichž partner se stal tělesně postiženým. V úvodních kapitolách práce byly poskytnuty informace týkající se významu těla pro život jedince a uvedení do problematiky tělesného postižení. Poznatky byly následně přeneseny na roli partnera a partnerské soužití. Pro správné uchopení situace jsou znalosti o těle a tělesném schématu výrazným přínosem.

Díličím cílem práce také bylo studium odborných zdrojů a hledání možností, kam se partner může v náročné životní situaci obrátit. Výsledkem je zjištění, že odborná literatura se problematice věnuje pouze okrajově. Partneri jsou nuceni si informace vyhledávat sami, pomoc jim nabízí různá sdružení a organizace. V tak náročné situaci, jakou vážný úraz bezesporu je, se nedá hovořit o dostupnosti informací, pokud si je osoba musí vyhledávat dlouhé hodiny. Měl by pro ní být dostupný materiál, který by získala ihned a mohla se situací začít pracovat. Proto by vznik brožury, či informačního letáku, byl pro partnery a okolí zraněné osoby výrazným přínosem. Využití by však našel i u zdravotnického personálu, především u ošetřujících lékařů. Z provedeného výzkumu vyplývá, že ženy nebyly spokojeny s jejich přístupem k nim, zejména s poskytováním informací. Materiál by tak mohl pro zdravotníky sloužit jako návod, kam partnery odkázat. Dal by jim osnovu, nač je mají připravit a v neposlední řadě by si i oni sami díky uvedeným kontaktům mohli doplnit své poznatky o získaném tělesném postižení, o domácí péči a prožívání obou partnerů. Lékaři jsou mnohdy právě ti, kdo sdělují informace o zdravotním stavu blízkým osobám. Pokud by jejich znalosti zahrnovali i důsledky postižení a předpokládané prožitky, mohli by již při prvním kontaktu s partnerem působit na jeho emoční stránku a výrazně tak ovlivnit jeho adaptaci na vzniklou situaci.

Výzkumná část práce byla zaměřena na prožitky partnerů. Tvorba dat byla realizována s využitím kvalitativního přístupu, konkrétně metodou polostrukturovaného interview. Bylo provedeno se třemi ženami. Každá z nich si prošla náročnou životní situací a jejich zkušenosti jsou proto jedinečným zdrojem informací. Komplikací výzkumu bylo složité hledání partnerů. Vzorek byl složen pouze z žen, proto nebylo možné realizovat srovnání prožitků příslušníků obou pohlaví. Výzkum, především data z něj získaná, by se do budoucna mohl stát podkladem pro další, rozsáhlejší šetření, jehož výsledkem by se měla stát výše zmiňovaná brožura s informacemi pro partnery. Tvorba dat by měla být realizována nejlépe

výzkumníkem, jehož vzdělání je v oboru psychologie. Bylo velmi naivní se domnívat, že partneři budou ochotni otevřeně komunikovat se studentem univerzity. Ideálním doplněním výzkumné části by mohlo být i šetření provedené mezi zdravotnickým personálem. Jsou to právě lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelé, kdo vidí prvotní reakce partnerů a rodiny zraněného. Na základě jejich výpovědí by mohlo vytvořit stupnici nejčastějších reakcí a také srovnat prožívané emoce mužů a žen.

Práce je souhrnem informací z různých zdrojů. Poznatky byly získány studiem dostupné literatury, velká část z nich však pochází přímo z praxe - z práce s lidmi, jejichž cestu určitým způsobem změnilo postižení. Jedná se o mapování situace přímo zde, v České republice. Záměrem práce bylo upozornit na domácí situaci. Srovnání situace u nás a v okolních zemích by mohlo být námětem pro jiné šetření.

Vzhledem ke studiu oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětu pro střední zdravotnické školy se nabízí otázka, jaké je možné využití této práce pro obor. Vzdělávání budoucích zdravotních sester či sociálních pracovníků by mělo zahrnovat i tuto zkoumanou problematiku. Žáci středních škol by měli být poučeni o tělesném postižení a jeho následcích pro partnery i jejich rodinu. Měli by znát základní charakteristiky postižení, zásady komunikace s pacientem (klientem), ale i s jeho blízkými osobami. Z druhého pohledu by je právě studium mělo připravit i na situace, při kterých budou svědky lidské bolesti, zármutku, pláče, možná i hněvu a agrese.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ

BÁRTLOVÁ, Sylva., MATULAY, Stanislav. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osweta. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní sociální práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0708-X.

DYLEVSKÝ, Ivan; KÁLAL, Jan; KOLÁŘ, Pavel a kol. *Pohybový systém a zátěž*. 1. vyd. Praha : Grada, 1997. 252 s. ISBN 80-7169-258-1.

FALCŇÍKOVÁ, Blanka. *Bagr, ortopedický vozík a vozíčkář z Nové Paky*. Vozka. XIV. Roč., 2011, s. 68 – 70.

FLEISCHMANN, Jaroslav, LINC, Rudolf. *Anatomie člověka I*. 5. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 297 s.

HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4

KOHOUTEK Tomáš, ČERMÁK Ivo. *Psychologie katastrofické události*. Praha: Acamedia, 2009. 362 s. ISBN 978-80-2001-816-8.

KRHUTOVÁ, Lenka, MICHALÍK, Jan, POTMĚŠIL, Miloň a kol. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. 1. vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005. ISBN 80-244-1168-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-147-3149-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4



NOVOSAD, Libor. *Problém tělesnosti u hendikepovaných osob z hlediska filozofie výchovy : příspěvky k filozofii výchovy v pomáhajících profesích*. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 125 s. ISBN 807-290-0919.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

REITMAYEROVÁ, Eva, BUŘVALOVÁ Denisa. *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-21-4

RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ Libuše. *Speciální pedagogika*. 3. Vydání, Olomouc: UP,2005. 306 s. ISBN- 80-244-1073-7

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika: terapie a poradenství: vzdělávání osob s různým postižením: člověk s handicapem a společnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 160s. ISBN 978-80-247-1733-3.

SMITH, Edward W. L. *Tělo v psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 205 s. ISBN 978-80-736-7144-0.

STACKEOVÁ, Daniela. *Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění*. Psych@Som. V. roč., 2007, č. 2, s. 17 – 24. ISSN 1214-6102.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004. 200s. ISBN 80-247-0586-9.

VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. a kol. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.

## Internetové zdroje

BUBENÍČKOVÁ, HANA. *E- bariery osob se zdravotním postižením*. In: *SONS* [online]. [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>

Chráněná dílna. In: *InHelp* [online]. [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: <http://www.inhelp.cz/chranaena-dilna>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Implementace - intervenční postupy sociální opory*. [online]. [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: [http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c\\_impl.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_impl.html)

Porady a - z. In: *Česká televize* [online]. [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/a-z/>

Osobnosti ze světa hluchoslepých. In: *Společnost pro hluchoslepy* [online]. [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/osobnosti-ze-sveta-hluchoslepych.html>

Sociální služby. In: *MPSV* [online]. [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

Sociální služby. In: *Život bez bariér* [online]. [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: [http://www.zbb.cz/index.php?option=com\\_content&task=section&id=11&Itemid=76](http://www.zbb.cz/index.php?option=com_content&task=section&id=11&Itemid=76)

Výroční zpráva 2004. In: *Život bez bariér* [online]. [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: <http://www.zbb.cz/download/vyrocní-zprava2004.pdf>

Zákon č. 108/ 2006 Sb. In: *Informační portál a databáze služeb sociální prevence pro osoby ohrožené sociálním vyloučením* [online]. [cit. 2012-05-15] Dostupné z: [https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108\\_2006.pdf](https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf)

Výroční zpráva za rok 2010. In: *Centrum Paraple* [online]. [cit. 2012-05-15] Dostupné z: [http://www.paraple.cz/uploads/file/dokumenty/interni\\_dokumenty/vyrocní%20zpravy/vyrocní\\_zprava\\_cp\\_2010.pdf](http://www.paraple.cz/uploads/file/dokumenty/interni_dokumenty/vyrocní%20zpravy/vyrocní_zprava_cp_2010.pdf)

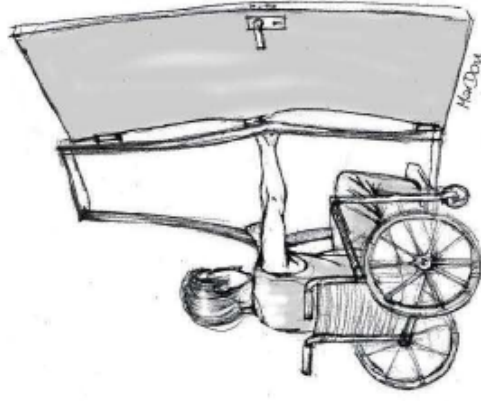
## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1**            Informační leták sdružení Život bez bariér
- Příloha č. 2**            Leták – odborné sociální poradenství
- Příloha č. 3**            Záznamový list- interview
- Příloha č. 4**            Seznam použitých zkratk

**Příloha č. 1 – Informační leták sdružení Život bez bariér**

Zjednodušeně řečeno:

Život bez bariér pomáhá odstraňovat bariéry.



Každá práce má smysl, pokud ji člověk dělá s láskou a těší se na každý den, co nového mu přinese.

Někdo postaví dům, který slouží mnoha generacím.

Někdo složí písničku, kterou si lidé léta notují.

Někdo vymyslí nový lék, který uzdraví miliony lidí.

Někdo vyrobí součástku, která je dílkem celého stroje.

Naším cílem je pomáhat lidem, aby i oni mohli být někdo.

Příkladem je věta jedné naší klientky, která pověděla toto:

**„Za celých deset let doma jsem nezažila tolik krásného, jako za dva měsíce u vás ve sdružení!“**

Jsme přesvědčeni, že naše práce má smysl a úsměv člověka je pro nás tím největším ohodnocením.

[www.zbb.cz](http://www.zbb.cz)



Na setkání s Vámi se těší pracovníci, členové a další příznivci občanského sdružení Život bez bariér.

**Kontakty:**

**KANCELÁŘ**

Lomná 533, 509 01 Nová Paka  
tel.: +420 493 724 159  
mobil: +420 731 070 142

**CENTRUM KLÁŠTER**

Dermní stacionář:

Opolského 165, 509 01 Nová Paka  
tel.: +420 493 523 711  
mobil: +420 606 035 895

Centrum bez bariér:

Opolského 148, 509 01 Nová Paka  
mobil: +420 737 847 507

Chráněná dílna:

mobil: +420 722 730 464

IČO: 266 52 561

info@zbb.cz, www.zbb.cz



Život bez bariér  
o.s. Nová Paka

# Život bez bariér občanské sdružení Nová Paka

Občanské sdružení Život bez bariér je neslébní nezisková organizace působící v Nové Pace. Jejím cílem je především poskytnout pomoc všem lidem, kteří ji potřebují, bez ohledu na věk či druh postižení.





### 1) Sociální služby

**Odborné sociální poradenství** – poradí, jak a kde žádat o různé příspěvky a pomůcky, popř. pomůže s jejich vyřízením; dále pomáhá při řešení krizových situací, např.: ve škole, zaměstnání, v rodině; poskytuje také psychologické poradenství; součástí služby je i **půjčovna kompenzačních pomůcek**, k dispozici jsou invalidní vozíky, schodolezky, močoměry, ebodítka, polohovací postele, zvedáky, elektrické třítkoky a další.

**Sociální rehabilitace** – v rámci sociální rehabilitace se uživatelé učí především samostatnosti a soběstačnosti, zdokonaňují se ve svých schopnostech, učí se nové dovednosti; součástí je také terénní sociální rehabilitace. Služba je poskytována v Centru Klášter v budově Denního stacionáře.

**V období 06/2009 – 06/2012 je tato služba financována v rámci individuálního projektu Královéhradeckého kraje z ESF a státního rozpočtu ČR prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost.**



**Denní stacionář** – služba určená pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba je poskytována v Centru Klášter v budově Denního stacionáře.



### 2) Chráničná dílna

Nabízí zaměstnání osobám s různým zdravotním postižením, ať už jde o postižení tělesné, mentální, smyslové; dílna má dvě části: keramickou a textilní (lámsí, úhrovská technika, pletení z pedigu, šití atd.).



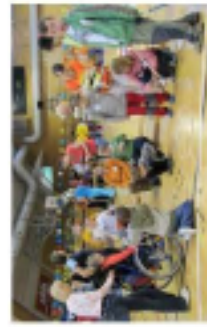
### 3) Projekty

**Prevence proti úrazům** – naši zaměstnanci se zdravotním postižením uskutečňují besedy po celé České republice se žáky základních a středních škol na téma úrazů, prevence, postižení a života s ním. Kromě besed mají žáci také možnost vyzkoušet si různé kompenzační pomůcky.



### 4) Pořádání kulturních, společenských a sportovních akcí

Výlety, pálení čarodějnic, sportovní den „Hry bez hranic“, benefiční festival „Klášter žije!“ a další.



### 5) Česko-polská spolupráce

Po čtyřleté spolupráci se sdružením Polští Zwiazak Newidomnych, Dzierżoniowé jsme napsali projekt „Aktivně bez hranic“, na jehož základě se buďe s polským partnerem odvíjet další spolupráce. Projekt byl schválen dne 14. ledna 2011 na 6. zasedání Euroregionálního řídicího výboru Fondu mikroprojektů Euroregionu Glacensis, kam my i naši partneři spadáme. Podpora EU v mikroprojektu „Aktivně bez hranic“ číí 21 632,50 Euro pro rok 2011. Česko-polská spolupráce bude spočívat ve společných aktivitách obou sdružení buďto v ČR, nebo v Polsku.

Rok 2011:

- účast polských partnerů na „Dnech otevřených dveří“ v Centru Vyšehrad v dubnu a listopadu
- doprovodný program polských partnerů na 5. ročníku benefičního festivalu Klášter žije!
- účast polských partnerů na sportovním klání Hry bez hranic
- týdenní relaxační pobyt v Nové Pace s množstvím pozvánčích výletů a rehabilitací pro zdravotně postižené klienty z Polska
- Pilzák Dolnosaski v Polsku pro zdravotně postižené klienty našeho sdružení

### 6) Centrum Klášter

Areal bývalé nemocnice v Nové Pace jsme zakoupili na splátky v roce 2006. Od té doby se snažíme 3 budovy postupně rekonstruovat a vytvořit zde centrum komplexních služeb pro osoby se zdravotním postižením, seniory a také širokou veřejnost.

- **1. budova - Klášter**
  - cílem je zde vytvořit kulturně společenské centrum pro širokou veřejnost a propojit s dalšími objekty v areálu, které poskytují sociální a doplňkové služby pro zdravotně postižené osoby a seniory
- **2. budova - Centrum bez bariér**
  - v březnu 2009 jsme získali dotaci na celkovou rekonstrukci této budovy z ROP NUTS II Severovýchod - Rozvoj měst
- **3. budova - Denní stacionář**
  - zde jsou poskytovány sociální služby denní stacionář a sociální rehabilitace pro zdravotně postižené osoby a seniory z Královéhradeckého a Libereckého kraje

### Centrum bez bariér v Nové Pace

- jedná se o zrekonstruovanou budovu, která se nachází v Centru Klášter v Nové Pace
- rekonstrukce budovy byla financována z dotace ROP NUTS II Severovýchod
- provoz této budovy bude zahájen v roce 2011 a buďe se zde nacházet:

- ubytování pro zdravotně postižené osoby
- prostory pro vzdělávání, přednáškovou činnost, školení, výstavy a pro včonočasové aktivity
- prezentace a prodejna výrobků člárané dílny Vyšehrad
- půjčovna kompenzačních pomůcek a zázemí pro jejich dobřbu

Vizualizace budovy Centrum bez bariér



**Příloha č. 2 – Leták – odborné sociální poradnictví**



KRALOVÉHRADSKÝ  
KRAJ



Život bez bariér, občanské sdružení  
Nová Paka

# ODBORNÉ SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

## Principy služby

Principy, kterými se pracovníci řídí, jsou obsahem Etického kodexu pracovníků sociálních služeb.

### Zásady chování pracovníků k uživatelům

- dodržování lidských práv uživatelů
- respektování volby uživatelů
- zachování důvěrnosti uživatelů
- zachování a podporování důstojnosti uživatele
- aktivně podporovat rozvoj samostatnosti uživatelů
- odborný a profesionální přístup
- ochrana osobních údajů a dat uživatele,
- omezení předsudků a negativního hodnocení našich uživatelů
- individuální přístup k uživatelům
- flexibilita – maximálně přizpůsobit službu uživateli



**Kapacita služby:** 10 osob/den

### Cena služby

Služba je poskytována bezplatně. Hradí se půjčované kompenzačních pomůček.

### Závěr

Služba je poskytována v souladu s metodikou odborného sociálního poradenství.





### Poskytovatel sociální služby:

Život bez bariér, o. s.  
Lomená 533  
509 01 Nová Paka  
IČO: 26652561  
DIČ: CZ 26652561  
č.ú.: 78-8511550297/0100 u KB Nová Paka  
IBAN: CZ601000000788511550297  
SWIFT: KOMBCEPPXXX

Internetové stránky: [www.zbb.cz](http://www.zbb.cz)

### Výbor sdružení (zmočnění):

Josef Fučík  
Tel.: 603 828 353  
E-mail: [info@zbb.cz](mailto:info@zbb.cz)  
Jitka Fučíková  
Tel.: 603 434 833  
E-mail: [jitka.fucikova@zbb.cz](mailto:jitka.fucikova@zbb.cz)  
Ilona Hvlmarová  
Tel.: 737 847 507  
E-mail: [hvlmarova.ilona@seznam.cz](mailto:hvlmarova.ilona@seznam.cz)

### Místo poskytování služby:

Centrum Klášter  
Opolského 148  
509 01 Nová Paka

### Vedoucí služby:

Jitka Fučíková  
Tel.: 603 434 833  
E-mail: [jitka.fucikova@zbb.cz](mailto:jitka.fucikova@zbb.cz)

### Kontaktní osoba:

Mgr. Romana Hanušová  
Tel.: 493 523 711, 606 035 895  
E-mail: [romana.hanusova@zbb.cz](mailto:romana.hanusova@zbb.cz)

### Odborné sociální poradenství

Sociální služba odborné sociální poradenství je poskytována podle zákona č.108/2006 Sb. § 37 písm. 3 a.

Uživatelům odborného sociálního poradenství může být každý člověk se zdravotním postižením, který potřebuje poradit ohledně příspěvků od státu, se zaměstnáním, problémů v rodině nebo si zapůjčit kompenzační pomůcky. Prioritou v poskytování odborného sociálního poradenství především snaha pomoci zorientovat se uživatelům v konkrétním problému a nabídnout jim varianty účinného řešení jejich situace. Předáváváme uživatelům se zdravotním postižením informace především o jejich právech, povinnostech a oprávněných zájmech.



### Popis služby

Ambulantní služba je poskytována v Centru Klášter – budova Centrum bez bariér zájemcům z Královhradeckého a Libereckého kraje.

Je poskytována ve všední dny od 7:00 do 15:00 hodin.

### Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- Půjčková kompenzačních pomůcek

### Poslání

Poskytovat odbornou pomoc a podporu osobám se zdravotním postižením a přispívat tak k řešení jejich nepříznivé životní nebo sociální situace. Pomáhat lidem s výběrem vhodné kompenzační pomůcky, zprostředkovat půjčení rehabilitační a kompenzační pomůcky.

### Cíle

Poskytnout uživatelé podporu při řešení jeho nepříznivé sociální situace, zejména při vyřizování různých žádostí a odvolání, při řešení dluhové, bytové a pracovní právní problematiky.  
Zprostředkování kontaktů s odborníky (právnick, psycholog, ...)  
Informace o rehabilitačních a kompenzačních pomůckách (pomoc při obstarání, půjčení)  
Poskytnout informace a podporu ve využití dalších možných návazných služeb.

### Cílová skupina

Osoby s tělesným, mentálním, kombinovaným, sluchovým, zrakovým, zdravotním postižením či s chronickým nebo s chronickým duševním onemocněním a seniři.

**Věková struktura cílové skupiny** je od 16 až neomezeně.

### **Příloha č. 3 - Záznamový list - interview**

Věk:

Délka vztahu před událostí/ po události:

Děti ze vztahu (+ jejich věk):

---

Stručné informace o partnerovi:

*Jeho věk, případně věkový rozdíl ve vztahu, povolání před úrazem a po úraze, nějaké vlastnosti- př. před úrazem aktivní sportovec, zahrádkář aj., nyní má rád...*

Okolnosti úrazu:

*Nemusíte uvádět details, stačí uvést př. pracovní úraz, autonehoda, při sportovní aktivitě aj.*

Výsledná diagnóza:

Prognóza:

*Možná změna stavu, zlepšení/ zhoršení stavu, případné komplikace při léčbě...*

---

- Jak jste se dozvěděla o úraze?

*Zda jste byla u toho, když se něco stalo, volali Vám atd.*

- Jak s Vámi pracoval zdravotnický personál?

*Jak se chovali lékaři, sestry aj. Měla jste dostatek informací? Řekli Vám vše o zdravotním stavu srozumitelně? Měli snahu se s Vámi o situaci bavit? Poskytli Vám informace? Měla jste po rozhovoru s nimi větší pocit klidu, nebo jste je brala jako nepřátele?*

- Jak jste reagovala na nastalou situaci?

*Přemýšlením, co bude, smutek, vztek, obavy, nejistota aj. Pokud je to jen trochu možné, prosím Vás o pravdivé uvedení vnitřních pocitů, co jste prožívala, nač jste myslela aj.*

- Bylo pro Vás těžké s partnerem navázat kontakt?

*Myšleno tak, zda jste měla obavy za ním jít, vidět jej aj.*

- Pokud byl partner hospitalizován v nějakém zařízení, co jste prožívala? Jak jste trávila čas?
- Měla jste někdy stavy apatie, únavy, úzkosti aj.?
- Napadalo Vás, co bude dál, jak vše zvládnete?
- Kde jste sháněla informace?
- Věřila jste ve zlepšení stavu?
- Jak se zachovali Vaši přátelé? Hledali jste pomoc, radu u nějaký sdružení, organizací?
- Jak jste řešili nastalou situaci- myšleno úpravy bydlení, nábytku aj, finanční stránku.  
*Nevyžadují podrobnosti, spíš zda situace byla ponechána na Vás, využili jste pomoci blízkých aj.*
- Jaká byla Vaše reakce na změnu těla Vašeho partnera? Jaké u Vás vyvolávalo pocity?
- Potřeboval Váš partner nějakou ošetrovatelskou péči od Vaší osoby? Kde jste se to naučila?
- Změnil se Váš intimní život po úraze/nehodě? Plánujete/plánovali jste potomky?
- A na závěr: co byste poradila partnerům, kteří se dostanou do obdobné situace?
- \* pokud Váš vztah již netrvá - měl na jeho ukončení vliv právě úraz a jeho následky?

#### **Příloha č. 4 - Seznam použitých zkratk**

b. r. – bez roku

ČT – Česká televize

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

SONS – Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých

ZBB – Život bez bariér

Ž1 – první dotazovaná žena

Ž2 – druhá dotazovaná žena

Ž3 – třetí dotazovaná žena

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Pavlna Čepelková
<b>Katedra:</b>	Ústav pedagogiky a sociálních studií
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2012

<b>Název práce:</b>	K problematice: Partneři osob s tělesným postižením
<b>Název v angličtině:</b>	The issue: Partners of people with disabilities
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zabývá problematikou partnerství a tělesného postižení. Cílem práce je popsat prožitky a zhodnotit proces vyrovnávání se s nově nastalou situací, kdy se jeden z partnerů následkem úrazu stane tělesně postiženým. Kapitoly se věnují významu těla pro život jedince, tělesnému postižení, roli partnera a informačním zdrojům. Poslední kapitola se věnuje výzkumné části. Analyzuje vytvořená data a vytváří jejich shrnutí.
<b>Klíčová slova:</b>	Partnerství, tělesné postižení, úraz, tělo, získané tělesné postižení, sociální opora
<b>Anotace v angličtině:</b>	This thesis deals with the issue of the partnership and physical disability. The aim of the thesis is to describe the experiences and to evaluate the process of dealing with a new situation when one of the partners becomes disabled due to an injury. The chapters are devoted to the importance of an individual's body for life, to the disability, the role of a partner, and the sources of information. The last chapter is devoted to the research. It analyzes the data generated and summarizes them.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Partnership, disability, injury, body, acquired physical disability, social support
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1 - Informační leták sdružení Život bez bariér Příloha č. 2 - Leták – odborné sociální poradenství Příloha č. 3 - Záznamový list- interview Příloha č. 4 - Seznam použitých zkratk

<b>Rozsah práce:</b>	67 s.
<b>Jazyk práce:</b>	čeština