

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**SEBEPOJETÍ U VOZÍČKÁŘŮ S VROZENÝM NEBO ZÍSKANÝM HENDIKEPEM  
SELF-CONCEPT OF WHEELCHAIR USERS WITH CONGENITAL OR ACQUIRED  
HANDICAP**



**BAKALÁŘSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Autor: Tereza Rumlerová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

Olomouc

2015

## Obsah

Úvod .....	5
TEORETICKÁ ČÁST .....	6
1 Hendikep.....	6
1.1 Vymezení hendikepu .....	7
1.2 Vrozené postižení.....	8
1.2.1 Druhy vrozeného postižení.....	8
1.3 Získané postižení .....	10
1.3.1 Druhy získaného postižení .....	11
1.4 Život s hendikepem .....	13
1.4 Psychické stavy u osob s tělesným hendikepem .....	15
2 Vozíčkáři.....	18
2.1 Paraplegie .....	20
2.3 Kvadruplegie .....	21
2.4 Organizace sdružující vozíčkáře .....	22
3 Sebepojetí .....	24
3.1. Prvky sebepojetí.....	24
3.2 Historické koncepce sebepojetí .....	27
3.3 Současné koncepce sebepojetí.....	28
3.4 Vývoj sebepojetí.....	29
3.5 Tělesné sebepojetí .....	30
4 Výzkumy realizované na dané téma .....	32
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	36
5 Výzkumný problém .....	36
5.4 Cíle výzkumu .....	37
6 Základní a výběrový soubor .....	39

6.4	Výběrový soubor .....	39
7	Aplikovaná metodika.....	41
7.2	Tennessee Self Concept Scale (Fittsův test sebepojmu).....	43
8	Organizace a průběh šetření, etické aspekty .....	44
9	Výsledky výzkumu .....	46
10	Diskuze.....	50
11	Závěr .....	54
	Souhrn .....	55
	Seznam použitých zdrojů a literatury .....	58

Abstrakt diplomové bakalářské práce

Přílohy

Příloha: 1 Podklad pro zadání diplomové práce

Příloha 2: Průvodní dopis

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma „Sebepojetí u vozíčkářů s vrozeným nebo získaným hendikepem“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis \_\_\_\_\_

Velké poděkování patří především mým rodičům za to, že mi po celou dobu psaní práce byly velkou podporou, neskutečnou inspirací a zdrojem mnohých cenných informací. Dále bych chtěla poděkovat Doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc. za jeho odborné vedení a podnětné rady při psaní práce. Také bych chtěla velmi poděkovat všem respondentům, kteří si našli čas a byli ochotni vyplnit dotazník. Ráda bych poděkovala všem organizacím, které se do výzkumu zapojily. Jmenovitě bych ráda poděkovala Jiřímu Martalosoovi, který se mnou provedl pilotní studii. Poděkování patří také Janu Hořejšímu, za trpělivou korekturu mé práce

## Úvod

Vozíčkáři byly společně s jinak znevýhodněnými jedinci po dlouhou dobu stigmatizovanou skupinou. Často byli v minulosti vytlačováni na okraj společnosti. Integrace nebyla běžná a i v dnešní době máme před sebou stále spoustu práce s tím, aby byli vozíčkáři plnohodnotně začleněni do většinové společnosti. K tomu, aby integrace vozíčkářů proběhla co nejefektivněji, je nutné se o lidech na vozíku dozvídat více, zamýšlet se nad jejich potřebami, přáními a pokusit se jim pomoci, aby byli schopni plně rozvinout svůj potenciál i přes jistý hendikep, který s užíváním vozíku souvisí.

Tato práce by měla rozšířit podvědomí o vozíčkářích, blíže seznámit s různými druhy hendikepu, popsat skupiny vozíčkářů podle vzniku jejich hendikepu - vozíčkáře, kteří se s hendikepem narodili, a ty, kteří mají hendikep získaný. Abychom se dozvěděli o lidech na vozíku něco více, zjistili, jaký náhled mají sami na sebe. Zaměřila jsem se na jejich sebepojetí. S těmito cíli a představami vznikla tato bakalářská práce.

Důvod, proč jsem si vybrala právě toto téma, je že moji rodiče jsou vozíčkáři a tak prostředí lidí na vozíku mi je velmi blízké. Oba moji rodiče jsou mi velkým vzorem a to hlavně proto, jakým způsobem se se svým hendikepem vyrovnali (mají hendikep získaný). Často jsem se setkávala s tím, že lidé se o problematiku vozíčkářů zajímají, bohužel se ostýchají zeptat. Bývají zvědaví, jak se s takovým hendikepem žije, jak na sebe samotní vozíčkáři nahlízejí. Je těžké se takové informace někde dozvědět a bývá považováno za velmi neslušné se lidí na vozíku na takové otázky ptát. I když z mé osobní zkušenosti vyplynulo, že se vozíčkáři takové konverzaci většinou nebrání. Jedním z dalších možných důvodů, proč se lidé o této tématice stydí více mluvit, může být to, že některé úrazy, které vedou k tomu, že je člověk nucen užívat vozík jsou tak banální, že to může potkat každého z nás. Velmi mě zajímalo, zda se liší sebepojetí u vozíčkářů, kteří mají hendikep celý život od vozíčkářů, kteří ke svému hendikepu přišli v průběhu života. Toto byly jedny z důvodů, proč psát bakalářskou práci, zabývající se lidmi na vozíku.

Práce je rozdělena do dvou částí - teoretickou a empirickou. V teoretické práci se zabývám proměnnými, které jsou zkoumané ve výzkumné části. Jedná se o hendikep, vozíčkáře, paraplegiky, kvadruplegiky a sebepojetí. V části praktické popisují výzkumné cíle, základní soubor, charakteristiky výběrového souboru, aplikovanou metodiku, průběh výzkumu a vyjadřuji se k výsledkům výzkumu.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Hendikep

První čemu se budu ve své práci věnovat, je hendikep. Popíši zde základní vymezení hendikepu, dále se budu zabývat jeho druhy. Zaměřím se na druhy hendikepu získaného a vrozeného. Ve své práci budu popisovat tělesný hendikep. Konkrétněji hendikep, který má za následek jedincovu imobilitu, která ho odkazuje na používání invalidního vozíku. Je důležité přesně vymezit pojmy, které budu ve své práci následně používat. Jak uvádí Novosad (2011), mnozí laici i odborníci používají termín hendikep a postižení jako synonyma. I když pojem hendikep vychází z toho, že jedinci není něco umožněno, jedná se o určité znevýhodnění. Já budu termín hendikep ve své práci používat synonymně s termínem postižení, zastávám názor, že pokud se jedná o vozíčkáře, není mu umožněno chodit, tím je jedinec znevýhodněn - hendikepován. Pojmy, které je nutné vysvětlit:

**Tělesné postižení:** spadají sem dvě skupiny, které jsou často propojené. Patří sem chronické postižení, jedná se o dlouhodobé či nevyléčitelné postižení. Jeho následkem je omezení pohyblivosti. Do tělesného postižení spadá také lokomoční neboli pohybové postižení, které má za následek jisté omezení až neschopnost pohybu. **Zdravotní postižení:** „výraz víceméně vypovídá o tom, že je nějak narušeno zdraví, resp. somatopsychická, duchovní a sociální integrita člověka“ (Novosad, 2011, 90). Má za následek omezení či poškození nějaké funkce. **Vada, defekt defektivita:** i dnes se můžeme setkat s používáním těchto pojmů, i když se jedná spíše o zastaralou terminologii, která má dnes lehce pejorativní nádech. Dalším používaným pojmem je **invalidita, invalida-** často se s tímto pojmem setkáváme hlavně, co se týká vymezení určitých zákonů a v právní terminologii. V dnešní době je považováno za správné vždy zdůrazňovat, že se jedná o člověka (se zdravotním postižením, s tělesným postižením, či člověka na vozíku). Užívání pojmů jako zdravotně postižený může působit negativně, protože ustupuje do pozadí jedincova individualita a je mu přisouzena určitá nálepka, která ho popisuje (Novosad, 2011).

Přikláním se k potřebě správného užívání pojmů, ale často, když jsem se pohybovala mezi skupinou vozíčkářů, byla jsem svědkem toho, že samotní lidé na vozíku používají spíše hovorovou terminologii, mnohdy s nemalou dávkou černého humoru. Určitě je dobré se zamyslet nad tím, jak správně lidi s tělesným postižením oslovovat. To má sloužit

k odbourávání bariér mezi jedinci zdravými a lidmi s tělesným postižením. Avšak je nutné brát v potaz, že ještě správné používání pojmů není vše a je důležité spíše zapracovat na správném a pro jedince s hendikepem vhodném chování než bazírovat na slovíčkaření.

## 1.1 Vymezení hendikepu

Jak uvádí Edelsberger et al., (2000, 114) „*Hendikep (z angl. Hand in cap= ruka v klobouku) - v přeneseném významu znevýhodnění, které výrazně ztěžuje výkon nebo plnění nějakého významného úkolu pro jedince, ztěžuje soutěžení s vrstevníky, dosažení běžných životních cílů, určitého zaměstnání apod.*“ V anglickém prostředí bylo slovo hand in cap používáno při dostizích a znamenalo los, který měl zajistit spravedlivé závody a sjednotit podmínky pro všechny koně. Určovalo se, který z koní bude muset uběhnout delší vzdálenost, rozhodovalo se v ohledu k posouzení jejich váhy, věku a trénovanosti. Tento termín později zlidověl a označoval určitou zátěž, onemocnění či určitou vadu (Vágnerová, Hadj-Mousová, & Štech, 1999). Podle Buřvalové a Reitmayerové (2007) je označení „člověk s hendikepem“ nejen označení pro jedince s nějakou nemocí, ale jedná se také o jeho jisté znevýhodnění v sociální roli.

Důležité je si uvědomit, že hendikep zasahuje do celého jedincova života. Tělesný hendikep může mít také dopad na rodinné konstelace. Pokud dojde k postižení u dítěte a jedinec s hendikepem zůstává v péči svých rodičů až do dospělosti, tak zde jsou viditelnější vazby mezi rodičem a dětmi než je tomu běžné u dospělých bez hendikepu. V takových případech bývá častá emocionální nezralost a malá sociální vybavenost do samostatného života. Velkou změnou v rodinném systému je také hendikep jednoho z manželské dvojice. Dochází zde k velké změně v sexuálním životě páru - může dojít až k úplnému ukončení sexuální aktivity. Dále můžeme vnímat rozdíly v pohlaví hendikepovaných. Role muže je v dnešní době spojena s velkou silou a jistou dominantní pozicí. Pokud však dojde u muže k tělesnému hendikepu, je jeho role oslabena. Pozice ženy s hendikepem někdy nemusí navodit až takové změny. Pokud se jedná o hendikep, kdy je žena schopna starat se o rodinné zázemí a provádět běžné domácí práce. Avšak dnešní doba klade na ženy velké nároky, jež se týkají jejich fyzického vzhledu (Murphy, 2001). V tomto ohledu by se dalo říci, že jsou na tom ženy trochu hůř než muži. S vozíčkáři jsem se tomuto tématu mnohokrát věnovala. I mezi nimi panují velké názorové rozdíly.



Ale většinou jsem se setkala s názorem, že právě muži při výběru partnerky mají trochu lehčí pozici než ženy. Mnohokrát mi to bylo odůvodněno tím, že muži často vybírají partnerky právě podle vzhledu, kdežto ženy muž upoutá často jinými vlastnostmi, než je fyzická krása.

## 1.2 Vrozené postižení

V této kapitole se budu věnovat vrozenému tělesnému postižení. Jelikož se ve své práci zabývám lidmi na vozíku, budu se věnovat hlavně nejčastějším vrozeným tělesným postižením, které vedou ke každodennímu užívání invalidního vozíku. Renotiérová (2002) uvádí, že k vrozenému hendikepu dochází nejčastěji v prvním trimestru těhotenství. Mezi nejčastější příčiny vrozeného tělesného postižení patří: různá parazitální onemocnění, určité léky či chemické látky užívané v době těhotenství, komplikovaný porod, nedostatečně vyvinutý plod, různé úrazy, které mají za následek poškození CNS. (Hartl & Hartlová, 2010) uvádějí, že příčiny vrozeného hendikepu mohou být taktéž dědičné nebo se může jednat o genetické předpoklady. Působením vrozeného postižení na osobnost se zabývá Novosad (2011), který tvrdí, že jedinci, kteří se s vrozeným tělesným postižením již narodili, mohou své postižení lépe akceptovat, ví jak se svým hendikepem zacházet, jaké mají možnosti. Dokáží si reálněji vytyčit své cíle, kterých chtějí dosáhnout. Jak poukazují Vágnerová, et al. (1999), u lidí s vrozeným postižením došlo k jistému omezení, či k jisté změně již při jejich vývoji. Což vede k významnému vlivu na celkový vývin jedince s vrozeným hendikepem. Nicméně, pokud má člověk již vrozené postižení, tak dochází k lepší adaptaci na hendikep. Může také docházet k postupné kompenzaci dané vady v jiné oblasti. Existuje mnoho druhů vrozeného postižení, následně je popíši v samostatné podkapitole.

### 1.2.1 Druhy vrozeného postižení

V této podkapitole se budu stručně zabývat nejčastějšími vrozenými postiženími, která vedou k jedincově imobilitě. Ne všechna níže vyjmenovaná postižení nutně vedou k upoutání na invalidní vozík, ale mohou být jednou z příčin. Existují různé stupně a formy těchto postižení. Mezi vrozené vady končetin patří: **amélie** – jedná se o vrozenou vadu

končetin, které nejsou plně vyvinuty. **Dysmélie** – znamená nedokonale vyvinuté končetiny (Renotierová, 2002).

**Dětská mozková obrna (DMO):** k tomuto druhu postižení dochází v časném vývojovém stádiu, DMO má za následek postižení mozkové regulace pohyblivosti. Mezi příčiny vzniku patří: předčasné narození, infekce matky a to zejména v prvním trimestru, či závažná infekce po narození (Buřvalová & Reitmayerová, 2007). DMO je jedno z nejběžnějších onemocnění v dětském věku. Její výskyt bývá udáván 2-5:1000 živých porodů. U DMO nedochází k progresu, často bývá spojena s mentální retardací a epilepsií. DMO se nejčastěji dělí na spastické formy - jedná se až o 2/3 případů tohoto onemocnění. Tato forma je typická zvýšeným svalovým napětím, dráždivostí. Tuto formu dále členíme na: disparetickou – nejčastější podoba DMO. Bývá více jak v polovině případů zapříčiněna předčasným porodem spojeným s nízkou hmotností novorozence. Je typická tím, že jedinec chodí po špičkách, nemá dostatečně vyvinuté dolní končetiny, které zaujímají takzvané „nůžkovité“ postavení. Hemiparetickou – druhá nejčastější podoba DMO, obvyklé jsou závažněji postiženy horní končetiny. Chůze je možná bez podpory. Kvadraparetickou – indikována u čtvrtiny ze všech DMO. Dochází k ochrnutí všech čtyř končetin, kdy závažnější bývá postižení dolních končetin. Tato forma vede nejčastěji k užívání invalidního vozíku. A oboustrannou hemiplegii - „úplné ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla“ (Vokurka, Hugo, et al., 2005), zde naopak bývají závažněji postiženy končetiny horní. Dyskineticko-ataktické formy – bývají spíše ojedinělé, výskyt v 10 – 15 % případů (Bednařík, Ambler, & Růžička, et al., 2010a)

**Rozštěp páteře** – jak popisuje Bendová (2010), bývá příčinou tělesného postižení až u 9 % tělesně hendikepovaných. K tomuto druhu postižení dochází v prvním trimestru těhotenství a to poškozením uzávěru embryonální trubice. Podle druhu závažnosti rozlišujeme na **spina bifida occulta**- jak uvádí Bednařík et al. (2010a), tento druh rozštěpu má až 5 % populace. Způsobuje vyšší výskyt nočního pomočování. Pokud je přidružen ještě s jiným poškozením páteře, dochází k ochrnutí dolních končetin, pomočování se, vůlí neovladatelnému úniku stolice. Jak popisuje Renotierová (2002), rozštěp je pokryt kůží a nemusí být zjevný. Nemusí způsobovat žádné potíže a může být zjištěn náhodně při rentgenu. Bendová (2010) dále uvádí tyto druhy rozštěpu páteře: **Meingokéla**- většinou není spojena s neurologickým postižením, jedná se o nižší stupeň narušení. **Meningomyokéla**- je pokaždé spojena s částečnou ztrátou hybnosti, až úplným ochrnutím

dolních končetin a dalším druhem je **myelokéla**). Podle Bendové (2010) je častější výskyt u mužů, než u žen, a to v poměru 7:3. V důsledku místa postižení jsou různé stupně tělesného hendikepu. Tam, kde bylo místo postižené, dochází k slabé obrně. Následek rozštěpu páteře je: postižení hybnosti, narušení termoregulace, zhoršené prokrvení orgánů, potíže s vylučováním a močením.

**Myopatie** – neboli svalová dystrofie. Jedná se o onemocnění, které postihuje svalstvo. Toto onemocnění je geneticky podmíněno, v průběhu onemocnění dochází k ochabování svalstva. Existuje velké množství různých druhů myopatií. Jako základní formy svalové dystrofie se řadí: Duchenneova muskulární dystrofie - tento typ dystrofie následně blíže popíši. Jak uvádí Ambler (1999), tento druh myopatie se vyskytuje pouze u chlapců. K projevům dochází kolem třech až pěti let dítěte, kdy je zjevná jistá nemotornost při skákání či běhání. Nemoc rychle postupuje a už ve věku kolem dvanácti let bývá jedinec odkázán na invalidní vozík. Dále existují: Beckerova muskulární dystrofie, Leyden-Moebiova muskulární dystrofie, Landouzyho-Dejerineova muskulární dystrofie, Erbova progresivní dystrofie. Progresivní svalové dystrofie se vyznačují zhoršenou funkcí orgánů a zhoršením funkcí motorických, trávicími potížemi, potíže s příjmem potravy, řídnutí kostí. Intelekt a citlivost orgánů bývá normálně zachována (Bendová, 2010). Tímto typem postižení bývají zasaženi častěji chlapci než dívky. Průběh je individuálně rychlý, většinou bývá stejný na obou částech těla. Jsou popsány dvě formy nemoci. Forma sestupná – postupuje z jedné části těla postupně po celém těle. Forma vzestupná – pro tuto formu myopatie je typická kolébavá neboli „kachní chůze“. Začátek se projevuje ochabnutím svalstva, jak se nemoc vyvíjí, je chození naprosto znemožněno (Renotiérová, 2002).

### 1.3 Získané postižení

Cílem této podkapitoly je popsat získané tělesné postižení, které vede k upoutání jedince na invalidní vozík. Získaný hendikep neumožňuje se adaptovat na postižení. Nečekané, ale i víceméně očekávané získané postižení, vede člověka k zásadní změně jeho života. Ke změně může dojít například v osobních vztazích, dále jedinec s nově vzniklým hendikepem může být nucen ke změně zaměstnání. K jisté změně dochází i v oblasti postojů a názorů. Adaptace na získané postižení je velmi individuální, někteří jedinci se

s tím smíří poměrně rychle a nadále vedou téměř stejný život jako před postižením (Novosad, 2011). U lidí, kteří k postižení přišli v průběhu života, je většinou jejich identita již vyvinutá a mají rozvinuté sociální vztahy. Jako první reakce na nově vzniklé postižení bývá šok. Po prvotní fázi šoku se jedinec na svůj nově vzniklý stav postupně většinou adaptuje (Vágnerová, et al., 1999). Jak popisuje Buřvalová a Reitmayerová (2007), lidi se získaným hendikepem mohou mít problém s nově vzniklou identitou, která je ovlivněna i postoji společnosti, zasažena je celá osobnost. Nově vzniklá situace obnáší značné požadavky na přizpůsobení se. Získané postižení sebou nese jistou ztrátu spojenou se změnou dosavadního fungování.

### 1.3.1 Druhy získaného postižení

Druhy získaného postižení jsou různé, budou vycházet z dělení Renotiérové (2002), která dělí získané tělesné postižení na získané deformace, dále tělesná postižení po úraze a tělesná postižení po nemoci.

**Získané deformace** - nejčastější příčinou těchto deformací je špatné držení těla. Dochází k vadám páteře. Deformace se nejprve projevuje špatným držením těla, které je možné po upozornění upravit, dále dochází k tomu, že již jedinec není schopen správnou pozici zaujmout sám, ale pouze s cizí pomocí. V dalším stádiu je těžké vadu odstranit, někdy jsou nutné chirurgické zákroky a jedná se o dlouhodobější proces nápravy (Renotiérová, 2002). Tento druh získaného postižení však nevede k nutnému užívání invalidního vozíku.

**Tělesná postižení po úraze** – mezi nejčastější úrazy vedoucí k tělesnému postižení patří moto nehody, živelné katastrofy, častými úrazy bývají také skoky do vody a pády z výšek. Při úrazech může dojít ke zlomení obratlů, což může vést k poškození míchy v oblasti mezi hrudní a bederní páteří anebo v oblasti krční páteře. Pokud dojde k vymknutí či zlomení některého obratle, může dojít ke stlačení či porušení míchy (Renotiérová, 2002). Jak uvádí Hrabálek (2011), v České republice každoročně přibývá kolem 300 úrazů míchy. Kdy nejčastější porušení míchy bývá lokalizováno v oblasti krční, dále na přechodu mezi hrudní a bederní částí (tzv. torakolumbální přechod). „*Při poranění krční páteře bývá mícha poškozena ve 40%, hrudní páteře v 10%, torakolumbálního přechodu ve 35% a bederní páteře ve 3% případů*“ (Hrabálek, 2011, 21). Následkem úrazu

může dojít k amputaci končetiny, dalším důvodem k amputaci mohou být nádorová onemocnění, cévní onemocnění, či závažná diabetická onemocnění. Renotierová popisuje amputaci jako (2002, 42) „*umělé oddělení části orgánu nebo části či celé končetiny od ostatního organismu*“. Pokud dojde k amputaci u dítěte, dochází k lepší adaptaci na nově vzniklý stav. V dospívání se jedinec s amputací vyrovnává obtížněji, dochází ke zhoršení životní situace (Renotierová, 2002).

**Tělesná postižení po nemoci** - spadá sem například **poliomyelitida** – jedná se o virové onemocnění způsobující částečné ochrnutí. Virus je přenášen fekálně-orální cestou. Ve třetím až sedmém dnu po nakažení jsou příznaky stejné jako u chřipky, poté se začnou projevovat nervové příznaky. Ochranou proti tomuto viru je očkování (Bednařík et al., 2010a). Poliomyelitida bývá nazývaná také jako dětská infekční obrna, v České republice se již díky očkování téměř nevyskytuje. Toto onemocnění může dosahovat různých stupňů, od lehčích forem až po formy závažnější, které vedou k odumírání svalů a neschopnosti pohybu. Velmi často jsou postiženy dolní končetiny. Život ohrožující je vzestupná obrna - která zasahuje tělo od dolních končetin po horní končetiny, až postupně dochází k narušení prodloužené míchy, kde jsou uchovány životně důležité funkce. Míšní forma narušuje svaly končetin, narušení je variabilní. Mozková forma - narušuje mozkový kmen (Renotierová, 2002).

**Roztroušená skleróza** - „*je chronické zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému s počátkem onemocnění nejčastěji ve věku 20 - 40 let* (Paterová, et al., 2005, 99). Důvod onemocnění není přesně známý. Pravděpodobně se na onemocnění podílejí genetické vlivy a také vnější prostředí. Roztroušená skleróza může mít za následek zrakové, senzitivní a motorické problémy (Paterová, et al., 2005). Jak uvádí Bendová (2010), onemocnění se častěji vyskytuje u žen než u mužů. Roztroušená skleróza způsobuje problémy s chůzí, řečí, může docházet k pomočování a úniku stolice.

**Cévní mozková příhoda (CMP)** – dochází k poškození prokrvení mozkové tkáně. CMP se rozděluje podle příčiny vzniku na ischemickou - kdy dochází k zastavení zásobování živin k mozku, hemoragickou (krvácivou), může být také smíšená. Faktorů, které přispívají ke vzniku CMP je mnoho, například: obezita, užívání drog, kouření, omezená pohybová aktivita, nemoci srdce, cukrovka a mnoho dalších. Následky jsou různé odvozené od místa postižení. Projevuje se jednostrannou částečnou ztrátou hybnosti či úplným ochrnutím, typický je svěšený dolní ústní koutek, dochází

k neschopnosti vnímat dotyky, či teplo v postižené části. V důsledku postižení levé hemisféry se vykytují problémy na úrovni řeči. Problémy mohou mít jedinci, také s praktickými věcmi dochází k takzvané apraxii. Při narušení pravé hemisféry dochází k porušení prostorového vnímání. Po prodělané CMP může být zasaženo také vidění (Bendová, 2010). Tato kapitola popisuje jen některé druhy získaného postižení. Není v rozsahu této práce jich zařadit více.

## 1.4 Život s hendikepem

V této podkapitole se budu jen stručně věnovat různým aspektům života člověka s hendikepem. Nastíním zde nejzávažnější témata, kterých se život s hendikepem dotýká.

Každé tělesné postižení, má za následek určitě sociální omezení. Hendikep často vede k extrémním postojům, může se jednat o jedincovu sociální izolaci, či naopak přehnanou snahu o ochranu od druhých lidí. Pokud je hendikep spojen s úbytkem estetické krásy, může dojít k zápornému hodnocení jedince na základě implicitních teorií. Lidé s hendikepem mohou být odmítáni kvůli tomu, že se tělesně liší od většiny. Změny v životě lidí s hendikepem jsou patrné i v komunikaci s osobami zdravými. Mnozí jedinci bez tělesného postižení se snaží při kontaktu chovat tak, že žádné postižení neexistuje, aby se jedinec s hendikepem necítil žádným způsobem dotčen. A však přehnaná snaha dělat, že postižení neexistuje, působí taktéž negativně (Vágnerová, 2014).

Při komunikaci s lidmi na vozíku je velmi důležité si uvědomit, že komunikující nejsou ve stejné úrovni, tudíž stojící člověk, aniž by sám jakkoliv chtěl, svou pozicí vyjadřuje nadřazené postavení (Vágnerová, 2014). Jak uvádí Murphy (2001), komunikace, která probíhá ve stoje, se pro vozíčkáře může jevit jako subjektivně velmi nepříjemná. Aby vozíčkář lépe slyšel a mohl se do konverzace sám zapojit, musí nepřirozeně zaklánět hlavu a celý proces nepůsobí jako komunikace rovného s rovným. To, že není navázání komunikace pro vozíčkáře snadné, popisuje (Murphy, 2001, 79): „*Nízká pozice a relativní imobilita tak ze mne udělaly bezbranný terč přátelských oslovení a vzaly mi veškerou možnost iniciativy v tomto ohledu*“. Další důvod proč u některých vozíčkářů dojde ke stažení se ze sociálního světa, mohou být osobní pocity studu, či prožívání vlastní viny, která v mnoha případech není vůbec oprávněná. U některých osob může docházet ke

snížení vnímané vlastní hodnoty (Murphy, 2001). Pokud je to možné, myslím si, že není nic jednoduššího, než uzpůsobit při komunikaci svou pozici jedinci na vozíku, stačí se jen sklónit, či si sednout do podřepu. Jak popisuje Zaciosová (2012), komunikace vozíčkářů mezi sebou je často velmi specifická. Mnohdy používají černý humor, který se může zdát opravdu krutý a pro některé nepochopitelný. Vtipy týkající se hendikepu bývají velmi časté. Zaciosová (2012, 93) popisuje komunikaci mladých vozíčkářů, kteří se domlouvali, že vyrazí na pivo: „*Odpoledne jdeme na pivo a jeden jim odpovídal: Vy volové, já určitě nejdu. Nevím jak vy, ale já si na to pivo zajedu*“.

Lidé s hendikepem se také musí vyrovnat s odlišným přístupem od lidí zdravých. Zdravý jedinci se často cítí lidmi s hendikepem ohroženi. Mají pocity strachu, když si uvědomí, jak snadno by postižení mohlo potkat i je anebo jejich blízké. Také mohou prožívat pocity viny, že oni jsou zdraví. Hendikepovaní se také často setkávají s částečným odejmutím úcty. Mohou se setkat s tím, že okolí nepředpokládá, že člověkem s hendikepem zvládne téměř vše co jedinec bez hendikepu (Murphy 2001). Od svých známých, především žen s tělesným hendikepem, jsem se často doslechla, jak byly podceňovány po stránce intelektové. Mnoho lidí si myslí, že člověk s tělesným postižením má zasaženy i intelektové schopnosti.

Tělesný hendikep také často přináší změny v oblasti sexuálního života. U muže má poškození míchy často za následek různý stupeň impotence. Podle poškození míchy může dojít k naprosté a nevratné impotenci či k občasné impotenci, dále může docházet k poruchám erekce. U některých mužů s poškozením míchy je erekce zachována, ale dochází k nemožnosti dosáhnout orgasmu. I přestože když je muž potentní, tak se výrazně mění jeho sexuální role. Často se stává, že jedinou přijatelnou polohou je poloha, kdy je muž vleže na zádech a žena na něm (Murphy, 2001). Jak popisuje svůj sexuální život vozíčkář – kvadruplegik - sex si i přes velké omezení užívá, i když fyzické omezení považuje za velmi závažné. Podařilo se mu s manželkou zplodit dvě děti přirozenou cestou (Faltýnková, 2012). U žen poškození míchy může vést k nemožnosti dosáhnout orgasmu. Mnoho žen, i když nejsou schopny dosáhnout orgasmu, prožívá svou sexualitu a jsou schopny počít dítě, často však dochází k porodu císařským řezem a ani samotné těhotenství nebývá zcela bez rizik (Murphy, 2001). Mandes, Cardoso, a Savall (2008) se zabývali sexuální spokojeností u osob s poškozením míchy. Svůj výzkum realizovali na čtyřiceti brazilských mužích s poraněním páteře - jednalo se o 29 mužů s paraplegií a 11

mužů s kvadruplegií, jako kontrolní skupina jim sloužilo padesát mužů bez tělesného hendikepu. Výzkumníci pomocí dotazníků zjistili, že spokojenost jedinců bez tělesného postižení byla 72%. Dotazovali se také na spokojenost jedinců s poraněním páteře před jejich postižením, ti svou spokojenost uvedli jako 80%. Po vzniku poškození míchy jejich sexuální spokojenost klesla na 47.5%. Po srovnání výsledků mezi muži před vznikem poruchy míchy a po vzniku poškození míchy byla průměrná spokojenost se sexem u mužů před vznikem poruchy hodnocena jako 8.33 (z deseti bodů), u mužů po vzniku poškození míchy klesla na 6.45 bodů. Výsledky v sexuální spokojenosti jedinců před poraněním míchy a kontrolní skupinou nebyly signifikantní. Což vypovídá o tom, že výsledky u skupiny jedinců s postižením nebyly zkresleny vzpomínkami či určitou nostalgií. Výzkumníci se také zabývali úrovní postižení, kdy nenalezli signifikantní rozdíl v úrovni postižení a hodnocení sexuální spokojenosti. Výzkumníci věří, že i navzdory výsledkům u některých mužů je jejich spokojenost spojena s funkčností genitálu nezávisle na jejich postižení.

#### **1.4 Psychické stavy u osob s tělesným hendikepem**

Zaměřím se na faktory, které ovlivňují přijetí hendikepu, dále se budu věnovat pocitům, které prožívají lidé se získaným postižením, zmíním významné činitele, které vedou k lepší adaptaci při vzniklém hendikepu, a popíši vyrovnávací strategie, které volí hendikepovaní.

Jak popisuje Buřvalová a Reitmayerová (2007), aby došlo k přijetí postižení, důležitou roli sehrává, na jaké vývojové úrovni se člověk nachází. Jinak vzniklý hendikep působí na děti v raném věku či na děti v pubertě. Přijetí je ovlivněno také tím, jak je na první pohled postižení zřejmé. Jedinci s tělesným postižením se se svým hendikepem hůře vyrovnávají, pokud je zasažen jejich vzhled. Mohou se u nich objevovat pocity méněcennosti, problémy s navazováním společenských vztahů. Časová komponenta postižení je dalším aspektem, který ovlivňuje přijímání postižení. Onemocnění či hendikep, které nastanou náhle, a je spíše předpokládané zlepšení stavu, bývají lépe snášeny. Pokud je však pravděpodobné, že bude docházet ke zhoršování stavu (jako například u myopatie, nádorového onemocnění), dochází často u takových jedinců k psychickým problémům, které někdy musí být léčeny antidepresivy. Velmi podstatná je



míra frustrační tolerance, která je velmi individuální. K frustraci dochází již při vzniku hendikepu a může být přítomna po celou dobu. V podobě nedostatku možnosti kontaktu s ostatními lidmi, ztížených možnostech při navazování kontaktů s opačným pohlavím. Významnou roli zde má rodina a odborní pracovníci, kteří by měli objasnit, co daný hendikepem obnáší a jaké jsou další prognózy jeho vývoje. Měli by poskytnout podporu při zvládnání obtížné životní situace. Dalším důležitým faktorem v přijímání postižení jsou postoje. Jedná se o: postoje společnosti, společnost zaujímá určité názory podle různých druhů postižení. Postoj nejbližších hendikepovaného, zda přijímají jedince s postižením jako něco co je zatěžuje, či se snaží o zachování klidu a celkové adaptaci na nově vzniklou situaci. Postoj samotného hendikepovaného, zda se k hendikepu staví spíše jak k určité výzvě, která má řešení, či se snaží svůj hendikep popírat, či proti němu jinak bojovat.

Jak uvádí (Faltýnková, 2012), pokud dojde u člověka k náhlému poškození míchy, která vede k trvalému poškození hybnosti (jak už na úrovni paraplegie či kvadruplegie) většina jedinců zažívá pocity hněvu, lítosti a strachu. Deprese často trvá určitou dobu, aby jedinec pochopil, co se stalo a jaké jsou následky. Intenzita je velmi variabilní a postupně dochází k zmírnění negativních emocí. K lepšímu zvládnání následků poruchy míchy přispívá: dobrá informovanost o celkovém stavu, pochopení, že dotyčný má právo prožívat negativní emoce, možnost mít komu sdělit své pocity (nemocniční personál, psycholog, rodina, blízcí, přátelé), aktivita jak fyzická tak duševní, zkoušet věci, které jsou v rámci hendikepu možné, být rozhodnutý v pokračování života i na vozíku. Přijmout rehabilitaci, být ochotný se léčit, snažit se o co největší samostatnost a věnovat se svým pocitům a emocím. Důležité je, aby člověk, u kterého dojde k poškození míchy a tím k celkové změně v jeho životě, měl možnost mluvit otevřeně o svých pocitech a to s lékařem, psychologem či nemocničním kaplanem. *„K tomu, aby člověk zvládl citovou i emoční reakci po poškození míchy, je třeba sáhnout až na dno svých sil, najít si další cíle, jejichž dosažení je motivací“* (Faltýnková, 2012, 14). Myslím si, že je velmi důležité, aby hned po úrazu v nemocnici měl jedinec po poranění možnost se komu vypovídat, svěřit se ze svých obav a strachů. Vidím zde, velkou úlohu klinického psychologa. A myslím si, že tato problematika není ještě zcela probádaná a je stále v psychologické péči o vozíčkáře co zlepšovat.

Postižení pro jedince představuje náročnou životní situaci, se kterou je nutné se vyrovnat. Lidé s hendikepem volí stejné vyrovnávací techniky jako lidé bez postižení. Mezi

nejčastější způsoby vyrovnávání se patří agrese a únik. Častěji však převažují agresivní řešení různých situací. Může se jednat o agresivitu slovní, agresivitu, která je směřována na jiné lidi, objekty, či mířená na vlastní osobu, vztahování pozornosti na vlastní osobnost, negativismus, snaha najít viníka v někom z okolí, snaha ztotožnit se se silnější osobou, snaha dosáhnout lepších výsledků v jiných oblastech - kompenzovat svůj hendikep. Mezi úniková řešení patří: forma přímá, různé suicidální pokusy, alkoholismus, či užívání drog, stáhnutí se od okolního světa, stažení se do své nemoci, racionalizací, popření, regresí (Buřvalová & Reitmayerová, 2007). To jakou techniku vyrovnání se s hendikepem jedinec zvolí je velmi individuální. Záleží na mnoha faktorech a situacích, ve kterých se nachází.

## 2 Vozíčkáři

V této kapitole se budu zabývat lidmi na vozíku. Hlavní, na co se v této kapitole zaměřím, budou jedinci, kteří mají paraplegii a dále jedinci s kvadruplegií. Zmíním také organizace sdružující vozíčkáře.

Jedinec může být na vozík upoutaný z mnoha příčin. Jak už jsem uvedla v předchozí kapitole, může se jednat o příčiny vrozeného hendikepu anebo o hendikep získaný v průběhu života. K lepšímu pochopení života na vozíku bych ráda odcitovala výpověď jednoho vozíčkáře: „*Život na vozíku může být tolik hodnotný, že stojí za to, dokonce může být i plnější než život bez takové zkušenosti. Ale to fyzické omezení je obrovské a ztráta různých možností nenahraditelná.*“ (Faltýnková, 2012). Nejčastější příčinou upoutání lidí na vozík bývá poranění míchy, které může být způsobené různými úrazy či nemocemi (nádorové, degenerativní, cévní nebo zánětlivé). Následky po poškození míchy jsou velmi variabilní, odvíjí se to od rozsahu a místa postižení míchy. Pokud dojde k úplné ztrátě hybnosti, většinou dolních končetin (při zachování pohyblivosti horních končetin), mluvíme o **paraparéze** či **paraplegii**. Když dojde k poškození míchy v úrovni oblasti krční, dochází k omezení i horních končetin, jedná se o **tetraparézu** či **tetraplegii**, známou také pod názvem **kvadruplegie** (Faltýnková, 2012). Ve své práci budu používat latinský výraz kvadruplegie. Slovo **paréza** znamená ochrnutí částečné, při kterém dochází k narušení nervosvalového přenosu a hybnosti. **Plegie** je více závažná, má za následek kompletní ochrnutí a úplnou ztrátu hybnosti (Novosad, 2011). Pokud dojde k nečekanému porušení míchy, dostaví se **spinální šok** – v tomto stádiu přestane mícha provádět reflexní činnost, končetiny bývají bezvládné, nereagují na dotyky a na změny teploty, bývá narušeno i vyprazdňování a močení. Tento stav trvá v průměru okolo 4 - 8 týdnů. Většinou se stav zlepšuje, tím že se obnoví reflexní činnost míchy. Co se týká prognózy dalšího pohybu, jestli se do 3 - 4 měsíců od porušení míchy objeví aktivní pohyb, v místě poškození k obnovení hybnosti často již nedojde (Faltýnková, 2012).

Vozíčkáři se během svého života setkávají s řadou omezení (různé druhy bariér). Další komplikace, se kterými se vozíčkáři po úrazu často setkávají, bývají například **dekubity** – proleženiny a prosezeniny. Vznikají, pokud jedinec zůstává delší dobu v jedné poloze, mohou se objevit i po několika hodinách. U vozíčkářů dochází k výskytu dekubitů nejčastěji v oblasti sedacích hrbolů, kosti křížové, a pokud má vozíčkář úzký vozík, mohou

se dekubity objevovat i v oblasti boků. Nejdříve se jeví pouze jako ztmavlá místa na kůži, která se mohou zdát teplá na dotek a zůstávají více jak pět minut po změně pozice. Pokud toto stádium není včas rozpoznáno, vznikne otevřený puchýř, zde je nutná návštěva lékaře, dekubit musí být vyčištěn a překryt prodyšným materiálem. Jestliže není tato fáze včas podchycena a léčena, vzniká hluboká rána, která zasahuje i měkké tkáně a nakonec i kost, musí docházet k čištění, aby nedošlo k infekci. Řešením bývá chirurgický zákrok - plastika či odstranění zasažené kosti. Není dobré dekubity podceňovat, když nedojde k jejich vhodnému léčení, mohou být smrtelné. Další, s čím se vozíčkáři často setkávají, bývají **otoky končetin**, které jsou způsobeny nedostatečným prouděním krve v ochrnutých oblastech. Problémy se vyskytují také například **s močením či se stolicí**, časté bývají zácpy. Dalším problémem, který se projevuje jak u paraplegiků tak kvadruplegiků jsou **spasmy**. „*Jedná se o zvýšení svalového napětí a šlachových reflexů, objevují se mimovolní záškuby, chvění nebo křeče – spasmy*“ (Faltýnková, 2012, 16). Spasmy mohou být využívány i pozitivně, pokud je člověk s postižením umí ve správnou chvíli vyvolat, mohou pomáhat při změnách polohy. Pokud ovšem dochází k velmi silným spasmům, může to vést až k omezení sebeobsluhy (Faltýnková, 2012).

Jak už název naznačuje, vozíčkáři ke svému životu užívají invalidní vozík. Myslím, že je důležité, popsat alespoň základní druhy vozíků. Jak uvádí (Faltýnková, 2013), invalidní vozík může být mechanický anebo elektrický. Mechanické vozíky se dále dělí na základní mechanické vozíky, které slouží hlavně k občasnému přemístování pro ne příliš dlouhé vzdálenosti. Základní odlehčené vozíky, váží do 16 kg a jsou určeny pro pohyb venku. Využívají je lidé, kteří mají problémy s chůzí, či jim jejich hendikep chůzi neumožňuje. Odlehčené vozíky, které jsou částečně či úplně variabilní, mají taktéž váhu do 16kg. Aktivní vozíky, jejich váha je nižší než předchozích a to do 12 kg. Jsou lépe ovladatelné a velmi variabilní. Umožňují jedinci aktivní způsob života, lépe se nandávají do auta a umožňují sportovat. Poslední kategorií mechanických vozíků jsou speciální vozíky, jsou přizpůsobeny konkrétnímu druhu hendikepu. Jedná se například o pákový vozík, který umožňuje obsluhu lidem s jednou rukou nebo vozík pro jedince obézní. Další kategorií jsou vozíky elektrické. Ty se dále dělí na elektrické vozíky s hlavním využitím ve vnitřních prostorech. Tento druh vozíku umožňuje pohyb jak ve vnitřních prostorech, tak v rovinném venkovním terénu. Slouží jedincům, kteří mají omezenou či znemožněnou chůzi a zároveň mají postiženy i horní končetiny. Elektrické vozíky s využitím ve vnitřních

prostorech variabilní, umožňují nastavení určitých parametrů. Dalším typem elektrických vozíků, jsou vozíky, které jsou využitelné hlavně venku.

## 2.1 Paraplegie

Paraplegie znamená úplné ochrnutí, většinou dochází k ochrnutí dolních končetin (Vokurka & Hugo, et al., 2005). Paraplegie se podle stupně postižení dále dělí na **vysokou paraplegii** – jedinec má zasaženou míchu v horní oblasti, což způsobuje nepohyblivost dolních končetin a parciální omezení hybnosti těla. Pro takto postiženého člověka bývá problematické kašláni a dýchání. V oblasti břicha po hrud' jedinec nemá zachovalou citlivost, je pouze citlivý od hrudi nahoru. Vysoká paraplegie bývá popisována jako stupeň 5- (poškození na úrovni Th1- Th6). Lidé s tímto druhem postižení jsou schopni sedět sami, aniž by využívali jakékoliv podpory, pohyb horních končetin je nenarušený a však v prvních pokusech je zapotřebí pomoci asistenta. **Nízká paraplegie** -mícha bývá postižena v dolní části zad, což má za následek úplné nebo částečné omezení hybnosti dolních končetin. Jedinec s nízkou paraplegií cítí od břicha nahoru a částečně také cítí nohy. Nízká paraplegie je označována jako stupeň 6 - mícha poškozena v oblasti (Th10-L) sed možný bez opěry a pomoci (Faltýnková, Kříž & Kábrtová, 2004). Paraplegie nemusí být způsobena pouze pouřazovým zraněním. Paraplegie může být také vrozená, jedná se o **vrozenou spastickou paraparézu**. Tato nemoc je ovlivněna geneticky, jedná se o neurodegenerativní onemocnění. Nemoc způsobuje neovladatelné křeče do dolních končetin. Výskyt onemocnění je asi tři případy na sto tisíc obyvatel. Nemoc se dá dělit na dva druhy a to nekomplikovanou (čistou) formu – narušena bývá chůze a může docházet k poruchám spojeným s močením, horní končetiny nebývají nějak zasaženy. Forma komplikovaná zastupuje 10% výskytu tohoto onemocnění. Porucha dolních končetin je jen jedna z mnoha postižení, bývá zasažen i intelekt, může se objevovat hluchota, problémy se zrakem, epilepsie, demence (Bednařík, Ambler, & Růžička, et al., 2010b). Jak uvádí (Fink, 2013), existuje více jak 50 druhů vrozené spastické paraplegie. Výskyt onemocnění se může projevit v jakémkoliv věku. U nekomplikované dědičné paraplegie, může být jedním z příznaků onemocnění právě problémy s močením, délka života odpovídá průměru a kromě problémů s chůzí většinou nedochází k žádným dalším komplikacím. Vývoje

nemoci je velmi individuální, k progresu onemocnění často dochází v pubertě. U nekomplikované formy jsou typické vůlí neovlivnitelné křeče a také svalová slabost.

## 2.3 Kvadruplegie

Kvadruplegie je pojem označující ochrnutí všech čtyř končetin (Vokurka & Hugo, et al., 2005). Synonymně bývá pro kvadruplegii používán řecký výraz tetraplegie. Jedná se o poškození v oblasti krční, za následek má ochrnutí dolních končetin a částečné ochrnutí horních končetin. Máme různé stupně kvadruplegie **Stupeň 1** (poškození v oblasti C4,C4/5) takto postižení lidé nejsou schopni sedět sami bez opory. **Stupeň 2** (zasažena oblast C5, C5/6) člověk s tímto stupněm postižení je schopen sedět sám s opřením se o své lokty. Nezvládne zvednout ruce a uchovat rovnováhu. **Stupeň 3** (postižení v oblasti C6, C6/7) jedinec zatímco se jednou rukou opírá o loket, zvládne zvednout druhou horní končetinu do úrovně ramen. **Stupeň 4** (C7, C7/8) člověk je schopen zvednout jednu horní končetinu až nad hlavu. Je schopný se předklonit, narovnat, sedět bez podepírání nohy (Faltýnková et al., 2004).

Kvadruplegie nemá za následek pouze ochrnutí dolních končetin a dále omezenou hybnost končetin horních, s kvadruplegií jsou spojeny také například problémy s **dýcháním**. Po prodělaném úraze je kvadruplegik nejprve odkázán na ventilační přístroj, až postupně se učí dýchat a vykašlávat sám bez podpory. Problémy s **močením** jsou také u paraplegiků, ale u kvadruplegiků bývají závažnější. V některých případech kvadruplegik nedostane do mozku informaci o naplnění močového měchýře. Postupem času se naučí tyto informace posuzovat na základě tělesných znaků jako je například mravenčení. Kvadruplegik nemusí dostávat do mozku informace ani o potřebě **vyprázdnění se** a může docházet k samovolnému odchodu stolice. Stejně jako paraplegici také kvadruplegici mívají potíže se zácpou. Kvůli poškození vegetativních nervů může docházet k **vegetativním kolapsům** – stavy slabosti, nejčastěji se projevují při změně polohy. **Porucha termoregulace** bývá jako další následek postižení (Faltýnková, 2012).

## 2.4 Organizace sdružující vozíčkáře

Tato kapitola pojednává o organizacích, které sdružují vozíčkáře. Popíši zde hlavně organizace, které jsem oslovovala s pomocí při vyplňování dotazníku.

**Paraple-** do roku 2010 působilo, jako součást České asociace. Organizace se zaměřuje na jedince ochrnuté po úrazech či po prodělaných onemocněních. Pomáhá jedincům samotným, i jejich rodinám. Pomáhá k zlepšení tělesného, duševního stavu, zabývá se sociálně rehabilitačními službami a poradenskými službami, jak pobytovými, tak ambulantními. Také se zaměřuje na většinovou populaci, kterou se snaží informovat o problematice lidí po poškození míchy. Historie Paraple je datována od října roku 1994, kdy s pomocí sdružení Svaz paraplegiků a Zdeňka Svěráka bylo otevřeno Centrum Paraple na Praze 10. Jak uvádějí statistiky Paraple, služby centra využilo 1 400 000 vozíčkářů. Organizace také vydává čtvrtletně svůj bulletin Svět s Parapletem, který informuje o činnostech Paraple a nabízí užitečné rady pro jedince s hendikepou, klienti se mohou taktéž zapojit a přispívat do periodika svými vlastními náměty. Centrum má svou vlastní kavárnu pojmenovanou Kavárna pod Parapletem. Centrum se zabývá mnoha projekty, jedním z nich je běh pro Paraple, jedná se o benefiční akci, jejíž výtěžek jde na podporu centra, Golfový turnaj, Večery pod Parapletem - jsou jak pro klienty, tak zaměstnance, večer je vždy tematicky zaměřen (Paraple, 2015).

**Česká asociace paraplegiků- CZEPA-** jedná se o neziskovou organizaci, která působí po celé České republice. Organizace byla založena v roce 1990 jako součást organizace Paraple, její osamostatnění proběhlo v roce 2010, název byl Svaz Paraplegiků, k přejmenování do současného názvu došlo v roce 2012. Jejím úkolem je sdružovat všechny jedince po poranění míchy. Cílem je integrace tělesně hendikepovaných, hájení jejich zájmů, nacházení smysluplnosti života. Mezi programy, které realizuje, patří poradenské služby (právní, sociální) a poradenství týkající se poranění míchy. Mezi činnosti, které organizace provozuje, patří: obchod Hvězdný bazar, který umožňuje lidem po úraze získat pracovní zkušenost. Obchod nabízí zboží, které bylo věnováno od známých osobností. Zisk z obchodu je využíván na fungování organizace. Vozíčkáři často musí uzpůsobit své bydlení nově vzniklému stavu, i s tímto nabízí organizace pomoc. CZEPA provozuje také webový portál vozejkov.cz, který slouží jako komunikační prostředek pro

vozíčkáře. Dále nabízí aplikaci VozejkMap, která popisuje bezbariérová místa (CZEPA, 2015).

**Liga vozíčkářů**- se zabývá lidmi hendikepovanými, jak lidmi s tělesným postižením, tak také jedinci s jinými druhy hendikepu. Sídlo společnosti je v Brně ale v dnešní době má již devět poboček. Organizace vznikla v roce 1990, ve stejný rok začala vydávat svůj časopis Vozíčkář. Organizace si klade za cíl podporu hendikepovaných jedinců v každodenním životě a to hlavně v jejich větší nezávislosti, edukaci, informovanosti o jejich právech a možnostech, zaměřuje se také na využívání volného času. Věnuje se také informování širší veřejnosti o lidech s hendikepem. Liga vozíčkářů poskytuje osobám s tělesným postižením možnost využít osobní asistenty, jedná se o placenou službu, další službou je výcvik asistenčních psů, kteří usnadňují život lidem s tělesným hendikepem. Organizace také provozuje svou poradnu, která funguje online prostřednictvím Skype, e-mailu nebo na bezplatné telefonní lince či osobně. Liga vozíčkářů podporuje jedince s postižením v hledání zaměstnání a v otázkách týkajících se jejich bydlení a v otázkách právních s těmito otázkami se klienti mohou obracet na službu sociální rehabilitace Další z poskytovaných nabídek jsou centra denních služeb, které poskytují volnočasové aktivity. Jedná se o výtvarné dílny, přednášky, odpočinková cvičení. Liga provozuje divadelní seskupení Barka, kde vystupují tělesně hendikepovaní. Za velmi přínosný považují projekt Přisedni si, který umožňuje většinové zdravé populaci dozvědět se o lidech s postižením více a tím odstranit mnohé bariéry a předsudky. Projekt pořádá besedy na školách, jeho cílem je seznámit děti s životem s postižením, také má preventivní formu. Zaměřuje se na informaci o různých úrazech a má sloužit k možnosti lepšího začlenění lidí s hendikepem. Přednášejí vozíčkáři, děti se seznámí s lidmi s tělesným postižením, mají možnost jim pokládat dotazy a také si mohou na vlastní kůži vyzkoušet jaké je to se pohybovat pomocí vozíku. V rámci programu mají zájemci také možnost zkusit si být na den na vozíku a dozvědět se více o lidech na vozíku (Liga vozíčkářů, 2015). Tato kapitola měla pojednat o nejznámějších organizacích pro vozíčkáře. Organizací existuje velké množství, ráda bych ještě uvedla například organizaci působící v Olomouci a to Spolek Trend vozíčkářů.



### 3 Sebepojetí

V kapitole Sebepojetí se věnuji prvkům sebepojetí, současným i historickým koncepcím pojednávajících o sebepojetí. Zaměřím se také na tělesné sebepojetí a na celkový vývoj sebepojetí jedince.

*„Sebepojetí chápeme jako postoj k vlastní osobě, který má prvky kognitivní (sebepoznání, sebedefinování ...), emocionální (sebehodnocení, sebeúcta...) a činnostně regulativní (sebeprosazení, sebeuplatnění, sebekontrola ...). ( Fialová, 2001, 28). Blatný definuje sebepojetí jako: „Souhrn představ a hodnotících soudů, které o sobě člověk chová.“ (Blatný & Plháková, 2003, 92). Sebepojetí zahrnuje obsah kognitivní - zabývající se organizací a obsahem sebepojetí, dále aspekt afektivní, který se týká vztahu sama k sobě a třetím aspektem je aspekt konativní, který poukazuje na motivační funkci sebepojetí a projevuje se v seberegulaci chování (Blatný et al., 2010.).*

#### 3. 1. Prvky sebepojetí

**Kognitivní stránka já**- tento aspekt zahrnuje obsah a struktury sebepojetí. Obsah sebepojetí je individuální a vytváří se v průběhu života. Každý jedinec má naprosto odlišné sebepojetí, ale můžeme nalézt určité společné vlastnosti. S přibývajícimi informacemi o sobě, vlastní sebereflexí, dochází k jeho nárůstu. S obsahem sebepojetí se také pojí jeho struktura. Kognitivní složka zahrnuje různé druhy já: reálné já, možné já, ideální já, požadované já, nechtěné já, moje špatné já. Tyto typy reprezentací vznikají na základě toho, jaké mínění o sobě člověk chová a také jaké zpětné vazby mu poskytuje jeho okolí. Reprezentace já nemusí být vždy shodná s realitou. Jedinec o sobě má nějaké mínění, které je korigováno vlastní zkušeností v širším sociálním prostředí (Blatný & Plháková, 2003). Jedinec například může mít dojem, že je výborným zpěvákem, ale při vstupu do soutěže hudebních talentů je mu řečeno, že postrádá veškerý talent.

**Emoční stránka já** - (Blatný & Plháková, 2003) řadí do emočního aspektu já pojmy jako je sebehodnocení, sebeúcta, sebevědomí, sebedůvěra. Tento aspekt dává jedinci možnost citového prožívání a umožňuje mu prožívat emoční vztah k sobě. Jako mentální reprezentace emočního aspektu já je uváděno sebehodnocení. Mezi některými autory dochází k synonymnímu užívání pojmu sebehodnocení a sebepojetí. Ve své práci však tyto

pojmy odlišují. Jak uvádí Blatný: „*Sebepojetí vedle hodnotící složky obsahuje i pouze deskriptivní znalosti o sobě*“ (Blatný & Plháková, 2003, 115).

**Konativní stránka já** - bývá taktéž označovaná jako motivační či behaviorální. Jedná se o složku, která má na starost seberegulaci. V popředí stojí vlastní jedincovi normy, které slouží jako podněty k jistému chování. Při vzniku jedincových norem je dáván důraz na jeho aktivitu. Jako hlavní motiv je považován rozdíl v nynějším a očekávaném stavu. Mezi nejznámější osobnosti, které se zabývaly konativní stránkou já, řadíme: Snydera, Higginse, Banduru, Carvera a Scheiera. (Blatný & Plháková, 2003).

Snyder podle typu monitorování rozlišil populaci na sebe-monitorující jedince, kteří si velmi všímají chování a sebe-monitorování ostatních jedinců a to jim slouží jako klíč k jejich vlastnímu projevení. Druhou skupinu nazval jako ne sebe – monitorující, tito jedinci vycházejí spíše než ze situačních proměnných ze svých vlastních zkušeností (Snyder, 1974).

Carvera a Scheiera vyvinuli kontrolní model seberegulace. Ve kterém uvádějí, že pokud lidé směřují k dosažení jistého cíle, snaží se o snížení rozdílu, mezi tím co dělají a tím, čeho chtějí dosáhnout. Důležité je, aby byli pozorní, které cesty vedou k úspěchu (k dosažení daného cíle) a tu cestu by jedinci měli následovat (Carver & Scheier, 1990). Carver a Scheier se dále zabývají, jaké stránce já se lidé věnují. Soukromé sebeuvědomování spočívá v sebeuvědomování si svých vlastních pocitů a vnitřních stavů. Pokud má jedinec soukromé sebeuvědomování velmi vyvinuté je schopen lépe porozumět svým pocitům, které také výrazněji prožívá. Veřejné sebeuvědomování je odvozeno od toho, jakým způsobem jsou hodnoceni od ostatních lidí a jakým způsobem dodržují okolní normy. Lidé, kteří mají tuto složku sebeuvědomování více rozvinutou, bývají více ovlivňováni veřejností a jsou vnímavější k odezvám na své chování. Zatímco jedinci, kteří nemají toto sebeuvědomování natolik rozvinuté, nemění své názory podle většinového mínění (Buss, 1980, Nasby, 1985, Pervin, 1996, in Blatný & Plháková, 2003).

E. Tory Higgins je autorem teorie diskrepancí v sebepojetí. Ve své teorii se zabývá jak rozdíly v různých já (self) vedou k emoční zranitelnosti. Já rozděluje podle různých oblastí já aktuální - jedná se o reprezentaci znaků, které si myslíme, že máme anebo nám je připisuje někdo jiný. Ideální já – je reprezentováno tím, jaké znaky bychom my samy chtěly mít, anebo co si myslí ostatní, že bychom měli ideálně mít. Požadované já – jedinec či okolí se domnívá, že by měl mít dané atributy. Například konflikt mezi ideálním a

požadovaným já si můžeme uvést na příkladu ženy, která chce být úspěšná ve své kariéře, ale je od ní spíše očekáváno, že bude dobrou hospodyní a matkou. Dále se já dělí podle jeho aspektů (já vlastní- názor, hlediska, pohledu na sebe samého anebo já z pohledu významného druhého). Pokud dojde k tomu, že v různých typech já (self) dojde k nesrovnalosti, jedinec se nachází v nepříjemné situaci a subjektivně vnímá určité nepohodlí. Pokud dochází k nesouladu mezi aktuálním já z vlastního pohledu a ideálním já, dochází k nedostatku pozitivních závěrů o sobě. Což následně vede ke zvýšené sklíčenosti a smutku jedince. Pokud jedinec pociťuje nesoulad mezi aktuálním já z vlastního hlediska a požadovaným já, jedinec zažívá negativní emoce jako je například strach, neklid. Když zkombinujeme oblasti já a aspekty já dostaneme celkem šest kombinací. Jedná se o aktuální já z vlastního pohledu, aktuální já z pohledu někoho jiného, ideální já z vlastního pohledu, ideální já z pohledu někoho jiného, požadované já z vlastního pohledu a požadované já z pohledu někoho jiného. Sebepojetí odpovídá aktuálnímu já z vlastního hlediska a také aktuálnímu já z pohledu druhého. Osobnostní vodítka vycházejí z ideálního já (jak z pohledu vlastního, tak někoho dalšího) a také z požadovaného já (taktéž jak z vlastního pohledu, tak z pohledu druhého). Lidé se v druzích motivace liší. Podle teorie diskrepancí naše osobní vodítka směřuje k dosažení stavu, kdy naše sebepojetí odpovídá naší osobnosti (Higgins, 1987).

Dalším významným pojmem je self-efficacy-překládané jako vlastní zdatnost či účinnost. Albert Bandura je autorem tohoto pojmu. Bandura tvrdí, že způsob jakým na sebe lidé nahlízejí, vychází z jejich vlastních zkušeností. K přesvědčení o vlastní zdatnosti (self-efficacy beliefs) dochází čtyřmi různými zdroji příjmů informací, jedná se o enactive mastery experiences – do češtiny přeloženo jako zkušenost mistrovství, které považuje za nejvíce ovlivňující a to proto, že díky těmto důkazům si jedinec uvědomuje to, co ho vede k úspěchu. Bandura dále zdůrazňuje, že je důležité, aby lidé zažili, že cesta k úspěchu není vždy lehká a pro dosažení cíle je nutné vytvořit úsilí. Pokud mají jedinci zkušenosti z toho, že úspěch je vždy lehce dosažitelný, při selhání jsou velmi zklamáni. Dalším zdrojem vlastní zdatnosti jsou – vicarious experience – zprostředkované zkušenosti. Aby byli lidé schopni posoudit vlastní zdatnost, využívají takzvané zprostředkované zkušenosti. Tyto zkušenosti získávají při porovnávání se s druhými lidmi. Verbální přesvědčování je také zdrojem vlastní zdatnosti, kdy dochází k zesílení schopností a tak lidé dosáhnou toho, co hledali. Vlastní zdatnost je posílena, pokud i v těžkých situacích ostatní lidé podporují

jedince na místo, aby pochybovali o jeho schopnostech zvládnout těžkou situaci. Physical and affective states – jedná se o fyzické a emoční stavy, kdy lidé soudí své schopnosti, opírají se o somatické informace, které vycházejí z emocí a emocionálních stavů. Somatické indikátory jsou zjevné hlavně, pokud se jedná o fyzické dosažení úspěchu, zdravotního fungování a zvládnání stresu (Bandura, 1997).

### **3.2 Historické koncepce sebepojetí**

Mezi významné osobnosti zabývající se sebepojetím řadíme Williama Jamese, který je považován za zakladatele psychologie já. Mezi další osobnosti, které přispěly k výzkumu sebepojetí, se řadí symboličtí interakcionisté Ch. D. Cooley a G. H. Mead (Blatný & Plháková, 2003). William James vymezil já jako já poznávané (z anglického „me“) – sem podle Jamese spadá vše, co člověk může označit za své, jedná se jak o různé materiální věci, tak i osobnostní vlastnosti a vzhled. Dále James, vnímal já jako já poznávající (z anglického „I“). Já poznávané má podle Jamese další tři složky. Jedná se o materiální složku - kam spadá vlastní tělo, příbuzní a veškerý majetek. Složka sociální – se odvíjí od toho, jakým způsobem nás vnímají ostatní lidé. Třetí složkou je složka duchovní – ta obsahuje vše, co se odehrává v nitru člověka (James in Plháková, 2006).

Symboličtí interakcionisté, mezi které řadíme především C. D. Cooleyho a G. H. Meada, spatřovali velký význam především v sociální interakci na formování já. Já vnímali především jako sociální konstrukt, který se vyvíjí v rámci interakcí a to především interakcí jazykových. C. D. Cooley vnímal působení blízkých lidí jedince jako jakési „sociální zrcadlo“, které člověku umožňuje dozvědět se, jaké názory o něm mají druzí lidé. To, co si o jedinci myslí jiní lidé, se časem, především v dospívání, stane součástí jeho vlastního vnímání. Dojde k „představě o sobě“, která zahrnuje, jak se zdáme druhým lidem, jak nás jiná osoba posuzuje a také zahrnuje vnímání nás samotných. G. H. Mead spatřoval významnou roli v sociálních procesech. Mead je autorem pojmu „zobecněného druhého“, kdy předpokládá, že názory a jednání je přejímáno spíše od osob, které jsou pro člověka důležité. K přijímání postojů v dětství slouží hraní si - zde dochází k napodobování chování dospělých, další stadium vývoje je hra- ta zahrnuje i přijetí dalších jednotlivců a dochází zde k přijetí norem (Blatný & Plháková, 2003).

### 3.3 Současné koncepce sebepojetí

Blatný (2001, 97) uvádí jako hlavní změnu, která nastala po šedesátých letech dvacátého století: „*sebe*pojetí přestalo být považováno za globální, celistvou představu sebe, konzistentní v čase a situacích.“ Nejedná se o nějakou zásadní změnu v pohledu na sebepojetí, ale je zde spíše upřednostnění určitých stránek sebepojetí (Blatný, 2001).

**Multifacetové sebepojetí** – jak uvádí Markus a Wurf (1987), multifacetové sebepojetí pohlíží na já jako na souhrn plánů, postojů, pohledů, soustavu poznatků, úkolů a cílů. Reprezentace já mohou být jak negativní, tak pozitivní, mohou se vztahovat k jedincově budoucnosti anebo k jeho přítomnosti, zabývají se tím, jaké je já anebo tím, jaké by já mohlo být. Reprezentace já se mohou různit například v jejich centralitě, důležitosti, nebo zda již byla uskutečněna či zda jich jedinec může dosáhnout (Markus & Wurf, 1987).

**Hiearchické pojetí** je velmi provázáno s multifacetovou strukturou. Vychází z teorií autorů symbolického interakcionalismu (Meada a Cooleyho), dále na něj navazuje například A. Bandrua a M. W. Baladwin. Podle této teorie se sebepojetí formuje při jedincově sledování aktivit a při interakci s širším okolím, dále také sociálním pozorováním a vzájemnou interakcí s okolím. V tomto modelu je sebepojetí pojímáno jako zobecnění znalostí o vlastní osobě, které vznikají souhrnem prožitků, které jedinec nabírá v průběhu života. Poznatky jsou poté hierarchicky řazeny a to od konkrétních až po obecné skupiny (Blatný & Plháková, 2003).

**Dynamické pojetí** – tato koncepce vychází z předpokladu, že v určité situaci je vždy upřednostněna jedna z reprezentací já, jedná se o tzv. aktivované sebepojetí (z anglického working self-concept). Celý model vychází z modelu multifacetového sebepojetí. Jednotlivé reprezentace bývají uplatňovány podle daných situací nebo podle aktuální motivace jedince. Aktivace sebepojetí má vliv na chování jedince a může se dále dělit na procesy interpersonální – sem spadá ovlivnění motivace a vlastní regulace. Interpersonální procesy zahrnují – sociální interakci, vnímání ostatních, srovnávání se s druhými lidmi (Markus & Wurf, 1987).

**Sebe**pojetí jako **Jáský systém**: „*Jáský systém (self-system) zahrnuje jak procesuální, tak strukturální stránku Jáství a dynamiku jejich vzájemného ovlivňování*“ (Blatný & Plháková, 2003, 98).

K značené změně v chápání a ve výzkumu sebepojetí došlo v 80. letech. Na sebepojetí začalo být nahlíženo jako na interakci já motivů a sociálních situací, v nichž se jedinec nachází (Markus a Wurf, 1987, Marsh, 1990 in Blatný, 2001).

### 3.4 Vývoj sebepojetí

Vývoj sebepojetí je ovlivněn zejména jedincovou interakcí se sociálním prostředím. Na vývoji sebepojetí se také podílí jedincův temperament (Blatný, 2001). K rozvoji sebepojetí dochází současně s vývojem osobnosti a to od doby, kdy si dítě uvědomuje své já (vlastní tělo) a také své sociální já. Sebepojetí odráží reálné schopnosti, schopnost zpracovávat informace týkající se vlastní osoby, velký vliv má sociální prostředí, v němž se jedinec nachází. K vývoji sebepojetí patří opakovaná sebehodnocení, které umožňuje pochopení toho, jací jsme (Fialová, 2001).

Novosad a Švingalová (2002) zdůrazňují, že vývoj já můžeme rozdělit do dvou kategorií a to na tělesné já a na já psychické. **Tělesné (tělové) já** - vzniká v období, kdy je člověk schopen oddělit své tělo od okolního prostředí. K uvědomování vlastního já dochází v kojeneckém období a okolo šesti měsíců si dítě uvědomí, že je jeho matka jedinečnou osobou, která se liší od ostatních lidí. K rozlišení co je já a co už není, dochází percepcí vnějšku i vnitřku těla a také díky tomu, jak jiná osoba s dítětem manipuluje. **Psychické já (neboli vědomí sociálního já)** – je typické tím, že si je člověk vědom, že se od druhých lidí liší, a že je jedinečnou osobností a i když vlivem času dochází k jistým změnám (stárnutí, růst, změna vzhledu), jedná se pořád o stejnou osobu. U dítěte se vědomí sociálního já projevuje většinou mezi druhým a třetím rokem života. Na rozvoji psychického já se podílí zkušenost nabytá ve společnosti ostatních lidí a také uvědomování si sama sebe. Balcar (1991) považuje za významné prvky podílející se na vývoji sebepojetí rodinu, která jako první zprostředkovává sociální kontakt. Sebepojetí dítěte je ovlivněno tím, jak si myslí, že ho vnímají druzí lidé. Dále se na sebepojetí podílejí sociální stereotypy, které dítě získává jak v rodině, tak i v širším okolí, či skrze média. Prostřednictvím atributů jako je pohlaví, věk či národnostní příslušnost dítě od okolí dostává určité zpětné vazby, které dále utvářejí jeho sebepojetí a dávají mu najevo, jak by se mělo chovat. Zkušenosti, které jedinec nabývá, se také podílejí na vývoji sebepojetí.

### 3.5 Tělesné sebepojetí

V dnešní kultuře hraje tělesná schránka velmi důležitou roli. Tělesné sebepojetí má významnou roli v jedincově životě. Krásné, vypracované a udržované tělo bývá často vizitkou úspěšnosti. To jak člověk své tělo hodnotí a vnímá je determinováno sociálními faktory, které na jedincovo sebepojetí působí. Tělesné sebepojetí znamená nejenom představu o svém těle, ale také jeho hodnocení (pozitivní či negativní) a určité plány a činy, které jsou zaměřeny na tělo. V každodenním životě právě tělesné sebepojetí umožňuje interakci jedince s jeho okolím (Fialová, 2001). Fialová dále uvádí (2001, 39) : „*Spokojenost či nespokojenost s vlastním tělem je nedílnou součástí sebepojetí, tělesný vzhled je rovněž určujícím faktorem úcty člověka k sobě samému*“. Fialová (2001) považuje zdraví, vzhled a zdatnost za základní atributy tělesného sebepojetí.

Jak uvádí Vokurka a Hugo et al., (2005, 990): „*Zdraví je stav úplné duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnosti nemoci nebo vady*“. O zdraví můžeme hovořit jako o zdraví psychickém či fyzickém anebo zdravím subjektivním či zdravím objektivním. Důležité je brát v potaz nejen zdraví fyzické, ale také psychické zdraví jedince. Subjektivní aspekt zdraví se opírá o vlastní pocity každého člověka, kdežto objektivní je dán názory zvenčí. Nejdůležitějším objektivním názorem na zdraví člověka bývá názor odborníka - lékaře. Dalším aspektem tělesného sebepojetí je zdatnost. Fialová (2001) mluví o čtyřech součástech péče o zdraví spojeného s označením *wellnes*, významnou roli zde hraje právě zdatnost, jedná se o: pozitivní přístup k životu, osobní návyky, zvládání stresu, výživu a kontrolu hmotnosti. Jako zdatnost je možno označit celkovou harmonii ducha i těla. K dosažení zdatnosti slouží různá cvičení. Zdatnost je stejně jako ideál krásy podmíněna danou dobou a hlavně módou. Velký vliv na celkové sebepojetí má vzhled. Nároky na muže a ženy co se týká vzhledu, se různí. U mužů je podstatný hlavně tělesný vzrůst. Kladně je hodnocena výška, ceněna bývá také sportovní spíše štíhlá postava. U žen bývá kladně hodnocena jak jejich celková krása, tak jejich půvab. V popředí jejich zájmu je celková štíhlost a také mladistvý vzhled. Ženy se svému vzhledu věnují většinou více než muži a často utrácí za péči o svůj vzhled více peněz a investují do této péče i více času. Tělo je důležitou spojkou v interakci s okolím, slouží jako jeden z hlavních komunikačních prostředků. Pomocí těla můžeme vyjadřovat emoce a zdraví (Fialová, 2001). Tělesné

sebepojetí u jedinců na vozíku může být zásadně narušeno právě tím, že nesplňuje určité normy.



## 4 Výzkumy realizované na dané téma

Cílem této kapitoly je zmapovat podobné výzkumy, které byly již realizovány. Pokoušela jsem se nalézt výzkum, který by se zabýval přímo sebepojetím u vozíčkářů s vrozeným nebo získaným hendikepem. Žádný takový výzkum se mi nalézt nepodařilo. Mnoho výzkumů o vozíčkářích je spíše zaměřeno na sportovní aktivity. Proto jsem se rozhodla, že v této kapitole popíši výzkumy, které jsou alespoň podobně zaměřeny jako výzkum můj.

Bogart (2014) realizoval výzkum týkající se role postižení v sebepojetí, adaptaci na vrozené a získané postižení. Výzkumu se zúčastnilo 226 respondentů a to jak s vrozeným tak získaným postižením pohyblivosti. Jak popisuje autor, tato studie patří k jedním z prvních, které se zabývají jak lidmi s vrozeným tak se získaným hendikepem. Tato studie byla realizována online. Předpokládá, že lidé s vrozeným postižením se na svůj hendikep adaptují lépe než ti s hendikepem získaným. Cílem studie bylo zjistit, zda lidé s vrozeným či získaným hendikepem mají větší životní spokojenost kvůli jejich silnějšímu sebepojetí, kde je již postižení zakomponováno. Bogart vychází z přesvědčení, že lidé, kteří se s vrozeným postižením již narodili, se naučili se svým hendikepem všem činnostem, zatímco lidé, kteří mají získané postižení, zjistili, že věci které běžně dělali, již nemohou anebo, že jsou mnohem více náročné. Z výsledků studie vyplývá, že lidé s vrozeným postižením pohyblivosti mají vyšší sebepojetí zahrnující postižení a životní spokojenost než jedinci postižením získaným. Spokojenost se životem byla ovlivněna proměnnými, jako jsou: sebeúcta, identita obsahující postižení, vlastní účinnost postižení a plat.

Další studie, kterou popíši, se týká soutěžení vozíčkářů, jejich dopadu na sebepojetí a přijetí postižení u nováčků, kteří se začali zabývat atletikou. Autor studie uvádí, že sebepojetí a přijetí postižení jsou klíčové při rehabilitaci lidí s postižením. Studie byla zaměřena na vliv účasti v atletických soutěžích pro vozíčkáře, zda dochází k ovlivnění sebepojetí a přijetí hendikepu. Výzkumu se účastnily tři skupiny vozíčkářů, jednalo se zkušené atlety, nováčky v atletice a ty, kteří se atletice nevěnují. Hlavní zaměření bylo na jedince, kteří se atletikou začali zabývat. Celkem se jednalo o 34 jedinců, z toho 10 nováčků, 12 zkušených atletů a 12 jedinců, kteří se atletice nevěnovali. Data byla měřena pomocí škály přijetí postižení a Tennessee Self Concept Scale (do češtiny překládaná jako Fittsův test sebepojmu). K prvnímu měření došlo, než se začali nováčci věnovat atletice,

k opakovanému měření na stejném vzorku lidí došlo pět měsíců po první zkušenosti s atletikou u nováčků. V posttestu u skupiny zkušených atletů a jedinců, kteří se atletice nezačali věnovat, nedošlo k signifikantním změnám v měření. Kdyžto u jedinců, kteří se začali věnovat atletice, byly výsledky statisticky významně vyšší. Výsledky naznačují, že by atletické soutěže pro vozíčkáře mohly pomáhat při rehabilitaci („Wheelchair Competition, Self-Concept, and Acceptance of Disability“, 1987).

Zajímavá studie, kterou bych ráda popsala, byla realizovaná v roce 2011 výzkumníky Gannotti, Minter, Chambers, Smith, & Tylkowski. Studie byla zaměřena na sebepojetí u dospělých s mozkovou obrnou. Cílem studie bylo popsat na velkém vzorku jedinců s mozkovou obrnou jejich sebepojetí, prozkoumat vztah sebepojetí, deprese, životní spokojenosti, závažnosti a stupni postižení a překážkách v možnosti účasti ve společnosti. Tennessee Self Concept Scale verze druhá (TSCS:2), byl použit jako nástroj k zjišťování sebepojetí. K zjištění životní spokojenosti, byl využit Dienerisova škála životní spokojenosti (SWLS), dále byl měřen současný stupeň aktivity a to pomocí nástroje měřící funkční nezávislost. Schopnost chodit byla měřena pomocí funkční klasifikace hrubé motoriky. Pro měření deprese výzkumníci použili, Beck inventář deprese II, dále využili, Craig nemocniční inventář faktorů životního prostředí (CHIEF), který je zaměřen na bariéry vyskytující se v prostředí, jedná se o: zásady, fyzické a stavební překážky, bariéry ve škole a v práci, přístupy, podpora a servis a asistence. Výzkumu se zúčastnilo 102 participantů, někteří byli kvůli nevěrohodným odpovědím vyřazeni z výzkumu. Následně bylo do výzkumného vzorku zahrnuto 64 participantů. Účastníci, kteří dosáhli signifikantně vyšších výsledků na škále sebepojetí, byli více sexuálně aktivní, žili nezávisle, byli zaměstnání a mohli kontrolovat své vlastní peníze. A však tyto proměnné nevedli statisticky k vyššímu výsledku v testu sebepojetí. Nebyla nalezena souvislost mezi sebepojetím a výsledkem v (FIM). Respondenti, kteří dosáhli vyššího skóre v testu sebepojetí, dosahovali nižšího skóre v (BDI II) a vyšších výsledků v (SWLS). Negativní nesignifikantní souvislost byla nalezena mezi BDI II a celkovým skórem v testu sebepojetí. Výsledek v testu (CHIEF) nesouvisí s celkovým výsledkem na škále sebepojetí. Výsledky této studie říkají, že dospělý s mozkovou obrnou dosahují stejných či nadprůměrných výsledků na škále sebepojetí v porovnání s běžnou populací. Z celkového vzorku mělo 15% jedinců nižší sebepojetí, výsledek nekoreloval s pohlavím účastníků, stupněm nebo rozsahem jejich aktivit. Výsledky prokázaly u 10 účastníků vysoký skór v testu sebepojetí, 41 participantů

dosáhlo průměrného skóru a 13 respondentů, dosáhlo nízkého výsledku na škále sebepojetí. Mezi sebepojetím a (BDI II) byl přímý inverzní vztah, slabý vztah byl nalezen mezi sebepojetím a (SWLS). Sebepojetí nekorelovalo se stupněm GMFCS nebo FIM skórem (Gannotti, et al., 2011).

Další využití Tennessee Self Concept Scale na skupině tělesně hendikepovaných bylo provedeno Mayerem a Eisenbergem, (1982) na populaci jedinců po poranění míchy. Výzkum byl proveden na vzorku 45 mužů z Clevelandu. Jejich věkový průměr byl 40 let a skupina se skládala z paraplegiků - 68% všech jedinců a z 32% byla tvořena kvadruplegiky. Jako kontrolní sloužily tři skupiny, jednalo se o soubor 75 jedinců, kteří byli dobře psychologicky integrováni a podle rozmanitých kritérií byli považováni za průměrné, či lepší co se týká stupně nápravy, či stupně osobní integrace. Další kontrolní skupina byla složena z 626 osob, jednalo se o vzorek mužů a žen, z různých ekonomických vrstev a etnik. Poslední třetí kontrolní skupina čítala 363 psychiatrických pacientů. Ve výsledném skórování sebepojetí nebyl naměřen signifikantní rozdíl u skupiny jedinců s postižením a skupinou normálních jedinců. Skupina lidí s hendikepem se lišila od všech kontrolních skupin v hodnocení svého fyzického já. V této subškále skupina hendikepovaných dosáhla nejnižších výsledků. Signifikantní rozdíl mezi skupinou paraplegiků a kvadruplegiků nebyl odhalen. Výsledky této studie potvrzují, že osoby s tělesným postižením mají nižší výsledek v testu sebepojetí oproti běžné populaci, zatímco v porovnání s psychiatrickou populací dosahují vyšších výsledků v sebepojetí.

Tam (1998) porovnával sebepojetí u skupiny jedinců s tělesným postižením a bez tělesného postižení. Studii sem zahrnuji, protože si myslím, že je důležité vymezit rozdíl mezi jedinci s hendikepem a skupinou jedinců bez hendikepu. Výzkum byl realizován na Hong Kongských obyvatelích, jednalo se o 214 lidí s tělesným postižením a 200 lidí bez postižení. K měření sebepojetí byl využit dotazník sebepojetí pro tělesně postižené Hong Kongské Číňany. Tento dotazník měří obecné sebepojetí a specifické složky sebepojetí. Skládá se celkem z 55 položek, které měří celkové sebepojetí a sebepojetí v rozdílných životních situacích. Pro populaci jedinců bez tělesného postižení byl použit dotazník sebepojetí pro dospělé Hong Kongské Číňany. Dotazník měří obecné sebepojetí a specifické sebepojetí u jedinců bez tělesného postižení a obsahuje 52 položek. Autor je tvůrcem těchto dotazníků. Dotazníky mají rozdílnou skladbu, ale mají 41 společných položek. Položky jsou seřazeny pod šest určitých aspektů: rodina, společnost, tělo,

aspekty osobní, materiální a práce. Účastníci studie také zodpověděli 10 položek sebe-kritismu, převzatých z Tennessee Self Concept Scale. Výsledky ukázaly, že skupina bez tělesného postižení dosahovala signifikantně vyšších výsledků v celkovém sebepojetí a také v položkách specifického sebepojetí, než skupina lidí s tělesným postižením. Na položkách týkajících se osobních věcí, jedinci s postižením dosáhli signifikantně nižšího skóru. Jednalo se o položky zahrnující tělesné sebepojetí a materiální sebepojetí. Signifikantní rozdíly nebyly nalezeny mezi aspekty týkajících se společenského a pracovního sebepojetí. Jedinci bez tělesného postižení signifikantně významně více přijímali kritiku než jedinci s tělesným postižením. Podle autora je jedním z hlavních důvodů proč jedinci s tělesným postižením dosahují signifikantně nižších výsledků než jedinci bez tělesného postižení jako důsledek toho, že jedinci s tělesným hendikepem mají často méně pozitivních zkušeností, protože společnost je stigmatizuje. Často se ocitají ve znevýhodněných pozicích.

Jsem si vědoma, že některé výzkumy, které jsem uvedla, jsou poměrně starší a také, že nebyly provedeny na české populaci. Zdály se mi ale relevantní a co se týká mého výzkumu, také to byly jediné nalezené výzkumy, které se zabývaly podobnou problematikou, jako se zabývá má bakalářská práce. Poté co jsem uvedla výzkumy, které se dotýkají mého vlastního šetření, přejdu k části praktické, která pojednává o realizace výzkumu.

## VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5 Výzkumný problém

Empirická část bakalářské práce se zabývá výzkumem sebepojetí u vozíčkářů s vrozeným a získaným hendikepem, rozdílem v sebepojetí mezi muži a ženami na vozíku a také výzkumem sebepojetí mezi paraplegiky a kvadruplegiky. Hlavním podnětem k vytvoření této práce, byla potřeba zmapovat sebepojetí mezi lidmi s vrozeným hendikepem a jedinci, kteří hendikep získali v průběhu života. K tomu, aby veřejnost lidem na vozíku lépe porozuměla a aby bylo možné jim pomoci při akceptaci jejich hendikepu, je důležité zmapovat jejich sebepojetí.

Tělesný hendikepem, ať už vrozený či získaný, je velmi důležitým aspektem v celkovém sebepojetí jedince. Takové tělesné postižení, které vede jedince k upoutání na invalidní vozík, je natolik zásadní, že vyrovnání se s ním a akceptování ho jako součást vlastní osoby je velmi složitý proces. U lidí s hendikepem je možné, že k akceptaci jejich postižení nemusí vždy dojít. Což může mít za následek řadu psychických problémů, které pramení z nepřijetí tělesného postižení jako součásti svého sebepojetí.

Ať už se jedná o hendikep vrozený, kdy jedinec má odlišný vývoj od ostatních a tudíž i jeho sebepojetí se vyvíjí odlišně. Či se jedná o hendikep získaný, který naopak mění jedincovo sebepojetí, které je tímto hendikepem značně narušeno. Je podstatné vymezit rozdíl mezi vozíčkáři, kteří se s postižením již narodili a těmi, kteří mají postižení získané. Důležité je také vzít v potaz o jaký typ hendikepu se jedná, lidé jsou na vozíku z mnoha příčin a jejich postižení má různě závažný stupeň.

Ačkoliv žijeme v době, kdy se společnost snaží o co největší integraci vozíčkářů, což by mělo mít za následek jejich lepší sebeakceptaci, víme toho celkem málo o jejich sebepojetí. K zajištění integrace hendikepovaných slouží například to, že je založeno mnoho organizací, které podporují hendikepované, pomáhají jim prostřednictvím svých poraden, zajišťují jim ubytování s asistenční službou, nabízejí různé volnočasové aktivity, či se naopak snaží informovat veřejnost o problematice vozíčkářů. Více o organizacích sdružujících vozíčkáře pojednávám v kapitole 2.4. A také kontakt vozíčkářů s většinovou zdravou populací bývá v současnosti více umožněn, než tomu bylo v dobách minulých. Například jejich integrací do běžných škol, která je někdy i přes mnohé obtíže jedincům na

vozíku umožněna. Velká snaha je vyvíjena také při odstraňování fyzických bariér, které mnohdy brání vozíčkářům ve vykonávání běžných každodenních aktivit (jako je cestování městskou hromadnou dopravou či návštěva restaurací nebo divadel). I přesto všechno toho víme celkem málo o tom, jak vozíčkáři nahlízejí sami na sebe.

## 5.4 Cíle výzkumu

Práce je určena jak pro populaci vozíčkářů, kteří si někdy kladli otázku, jak je jejich já ovlivněno právě tím, že musí používat vozík. Práce může také posloužit jedincům bez tělesného hendikepu, kteří se o lidech na vozíku chtějí dozvědět více, aby jim mohli lépe porozumět. Může být také vhodným podkladem pro psychology, sociální pracovníky, pedagogiky a veškeré další osoby, které pracují s vozíčkáři.

Tato práce má za cíl prozkoumat, zda se liší sebepojetí v závislosti na době získání hendikepu, tedy zda je rozdíl v sebepojetí mezi vozíčkáři s hendikepem vrozeným či hendikepem získaným. Dále budu také srovnávat, zda v sebepojetí u vozíčkářů hraje nějakou roli jejich pohlaví, zda se liší sebepojetí mezi muži a ženami na vozíku. A v neposlední řadě, zda existuje rozdíl mezi paraplegiky a kvadruplegiky, tedy zda je sebepojetí ovlivněno rozsahem tělesného postižení.

První cíl, který jsem si stanovila, bylo porovnat sebepojetí u vozíčkářů s hendikepem vrozeným nebo získaným. Očekávám, že se bude sebepojetí lišit mezi jedinci, kteří mají hendikep vrozený od jedinců, kteří přišli k hendikepu v průběhu života. A to tak, že jedinci s hendikepem vrozeným budou dosahovat statisticky signifikantně vyšších výsledků na škále sebepojetí než jedinci s hendikepem získaným. Důvodem signifikantně vyššího výsledku v testu sebepojetí u lidí s vrozeným hendikepem může být to, že jejich sebepojetí nepodlehlo žádné změně. Jejich sebepojetí se vyvíjelo za přítomnosti hendikepu. Zatímco jedinci, kteří k hendikepu přišli v průběhu života, svůj vzniklý hendikep do svého sebepojetí začlenili až následně, což zákonitě přineslo změnu v jejich sebepojetí. Ne všichni hendikepovaní jedinci se se svým postižením vyrovnají a naučí se s ním žít.

Dalším cílem mé práce bylo porovnat sebepojetí u vozíčkářů v závislosti na jejich pohlaví. Podstatou bylo zjistit, zda existuje rozdíl v sebepojetí mezi muži a ženami na vozíku.

Záměrem této práce je také prozkoumat, zda existuje rozdíl v sebepojetí mezi paraplegiky a kvadruplegiky. Jelikož paraplegici mají ochrnutou dolní část těla a kvadruplegici mají různý stupeň ochrnutí i končetin horních. Bylo vhodné vybrat právě tyto dvě skupiny vozíčkářů v porovnání mezi sebou. Přepokládám, že paraplegici budou dosahovat signifikantně vyššího výsledku v testu sebepojetí než kvadruplegici. Tedy, že závažnost a rozsah postižení bude mít dopad na sebepojetí.

**Hypotézy:**

H 1: Vozíčkáři s vrozeným hendikepem dosahují signifikantně vyšších výsledků v testu sebepojetí než vozíčkáři s hendikepem získaným.

H 2: Existuje signifikantní rozdíl v testu sebepojetí mezi muži a ženami na vozíku.

H 3: Paraplegici dosahují signifikantně vyšších výsledků v testu sebepojetí než kvadruplegici.

## 6 Základní a výběrový soubor

Tato kapitola se zabývá popisem základního souboru, výběrem vzorku respondentů a charakteristikou výzkumného souboru.

Základní populací pro výzkum tvoří jedinci, kteří užívají vozík. Jedná se o dospělé vozíčkáře jak s vrozeným tak získaným hendikepem. Hendikep nebyl blíže specifikován, jedná se o jedince, kteří ve svém každodenním životě využívají invalidní vozík. Není lehké určit, kdo přesně do skupiny vozíčkářů patří, někteří jedinci se nejsou schopni postavit, jiní vozík používají pouze jako „pomoc“ a jsou schopni ujít třeba jen krátké vzdálenosti. Existuje mnoho druhů postižení, která vedou k tomu, že jsou lidé nuceni využívat invalidní vozík, ale ne všechny druhy těchto postižení, či daná stádia vývoje jsou spojena s nutností vozík využívat. Možná, že právě tato určitá variabilita vede k tomu, že přesné statistické údaje o počtu vozíčkářů nejsou známy. Jak uvádí Jana Hrdá - předsedkyně Asociace pro osobní asistenci a místopředsedkyně Národní rady osob se zdravotním postižením ČR - počet vozíčkářů v České republice se odhaduje na dvanáct až patnáct tisíc (Hrdá, 2014).

### 6.4 Výběrový soubor

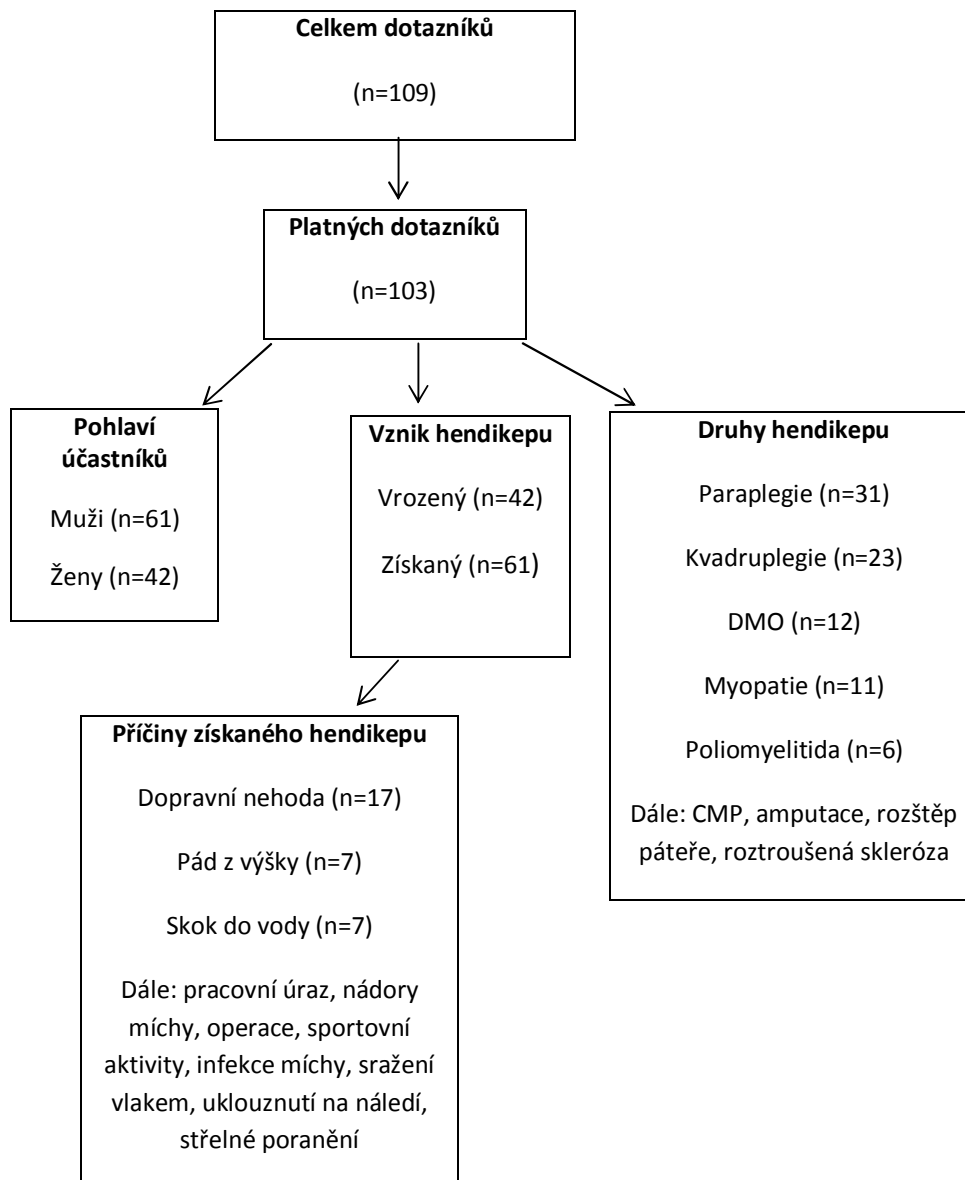
Výběr výzkumného vzorku probíhal v několika krocích. Nejdříve jsem použila metodu prostého záměrného výběru. Jelikož se v okruhu lidí na vozíku pohybují již od narození a mnoho rodinných známých jsou právě vozíčkáři, získala jsme touto metodou mnoho respondentů. Poté jsem použila metodu sněhové koule a následovala metoda záměrného výběru přes instituci. Zvolené metody byly použity tak, aby byl vzorek co nejvíce reprezentativní. Pro instituce jsem měla vytvořen průvodní dopis (viz. příloha 2). Organizace jsem kontaktovala pomocí jejich webových stránek, e-mailů či na Facebooku. Informovala jsem je o výzkumu a do přílohy jsem vložila průvodní dopis obsahující bližší informace. Mezi organizace, které jsem kontaktovala, patří: Centrum Paraple, Česká asociace paraplegiků, Trend vozíčkářů, Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, Centrum služeb a pomoci AVAZ Děčín, Liga vozíčkářů, Pražská organizace vozíčkářů, informační portál vozejkov.cz, kde jsem se zaregistrovala a svůj dotazník vložila do příspěvků.



Podmínkou pro zařazení do výzkumného vzorku bylo dosažení plnoletosti a druh hendikepu, který vedl k upoutání na vozík. Celkem jsem nasbírala 109 dotazníků, z čehož bylo možné do výzkumu zahrnout 103 respondentů. Důvodem k nezahrnutí šesti dotazníků bylo to, že nebyla vyplněna diagnóza, nebo nebylo uvedeno pohlaví, či nebyly vyplněny všechny položky. Ve výzkumném souboru bylo celkem 42 respondentů s různým druhem hendikepu vrozeného a 61 respondentů s rozdílnými příčinami hendikepu získaného. Výběrový soubor zahrnoval 61 mužů (59,2%) a 42 žen (40,8%). Průměrný věk účastníků byl 44,9, kdy nejmladšímu účastníkovi bylo 20 let a nejstaršímu 72 let. Nejčastější diagnózou, kterou jedinci uváděli, byla paraplegie, která se vyskytovala v 31 případech, druhou nejčastější diagnózou byla kvadruplegie a to ve 23 případech. Třetí nejvíce zastoupenou diagnózou, která se ve výběrovém vzorku vyskytovala, byla dětská mozková obrna (12 respondentů). Dále účastníci uváděli onemocnění myopatie, kterou jako své onemocnění uvedlo 11 respondentů. Šest participantů mělo diagnostikovanou poliomyelitidu. Další onemocnění již nebyla uvedena u většího množství účastníků. Pro dokreslení výběrového vzorku uvedu jen některé diagnózy, které se dále vyskytovaly. Jednalo se o následující: cévní mozkovou příhodu, amputaci obou dolních končetin, rozštěp páteře, roztroušenou sklerózu.

Jedinci se získaným hendikepem dále v dotazníku uváděli okolnosti vzniku svého hendikepu. Nejvíce jedinců utrpělo dopravní nehodu, tu jako příčinu svého hendikepu uvedlo 17 účastníků, pád z výšky byl popsán jako příčina vzniku postižení u 7 jedinců, se stejným zastoupením 7 respondentů byl uveden jako důsledek hendikepu skok do vody. Mezi další, ne již tak zastoupené okolnosti vzniku postižení, patřily: pracovní úrazy, nádorové onemocnění míchy, operace, sportovní aktivity, infekce míchy, sražení vlakem, uklouznutí na náledí a střelné poranění.

Lidé se získaným hendikepem uváděli, v jakém roce k jejich postižení došlo. Variabilita odpovědí byla velmi pestrá. Ve výzkumném vzorku jsou jedinci, kteří mají tělesné postižení pouze 1 jeden rok, ale také lidé, kteří jsou hendikepováni 63 let. V průměru byli respondenti hendikepováni 25,9 let. Pro lepší orientaci výběrového vzorku slouží následující tabulka obsahující nejdůležitější popisné informace.



Tabulka č.1- schéma popisující charakteristiky výběrového souboru

## 7 Aplikovaná metodika

K realizaci výzkumu jsem použila kvantitativní metodu, jednalo se o dotazníkové šetření. K výzkumu byl zvolen standardizovaný dotazník měřící sebepojetí - Tennessee Self Concept Scale, do češtiny překládaný jako Fittsův test sebepojmu. Manuál dotazníku mi byl poskytnut katedrou psychologie.

Dotazník jsem upravila a převedla do tištěné podoby (která nakonec nebyla reálně využita) a také do online verze pomocí aplikace Google formuláře. Využívala jsem pouze online formu dotazníku, všem osloveným, participantům se zdála jako vhodnější volba i když tištěný dotazník jim byl taktéž k dispozici.

Dříve, než jsem vytvořený dotazník začala zveřejňovat, předcházela tomu malá pilotní studie. Probandem pro mou pilotní studii byl náš rodinný známý a tak celé setkání probíhalo ve velmi příjemné a uvolněné atmosféře. Mému probandovi je šedesát dva let, v roce 1976 měl pracovní úraz, kdy došlo k poranění hrudních obratlů a následnému ochrnutí dolních končetin. Jedná se tedy o vozíčkáře s diagnózou paraplegie. Na vozík je upoután již třicet osm let. A tak byl velmi vhodným kandidátem pro mou pilotní studii. Během celého pilotního výzkumu bylo možné vše řádně probrat, proband velmi ochotně reagoval na mé dotazy. A jeho připomínky byly pro můj výzkum velmi podnětné.

Na začátku pilotní studie jsem dotazovaného seznámila s názvem a cílem své bakalářské práce, proband byl obeznámen o tom, že se jedná o pilotní studii a byl ochoten mi po vyplnění údajů poskytnout informace o srozumitelnosti dotazníku. Vyplňování mu zabralo přibližně dvacet minut, což je předpokládaný čas vyplnění. Dotazovaný mi dále poskytl cenné připomínky k tomu jak dotazník upravit. K průvodnímu dopisu neměl žádné připomínky, zdál se mu dobře pochopitelný. Dále jsme probírali samotné položky dotazníku, probrali jsme všechny položky. Některé z položek se probandovi zdály zavádějící. Jednalo se například o tuto položku: Mám zdravé tělo. Kdy tento výrok na probanda působil poněkud podivně. Nevěděl jak přesně má jeho odpověď znít, zdravý se cítí, ale z jeho hendikepu vyplývají jistá omezení. Abych předešla zmatení dalších respondentů, rozhodla jsem se, že se pokusím objasnit tuto položku v instrukcích k vyplnění dotazníku. Pilotní studie pro mne byla velmi podnětná a věřím, že přispěla ke zkvalitnění dotazníku.

První strana dotazníku obsahovala všeobecné informace o realizaci výzkumu, dále byli účastníci výzkumu obeznámeni s tím, k čemu dotazník slouží, že je zcela anonymní a kolik času jeho vyplnění bude přibližně trvat. V papírové podobě dotazníku byl přesně naznačen postup zatrhování odpovědí (což v online podobě nebylo nutné uvádět). Participantů také měli možnost mě s jakýmikoliv dotazy, připomínkami či nejasnostmi kontaktovat pomocí uvedené e-mailové adresy. Dotazník kromě původních sto položek obsahoval také otázky týkající se věku, pohlaví, diagnózy, a pokud se jednalo o hendikep získaný, respondenti uváděli, v jakém roce k němu došlo a za jakých okolností.

## **7.2 Tennessee Self Concept Scale (Fittsův test sebepojetí)**

Tento dotazník sloužil jako nástroj k zjištění sebepojetí u vozíčkářů. Dotazník byl vytvořen v roce 1965 a jedná se o standardizovanou metodu měřící sebepojetí. Test obsahuje sto položek, které měří jedincův sebeobraz. Celkové vyplnění dotazníku trvá v průměru kolem 20 minut. Respondent hodnotí každou položku na Likertově škále a to (1 zcela nepravdivé, 2 většinou nepravdivé, 3 částečně pravdivé a částečně nepravdivé, 4 většinou pravdivé a 5 zcela pravdivé). Test obsahují reverzní položky, které je potřeba převést při jejich skórování. Výsledkem testu jsou dvě hlavní skóre, a to skóre sebekriticizmu a pozitivní skóre. Skóre sebekriticizmu je obsaženo v 10 položkách v testu. Pozitivní skóre vychází ze tří hlavních informací a to: informace, které zjišťují identitu, další zjišťovanou informací je vztah k vlastnímu já – a poslední informace zjišťuje, jak je já přijímáno, co dělám- co je mé veřejné já. Abychom zjistili další informace, pozitivní skóre se dá dělit pomocí řádků a dále pomocí sloupců. Pozitivní skóre je dále rozdělen na řádkové hodnoty, které zjišťují jedincovu identitu, sebeuspokojení nebo jeho sebeakceptaci a jedincovo chování. Dále položky pomocí sloupců zjišťují: fyzické já, morální já, personální já, rodinné já a já sociální (Fitts, 1965). Pro účely své práce jsem se zabývala pouze totálním skórem. Tedy celkovým sebepojetím respondentů.

## 8 Organizace a průběh šetření, etické aspekty

V této kapitole popíši časový harmonogram této práce, dále podrobněji uvedu, v jakých krocích byl výzkum realizován. Zaměřím se na sběr dat a jejich zpracování. Dále se také budu věnovat etickým aspektům studie.

- Prosinec 2013- duben 2014- v tomto období docházelo k výběru tématu, následovala rešerše dostupných teoretických zdrojů a provedených výzkumů týkající se podobné tematiky. Byly určeny cíle a hypotézy výzkumné studie a byla zvolena vhodná testovací metoda.
- Říjen 2014- listopad 2014- psaní teoretické práce, pilotní studie, přepracování dotazníku a jeho šíření.
- Listopad 2014- únor 2015- sběr dat.
- Únor 2015- březen 2015- ukončení sběru dat, analýza dat a závěrečné úpravy práce.

První krok, který jsem podnikla, byla rešerše odborné literatury a výzkumů. Jednalo se jak o literaturu českou tak zahraniční. Dále jsem zvážila výběr vhodného testu pro zjišťování sebepojetí. Před samotným šířením dotazníků byla provedena pilotní studie s cílem ověřit, zda je Fittsův test sebepojmu vhodným nástrojem pro mou studii, a zda jsou uvedené informace o jeho vyplnění dostatečně srozumitelné. Po provedení pilotní studie došlo k úpravě dotazníku.

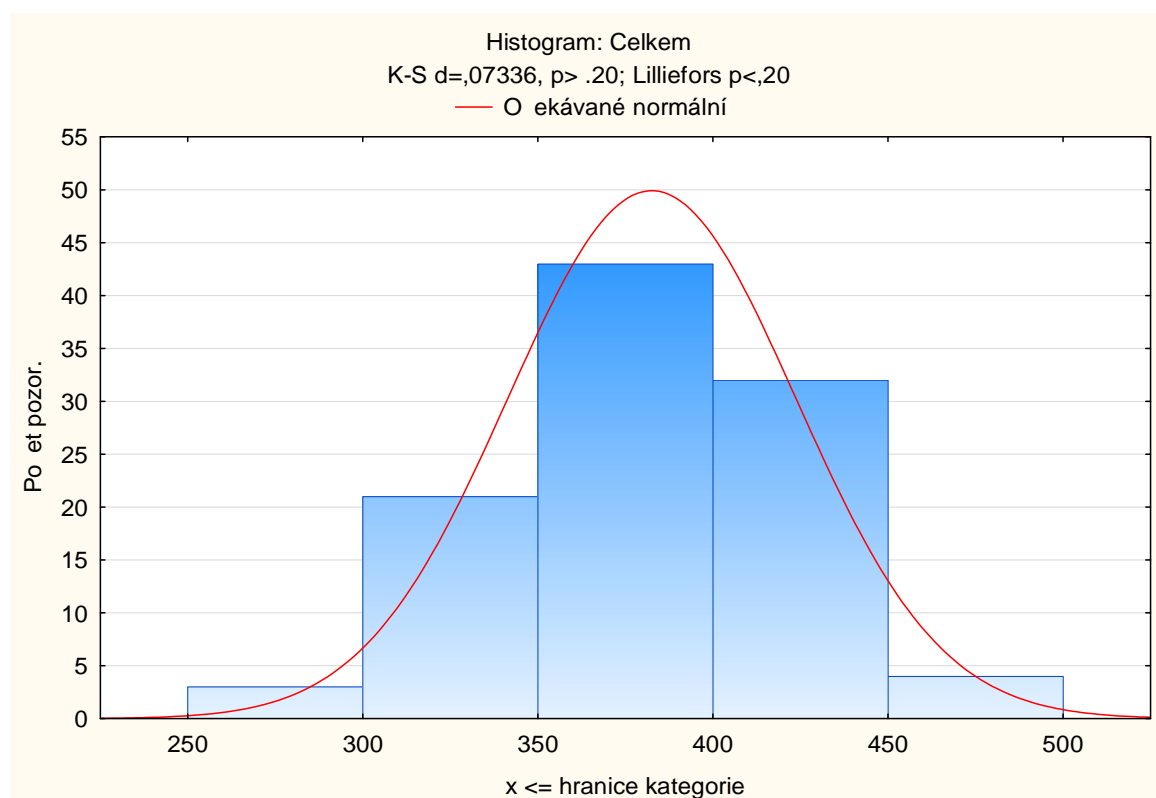
V následné fázi jsem se věnovala psaní teoretické části práce a převedením dotazníku do online podoby pomocí aplikace Google formuláře. Dotazník jsem také pro tištěnou podobu upravila v programu Microsoft Word 2007. Následně jsem přešla k samotnému šíření dotazníku. Blíže o zvolených metodách šíření dotazníku pojednávám v kapitole 6.1.

Dalším krokem, který jsem provedla, když bylo využito všech možných metod sběru dotazníku a sběr dotazníku byl ukončen. Byl převod dat do programu MS Office Excel, kde jsem převedla reverzní položky a data zakódovala. Následně jsem využila program STATISTICA 12, kde jsem nejprve zjistila, zda jsou celkové výsledky v testu sebepojetí normálně rozloženy. A dále jsem se rozhodla pro první a druhou hypotézu použít t-test pro dvě nezávislé skupiny a pro hypotézu třetí Mann-Whitneyův U test.

Etika výzkumu byla dodržována. Respondentům byla zajištěna absolutní anonymita. Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná. Účastníci výzkumu o sobě podávali citlivé osobní informace (jakou je například jejich diagnóza), neuváděli však své jméno či údaje, podle kterých by bylo možno zjistit o koho se jedná. Respondenti byli informováni o účelech sběru dat. První strana dotazníku obsahovala informaci, že se nejedná o test a tudíž neexistují správné nebo špatné odpovědi. Aby měli participantů možnost vyjádřit se k dotazníku, či zeptat se na jakékoliv nejasnosti, byla pro tyto účely uvedena e-mailová adresa, na kterou se mohli v případě jakýchkoliv dotazů obracet.

## 9 Výsledky výzkumu

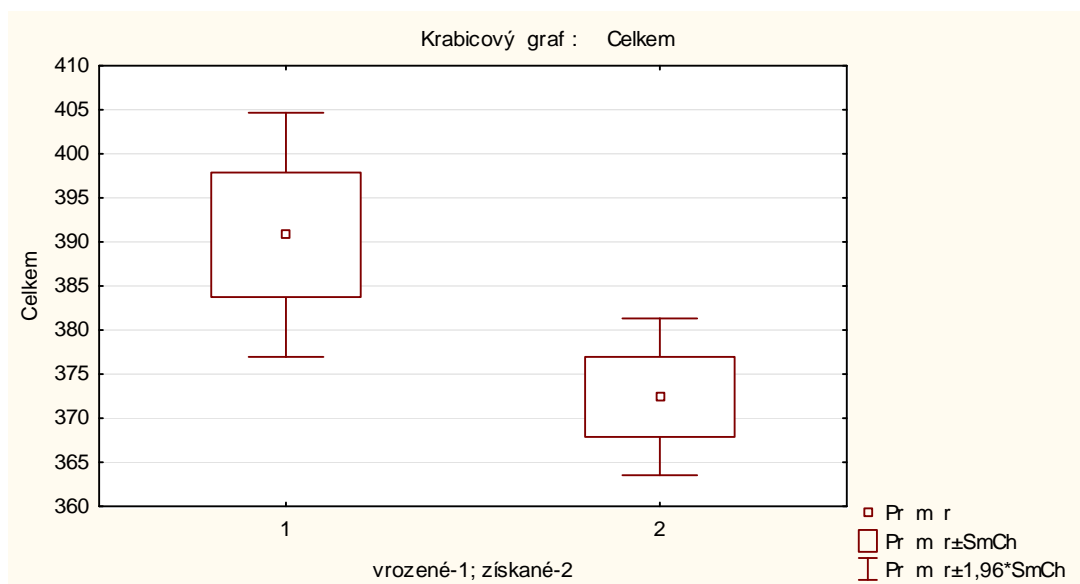
V této části práce shrnu výsledky, ke kterým jsem dospěla v realizovaném výzkumu. Výsledky byly zpracovány v programu MS Office Excel a STATISTICA 12. Vyjádřím se k platnosti daných hypotéz. Bližší údaje o zkoumané populaci jsou uvedeny v kapitole 6.1. Zde bych jen zopakovala, že ve výzkumném vzorku bylo celkem 103 účastníků – vozíčkářů. Jednalo se o jedince s různými druhy hendikepu. První co jsem při zjišťování výsledků musela udělat, bylo zjistit, zda má celkové skóre sebepojetí normální rozložení. Normální rozložení můžeme vidět na grafu 1. Respondenti dosahovali v testu sebepojetí v průměru 374.5, maximální dosažená hodnota byla 454 a minimální dosažená hodnota představovala 275.



Graf 1. Histogram s celkovými výsledky všech participantů v testu sebepojetí

**H 1: Vozíčkáři s vrozeným hendikepem dosahují signifikantně vyšších výsledků v testu sebepojetí než vozíčkáři s hendikepem získaným.** K ověření této hypotézy byl použit t-test pro dvě nezávislé skupiny. Na základě výsledků testu **přijímám tuto hypotézu**

na hladině  $\alpha=0,05$  ( $t=2,29$ ,  $p=0,024$ ). Existuje signifikantní rozdíl mezi vozíčkáři s hendikepem získaným a hendikepem vrozeným. Celkem ve výběrovém souboru bylo 42 jedinců s hendikepem vrozeným a 61 respondentů s hendikepem získaným. Vozíčkáři s vrozeným hendikepem dosahovali průměrně skóre 390,81, nejvyšší naměřený skór v této skupině byl 485 a nejnižší naměřený skór byl 275. Zatímco jedinci s hendikepem získaným měli skóre v průměru 372,42, nejvyšší naměřený skór činil 454 a nejnižší skór byl 278. Vozíčkáři s vrozeným hendikepem dosahují v testu sebepojetí signifikantně vyšších výsledků než vozíčkáři s hendikepem získaným. Pro lepší orientaci ve výsledku zde vkládám krabicový graf popisující výsledky.

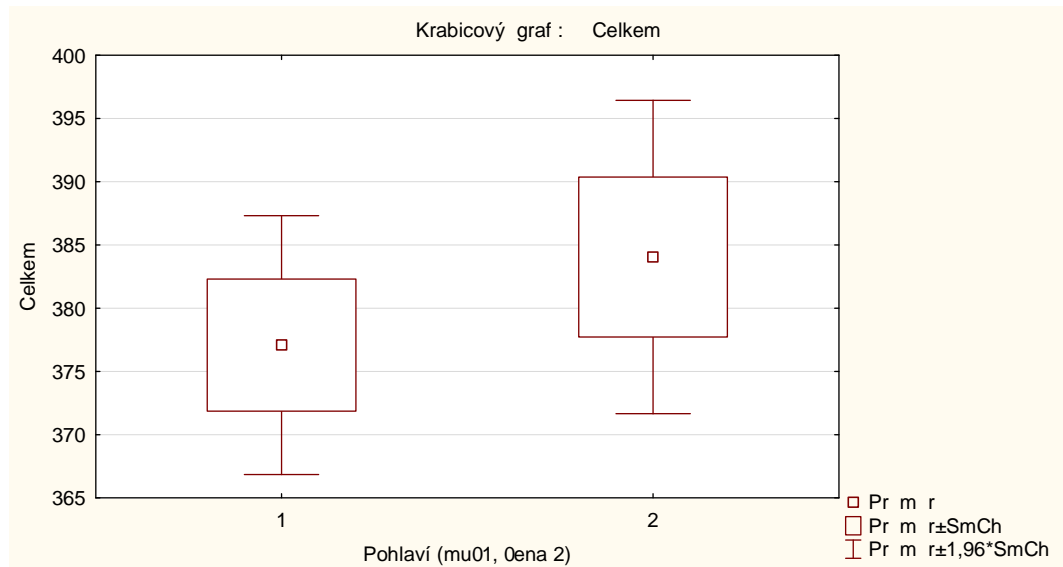


Graf 2. Krabicový graf znázorňující skóre jedinců s vrozeným nebo získaným hendikepem ve Fittsově testu sebepojmu

**H 2: Existuje signifikantní rozdíl v testu sebepojetí mezi muži a ženami na vozíku.** Druhá hypotéza předpokládá, že existuje signifikantní rozdíl v sebepojetí mezi muži a ženami na vozíku. Celkem bylo do výzkumu zahrnuto 61 mužů (59,2%) a 42 žen (40,8%). Průměrné skóre mužů činil 377, nejvyšší hodnota, která byla u mužů dosažena, byla 454 a nejnižší činila 275. U žen průměrný skór činil 384, nejvyšší dosažená hodnota byla 485 a nejmenší dosažená hodnota 311. I tato hypotéza byla podrobena statistickému testování, byl proveden t-test pro dvě nezávislé skupiny na hladině významnosti

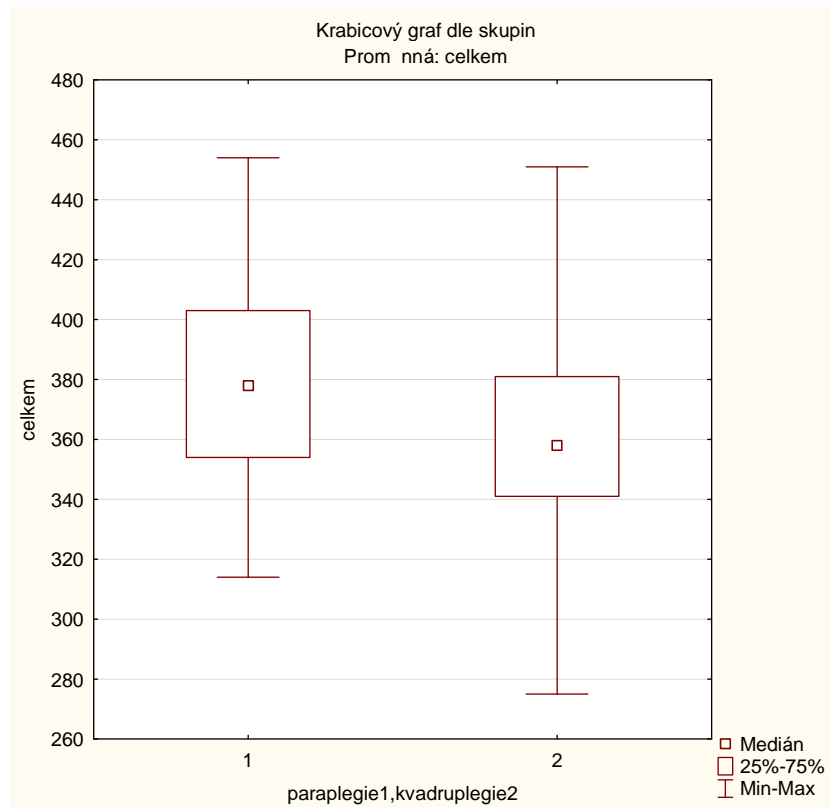


alfa=0,05. Výsledky testu odhalily, že neexistuje signifikantní rozdíl v testu sebepojetí mezi muži a ženami na vozíku ( $t=0,85$ ,  $p=0,39$ ). **Hypotézu zamítám.** Mezi muži a ženy na vozíku ve výsledcích testu sebepojetí neexistuje signifikantní rozdíl. Pro dokreslení výsledků opět vkládám krabicový graf názorně popisující výsledky. Z výsledků je patrné, že ženy dosahují v testu sebepojetí vyššího skóre než muži, ale nejedná se o výsledek signifikantní.



Graf 2. Krabicový graf popisující celkové skóre v testu sebepojetí u mužů a žen na vozíku

**H 3: Paraplegici dosahují signifikantně vyšších výsledků v testu sebepojetí než kvadruplegici.** Tato hypotéza vychází z předpokladu, že jedinci s paraplegií (tedy postižením pouze dolních končetin) budou dosahovat signifikantně vyšších skóre v testu sebepojetí než jedinci s kvadruplegií (jedinci, kteří mají v různé míře postiženy i horní končetiny). Výzkumný vzorek zahrnoval celkem 31 jedinců s paraplegií či parézou a 23 respondentů s kvadruplegií. Jedinci s paraplegií dosahovali průměrného skóre 380,49. Přičemž nejvyšší naměřená hodnota u paraplegiků činila 454 a nejmenší hodnota byla 314. Průměrné skóre kvadruplegiků bylo 368,49. Nejvyšší hodnota dosahovala 451 a nejnižší hodnota byla 275. Hypotéza byla ověřována pomocí neparametrického Mann-Whitneyova U testu. Neparametrická metoda byla zvolena, protože skupiny neobsahovali dostatečné množství respondentů. Výsledky testu vedou k **nepřijetí hypotézy** ( $U=1195,0$ ,  $Z=0,57$ ,  $p=0,56$ ). I u této hypotézy dokládám výsledek krabicovým grafem. I když nebyl potvrzen signifikantní rozdíl v testu sebepojetí mezi paraplegiky a kvadruplegiky, můžeme si na grafu povšimnout, že paraplegici dosahovali vyšších výsledků v testu sebepojetí než kvadruplegici.



Graf 3. Krabicový graf shrnující celkový skóre v sebepečetí u paraplegiků a kvadruplegiků

## 10 Diskuze

V této kapitole se budu věnovat výsledkům daných hypotéz, dále popíši ostatní výsledky, které vyšly ve výzkumné studii. V diskuzi se také zaměřím na nedostatky, které tato studie měla. V této kapitole porovnávám tento výzkum již s provedenými výzkumy a teoretickými poznatky o dané tématice. Budu se také věnovat problematice vozíčkářů z širšího hlediska a pokusím se nastínit, jaké jsou možnosti dalších výzkumů tohoto fenoménu a jak je možné využít poznatky z této studie v praxi.

První hypotéza: Vozíčkáři s vrozeným hendikepem dosahují signifikantně vyšších výsledků v testu sebepojetí, než vozíčkáři s hendikepem získaným. Tato hypotéza byla na základě provedení statistického šetření přijata. Z výsledku vyplývá, že existuje signifikantní rozdíl v sebepojetí mezi vozíčkáři s hendikepem získaným a vrozeným. Tato hypotéza odpovídala předpokladu, že když se člověk s jistým hendikepem již narodí, tak se jeho sebepojetí již s hendikepem vyvíjí. Zato jedinec, který hendikep získal v průběhu života, má sebepojetí již vyvinuto, ale tato změna ho přivede k přehodnocení jeho dosavadního sebepojetí. Celý proces se odvíjí od toho jak je člověk svůj nově vzniklý hendikep ochoten přijmout. Výsledek této hypotézy odpovídá obdobnému již realizovanému výzkumu, který je v práci blíže popsán v kapitole 4. Jedná se o výzkum, který byl proveden na populaci jedinců s pohybovým postižením, tedy nejednalo se pouze o vozíčkáře. Výzkum provedl Bogart v roce 2014, výsledky studie ukázaly, že lidé s vrozeným pohybovým postižením mají vyšší sebepojetí, než jedinci s postižením získaným. Výsledek hypotézy, která předpokládá signifikantně vyšší sebepojetí u vozíčkářů s hendikepem vrozeným, než u vozíčkářů s hendikepem získaným také odpovídá tvrzení Novosada (2011), že u jedinců s vrozeným postižením dochází k lepší akceptaci jejich hendikepu. Vágnerová, et al., (1999) uvádí, že jedinci s vrozeným postižením svůj hendikep lépe akceptují. Buřvalová a Reitmayerová (2007) uvádějí, že jedinci se získaným hendikepem mohou mít problémy s přijetím nově vzniklé identity, což může souviset s jejich nižším výsledkem v testu sebepojetí.

Druhá hypotéza: Existuje signifikantní rozdíl v testu sebepojetí mezi muži a ženami na vozíku. Druhá hypotéza nebyla na základě statistického testování přijata. Tudíž se

neprojevilo, že by pohlaví hrálo signifikantní roli v sebepojetí u vozíčkářů. Spíše než faktor pohlaví byla důležitá doba vzniku hendikepu, jak vyplývá z první hypotézy.

Třetí hypotéza: Paraplegici dosahují signifikantně vyšších výsledků v testu sebepojetí než kvadruplegici. Tato hypotéza vychází z předpokladu, že stupeň hendikepu, bude mít vliv na sebepojetí. Tudíž že paraplegici (kteří mají nižší stupeň hendikepu - ochrnutí jen dolních končetin) budou dosahovat signifikantně vyšších výsledků v sebepojetí než vozíčkáři kvadruplegici (ti mají vyšší stupeň hendikepu - mají postiženy v různém stupni i končetiny horní). Tato hypotéza nebyla potvrzena, tudíž mezi jedinci neexistuje signifikantní rozdíl v závislosti na rozsahu hendikepu. Obdobný výzkum provedl v roce 1982 Mayer et al., výsledky studie taktéž nepotvrdily signifikantní rozdíl v testu sebepojetí mezi paraplegiky a kvadruplegiky. Celá studie je blíže popsána v kapitole 4. I když tato hypotéza nebyla přijata, myslím si, že se bude sebepojetí v závislosti na rozsahu hendikepu lišit. Pro další výzkumy na podobné téma, by bylo dobré se více zaměřit na rozsah hendikepu, vytvořit dvě homogenní skupiny, které by měly různé druhy hendikepu a ty podrobit testování.

Ve výzkumné studii jsem se zaměřila pouze na zkoumání celkového sebepojetí vozíčkářů. Fittsův test sebepojmu má však mnoho samostatných škál. Proto jsem se rozhodla se zaměřit na já fyzické. Zkoumala jsem, zda existuje signifikantní rozdíl mezi jedinci s vrozeným nebo získaným hendikepem ve skóru fyzického já. Provedla jsem t-test pro dvě nezávislé skupiny. Z výsledků vyplynulo, že existuje statisticky významný rozdíl ve fyzickém já u vozíčkářů s vrozeným nebo získaným hendikepem. Průměrné skóre u vozíčkářů s vrozeným hendikepem bylo 54,26 a u vozíčkářů s hendikepem získaným průměrné skóre činilo 56,67. Jedinci se získaným hendikepem dosahovali signifikantně vyšších výsledků ve fyzickém já než jedinci s hendikepem vrozeným ( $t=2,21$ ,  $p=0,29$ ). Tento výsledek byl přesně opačný než u celkového sebepojetí, kdy naopak jedinci s hendikepem vrozeným dosahovali signifikantně vyšších výsledků než jedinci s hendikepem získaným. Jedním z důvodů proč by tento výsledek mohl být takový je, že vozíčkáři s hendikepem získaným své fyzické já hodnotili ještě z dob před hendikepem. Toto je však pouze domněnka a zkoumání pouze tělesného sebepojetí vozíčkářů by mohl být námětem pro další studie.

I tato studie měla své nedostatky. Jako největší problém vidím to, že je velmi těžké určit, kdo konkrétně je vozíčkář. Jsou jedinci, kteří využívají vozík neustále (jedná se

například o paraplegiky a kvadruplegiky), ale pak jsou také jedinci, kteří nemají tak rozsáhlý hendikep a jsou schopni udělat alespoň pár kroků a vozík používají spíše na delší vzdálenosti. Dalším problémem, který spatřuji je nehomogenní druh hendikepu, kdy jedinci například s progresivní svalovou dystrofií mají jinou prognózu (spíše zhoršení stavu) než například lidé s DMO, kdy už se nemoc v průběhu života rapidně nezhoršuje. Jelikož však výzkum pojímal všechny osoby na vozíku, bylo nezbytně mít vzorek jedinců co nejrůznorodější. Toto je však pouze návrh pro další výzkumy, které by se zabývaly jak vozíčkáři či lidmi s hendikepem, aby svá data měla více homogenní, což by vedlo k tomu, že by výsledek nebyl zkreslen různorodostí hendikepu. Možným zdrojem zkreslení dat mohlo být také to, že vzorek respondentů se získaným postižením získal hendikep před různě dlouhou dobou. Ve vzorku se nacházeli jedinci, kteří byli hendikepováni pouze 1 rok, ale také byli do výzkumu zahrnuti participant, kteří získali hendikep již před 63 lety, průměrná doba od vzniku hendikepu byla 25,9 let. Což může vést k tomu, že vozíčkáři se získaným postižením měli již dostatek času svůj hendikep akceptovat a smířit se s ním. Jelikož je však velmi obtížné sehnat respondenty vozíčkáře, této chybě se v této studii vyhnout nedalo. Pokud by byl realizován tento výzkum znovu a bylo by možné tuto proměnou ohlídat a do výběrového vzorku vybrat respondenty s přibližně stejnou dobou vzniku hendikepu či mít více skupin s různou dobou vzniku hendikepu, byla by taková výzkumná studie jistě velmi přínosná. Další výzkum týkající se vozíčkářů se získaným hendikepem, který by bylo jistě zajímavé realizovat, by byl výzkum v podobě longitudinální studie. Kdy by se sebepojetí vozíčkářů mapovalo po různé dlouhou dobu od vzniku jejich hendikepu.

Další výzkumy zaměřené na vozíčkáře by se podle mého názoru měli věnovat hlavně tomu, jakou by měli psychologové s lidmi na vozíku pracovat. Jak lidem, ať už s hendikepem vrozeným či získaným, umožnit lepší akceptaci jejich hendikepu. Také by bylo vhodné zkoumat populaci jedinců bez tělesného hendikepu jaké názory a postoje vůči vozíčkářům chová. Tyto výzkumy by mohly vést k lepšímu pochopení vozíčkářů a jejich kvalitnější integraci. Celá práce umožňuje hlubší náhled do světa vozíčkářů. Výsledky výzkumné studie by mohly pomoci odborníkům s nimi pracujícími (například psychologům, lékařům a jiným profesím) zaměřit se na sebepojetí vozíčkářů a pomoci jim více jejich hendikep akceptovat.

Myslím si, že problematika vozíčkářů u nás není pojímána komplexně. V poslední době je velká snaha odstranit fyzické bariéry a více vozíčkáře integrovat do zdravé společnosti. Ale přijde mi, že je opomíjeno to jak k lidem na vozíku přistupovat. Není dostatečně prozkoumáno to, jak se lidé na vozíku hodnotí, akceptují svůj hendikep a jak pojmají sebe sami. Tato studie by měla posloužit k lepšímu pochopení vozíčkářů. Zejména k pochopení toho, že existuje rozdíl mezi jedinci, kteří se se svým hendikepem narodí a těmi, kteří ho získají v průběhu života. Jelikož sebepojetí u vozíčkářů s hendikepem získaným vyšlo signifikantně nižší, než u vozíčkářů s hendikepem vrozeným, myslím si, že je vhodné se více o lidi se získaným hendikepem zajímat, poskytnout jim lepší psychologickou péči například v nemocnicích, či různých rehabilitačních centrech. Dát jim více prostoru a ukázat jim více možností jak se se svým hendikepem vyrovnat a jak vzniklý hendikep začlenit do svého sebepojetí.

## 11 Závěr

Na základě provedeného testování jsem dospěla k výsledkům, z kterých vyplývá, že se vozíčkáři s vrozeným hendikepem se liší od vozíčkářů s hendikepem získaným. Dosahují signifikantně vyšších výsledků ve Fittsově testu sebepojmu než jedinci s hendikepem vrozeným. To vede k závěru, že získaný hendikep podstatně zasahuje do sebepojetí jedince. Což potvrdily obdobné výzkumy na toto téma.

Rozdíl mezi muži a ženami na vozíku nebyl potvrzen. Nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi muži a ženami v celkovém skóru v testu sebepojetí. Tudíž pohlaví mezi vozíčkáři ve výši výsledku v testu sebepojetí nehrála roli. A muži i ženy v tomto vzorku se v sebepojetí signifikantně neliší.

Paraplegici a kvadruplegici se signifikantně neliší ve výsledcích v testu sebepojetí. I když se očekávalo, že paraplegici budou v testu sebepojetí dosahovat signifikantně vyšších výsledků než kvadruplegici, tato hypotéza nebyla potvrzena. Tudíž nebyl nalezen rozdíl v závislosti na druhu hendikepu.

## Souhrn

Jak vyplývá z názvu, tato práce se zabývá sebepojetím u vozíčkářů s vrozeným nebo získaným hendikepem. Teoretická část práce je zaměřena na hendikep, vozíčkáře a sebepojetí. A slouží jako teoretický podklad pro část výzkumnou. Empirická část práce zkoumá, jak se liší sebepojetí u vozíčkářů s hendikepem získaným a vrozeným, rozdílem v sebepojetí u mužů a žen na vozíku a také tím, zda existuje rozdíl mezi paraplegiky a kvadruplegiky.

V teoretické části práce je vytyčeno, co je to hendikep, jaké jsou druhy hendikepu vrozeného a získaného, také se v teoretické části zabývám tím, jaký je život s hendikepem a jaké psychické stavy mají lidé s hendikepem. Další kapitola teoretické části pojednává o vozíčkářích, zaměřuji se konkrétně na paraplegiky a kvadruplegiky v této části také uvádím organizace, které sdružují vozíčkáře, nastiňuji zde jejich hlavní cíle a poslání. Kapitola v teoretické části také pojednává o sebepojetí, jeho prvcích, minulých a současných pohledech na sebepojetí, vývoji sebepojetí a tělesném sebepojetí. Poslední teoretická kapitola tvoří přechod mezi teoretickou a empirickou částí a zabývá se výzkumy, které byly realizovány na podobné téma.

Další stěžejní částí, která vychází z práce teoretické je empirická část. Ve výzkumné části práce jsem nejprve vytyčila výzkumný problém, poté jsem stanovila cíle výzkumu a výzkumné hypotézy. Popsala jsem základní výběrový soubor. Jedná se o dospělé vozíčkáře s různým druhem hendikepu jak vrozeným nebo získaným. Výběrový soubor byl získán metodou prostého záměrného výběru, poté jsem použila metodu sněhové koule, výběr byl také doplněn metodou výběru přes instituce, aby se jednalo o co nejvíce reprezentativní vzorek. Organizace byly kontaktovány pomocí e-mailu či jejich Facebookových profilů, byl jim poslán průvodní dopis, obsahující podrobné informace o výzkumu.

Výzkumný vzorek byl tvořen 103 vozíčkáři, jednalo se o 61 mužů a 42 žen. Z toho vrozený hendikep uvádělo 42 účastníků výzkumu a získaný hendikep 61 účastníků. Průměrný věk účastníků byl 44,9 let. Mezi nejčastějšími diagnózami, které se ve vzorku objevovaly, byly: paraplegie u 31 respondentů, kvadruplegie u 23 účastníků výzkumu, dětská mozková obrna byla uváděna u 12 participantů, dále ve výzkumném vzorku bylo 11 osob s myopatií, 6 s poliomyelitidou. Mezi další zastoupené diagnózy patřila: cévní



mozková příhoda, amputace obou dolních končetin, rozštěp páteře a roztroušená skleróza. Jedinci se získaným hendikepem uváděli jako nejčastější příčinu svého postižení: dopravní nehodu, ta byla příčinou hendikepu u 17 vozíčkářů, dále pád z výšky, který byl následkem postižení u 7 respondentů a skok do vody se objevil u 7 participantů. Jako další okolnosti vzniku získaného hendikepu se objevovaly: pracovní úrazy, nádorová onemocnění míchy, operace, sportovní aktivity, sražení vlakem, uklouznutí na náledí, střelné poranění.

Jako metodu zjišťující sebepojetí jsem použila standardizovaný dotazník sebepojetí. Tennessee Self Concept Scale (Fittsův test sebepojmu). Dotazník byl jak v online taky v tištěné podobě, nakonec však byla využita pro lepší dostupnost online podoba. Než jsem přešla k samotné administraci dotazníku, provedla jsem krátkou pilotní studii. Etické aspekty výzkumu byly zohledněny, byla dodržena absolutní anonymita respondentů, byly uvedeny pravdivé informace o záměru výzkumu.

Sesbíraná data byla vyhodnocena a zpracována pomocí programu MS Office Excel a STATISTICA 12. Na základě dat byla přijata první hypotéza, která zní: Vozíčkáři s vrozeným hendikepem dosahují signifikantně vyšších výsledků v testu sebepojetí, než vozíčkáři s hendikepem získaným. Hypotéza byla ověřena pomocí t-testu pro dva nezávislé soubory. Možným důvodem, proč vozíčkáři, kteří mají vrozený hendikep, dosahují signifikantně vyšších výsledků v testu sebepojetí může být to, že se se svým hendikepem vyvíjeli, tudíž jejich hendikep byl součástí již při vývoji jejich sebepojetí. Zatímco jedinci, kteří mají hendikep získaný, měli sebepojetí vyvinuto, ale získané postižení bylo takovým zásahem do jejich sebepojetí, že došlo k negativnímu narušení sebepojetí.

Hypotéza druhá, která předpokládala signifikantní rozdíl v testu sebepojetí mezi muži a ženami na vozíku, nebyla přijata. Na základě t-testu pro dvě nezávislé skupiny nebyl odhalen signifikantní rozdíl mezi muži a ženami na vozíku. Sebepečetí vozíčkářů není tedy podmíněno pohlavím.

Dalším, co výzkumná část zkoumala, bylo, zda paraplegici dosahují signifikantně vyšších výsledků v testu sebepojetí než kvadruplegici. Tudíž jestli stupeň hendikepu u vozíčkářů s těmito dvěma diagnózami má dopad na jejich výsledek v testu sebepojetí. Ani zde po provedení Mann-Whitneyova U testu nebyl nalezen signifikantní rozdíl. Tudíž se

neprokázalo, že by mezi těmito dvěma skupinami vozíčkářů byl signifikantní rozdíl ve výsledcích v testu sebepojetí.

Výsledky výzkumu odpovídají očekávaným předpokladům. První hypotéza byla potvrzena, což odpovídá i obdobnému výzkumu, který byl realizovaný Bogartem (2014). Bogartův výzkum se však netýkal konkrétně vozíčkářů, ale osob s pohybovým postižením. Z jeho výsledků vyplynulo, že skupina jedinců, která se s hendikepem již narodila, dosahovala vyšších výsledků v sebepojetí než ti, kteří tělesné postižení získali až v průběhu života. Hypotéza třetí, testující rozdíl sebepojetí mezi paraplegiky a kvadruplegiky a její nepřijetí tudíž, že neexistuje signifikantní rozdíl v sebepojetí mezi paraplegiky a kvadruplegiky odpovídá obdobnému výzkumu Mayera et al., (1982). Při výzkumu sebepojetí (taktéž zkoumána pomocí Tennessee Self Concept Scale) u paraplegiků a kvadruplegiků, taktéž nebyl potvrzen signifikantní rozdíl v jejich sebepojetí.

Velkým přínosem této práce je konkrétní zaměření na vozíčkáře a porovnání jejich sebepojetí v ohledu na dobu jejich hendikepu (vrozeného nebo získaného), na roli pohlaví vozíčkářů a jejich sebepojetí a také na porovnání paraplegiků a kvadruplegiků v jejich výsledcích v testu sebepojetí. Práce může být užitečná jak širší veřejnosti, která by se ráda něco o lidech na vozíku dozvěděla, může také posloužit lidem pracujícím s vozíčkáři. A v neposlední, řadě také samotným vozíčkářům.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Ambler, Z. (1999). *Neuropatie a myopatie: minimum pro praxi*. Praha: TRITON.
- 2) Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH.
- 3) Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- 4) Blatný, M. (2001). *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita.
- 5) Blatný, M. & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí. Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- 6) Blatný, M., Hřebíčková, M., Millová, K., Plháková, A., Říčan, P., Slezáčková, A., & Stuchlíková, I. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- 7) Bednařík, J., Ambler, Z., & Růžička, E. et al., (2010). *Klinická neurologie – část speciální I*. Praha: TRITON.
- 8) Bednařík, J., Ambler, Z., & Růžička, E. et al., (2010). *Klinická neurologie – část speciální II*. Praha: TRITON.
- 9) Bendová, P. (2010). *Základy somatopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 10) Bogart, K. R. (2014). The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 107-115. doi:10.1037/a0035800.
- 11) Buřvalová, D., Reitmayerová, E. (2007). *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochranu dětí paraple.
- 12) Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97(1), 19-35. doi:10.1037/0033-295X.97.1.19

- 13) Česká asociace paraplegiků CZEPA. (2015). Získáno 25. Února. 2015 z <http://www.czepa.cz/>.
- 14) Edelsberger, L. et. al., (2000). *Defektologický slovník*. Jinočany: Nakladatelství H & H.
- 15) Faltýnková, Z., Kříž, J., & Kábrtová, A. (2004). *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků.
- 16) Faltýnková, Z. (2012). *Vše okolo tetraplegie*. Praha: Česká asociace paraplegiků – CZEPA.
- 17) Faltýnková, Z. (2015). *Průvodce správného výběru vozíku pro spinální pacienty*. Praha: Česká asociace paraplegiků - CZEPA. (2015).
- 18) Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Univerzita Karlova.
- 19) Fink, J. K. (2013). Hereditary spastic paraplegia: Clinico-pathologic features and emerging molecular mechanisms. *Acta Neuropathologica*, 126(3), 307-328. doi:10.1007/s00401-013-1115-8.
- 20) Fitts, W.,H. (1965). Tennessee Self Concept Scale. 1965
- 21) Gannotti, M. E., Minter, C. L., Chambers, H. G., Smith, P. A., & Tylkowski, C. (2011). Self-concept of adults with cerebral palsy. *Disability And Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 33(10), 855-861. doi:10.3109/09638288.2010.514017.
- 22) Hartl, P. & Hartlová. H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 23) Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340. doi:10.1037/0033-295X.94.3.319
- 24) Hrabálek, L. (2011). *Poranění páteře a míchy*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 25) Hrdá, J. (duben 2014). „*Vtíráme se*“ do všech oblastí života. *Statistika & My*. Získáno 28. Února 2015 z <http://www.statistikaamy.cz>.
- 26) Liga vozíčkářů (2015). Získáno 26. února 2015 z <http://www.ligavozic.cz/>.

- 27) Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review Of Psychology*, 38, 299-337. doi:10.1146/annurev.ps.38.020187.001503.
- 28) Mayer, J. D., & Eisenberg, M. G. (1982). Self-concept and the spinal-cord-injured: An investigation using the Tennessee Self-Concept Scale. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 50(4), 604-605. doi:10.1037/0022-006X.50.4.604.
- 29) Mendes, A. K., Cardoso, F. L., & Savall, A. R. (2008). Sexual satisfaction in people with spinal cord injury. *Sexuality And Disability*, 26(3), 137-147. doi:10.1007/s11195-008-9083-y.
- 30) Murphy, R. (2001). *Umlčené tělo* Praha: Sociologické nakladatelství.
- 31) Novosad, L., Švingalová, D. (2002) *Problém tělesnosti u hendikepovaných osob z hlediska filozofie výchovy*. Praha: Univerzita Karlova.
- 32) Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohled na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál.
- 33) Paraple. (2015). Získáno 24. února 2015 z <http://www.paraple.cz/>.
- 34) Paterová, V, et. al., (2005). *Páteř a mícha*. Praha: Galén.
- 35) Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada.
- 36) Renotiérová, M. (2002). *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomuoci Pedagogická fakulta.
- 37) Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 30(4), 526-537. doi:10.1037/h0037039.
- 38) Tam, S. F. (1998). Comparing the self-concepts of persons with and without physical disabilities. *The Journal Of Psychology*, 132(1), 78-86.
- 39) Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

- 40) Vágnerová, M., Hadj- Mousová, Z. & Štech, S. (1999). *Psychologie hendikepu*. Praha: Karolinum
- 41) Vokurka, M. & Hugo J. et .al, (2005). *Velký lékařský slovník*. Praha: MAXDORF.
- 42) Wheelchair Competition, Self-Concept, and Acceptance of Disability. (1987). Adapted Physical Activity Quarterly, 4(4), 251.
- 43) Zaciosová, R. (2012). *Vozík a vězení je pro každého*. Sedlčany: Hölzecová Eva.

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Sebepojetí u vozíčkářů s vrozeným nebo získaným hendikepem

**Autor práce:** Tereza Rumlerová

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

**Počet stran a znaků:** 61, 116 106

**Počet příloh:** 2

**Počet titulů použité literatury:** 43

**Abstrakt:** Cílem práce je zjistit jak vozíčkáři nahlíží sami na sebe, jaké je jejich sebepojetí. Zda se liší sebepojetí u vozíčkářů s hendikepem vrozeným nebo hendikepem získaným, jestli existuje rozdíl v sebepojetí mezi muži a ženami na vozíku a zda se liší paraplegici a kvadruplegici ve výsledcích v testu sebepojetí. První část práce tvoří teoretický rámec, zabývá se hendikepem, aspekty a druhy postižení vrozeného a získaného, vozíčkáři, paraplegiky, kvadruplegiky a sebepojetím. Sebepojetí vozíčkářů bylo měřeno pomocí Tennessee Self Concept Scale. Výzkumný vzorek byl získán metodou prostého záměrného výběru, metodou sněhové koule a záměrným výběrem přes instituci. Výběrový soubor obsahoval 103 vozíčkářů. Na základě statistického šetření bylo zjištěno, že vozíčkáři s hendikepem vrozeným dosahují signifikantně vyššího výsledku v testu sebepojetí než vozíčkáři s hendikepem získaným. Mezi muži a ženami na vozíku nebyl nalezen signifikantní rozdíl. Signifikantní rozdíl nebyl potvrzen ani mezi paraplegiky a kvadruplegiky. Z výsledků studie vyplývá, že nejvyšší vliv na sebepojetí u vozíčkářů má nástup jejich hendikepu, tedy zda se jedná o hendikep vrozený nebo získaný.

**Klíčová slova:** vozíčkáři, hendikep, vrozené postižení, získané postižení, sebepojetí

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Self – concept of wheelchair users with congenital or acquired handicap

**Author:** Tereza Rumlerová

**Supervisor:** Doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

**Number of pages and characters:** 61, 116 106

**Number of appendices:** 2

**Number of references:** 43

### **Abstract:**

The aim of this study is to reveal how wheelchair users think of themselves, what is their self-concept. If there is any difference in a self-concept between wheelchair users with congenital and acquired handicap, whether there is any difference between men or women on the wheelchair, if paraplegics are different from quadriplegics in results of the test of self-concept. The first part forms theoretical framework, deals with handicap aspects and types of congenital and acquired disability, wheelchair users, paraplegics and quadriplegics and self-concept. Self-concept of wheelchair users was measured by Tennessee Self Concept Scale. The research sample was obtained by simple purposive sample, snowball method and purposive sample through the institution. The sample includes 103 wheelchair users. Based on a statistical survey, it was found that wheelchair users with congenital handicap achieved significantly higher score at test than wheelchair users with acquired handicap. There was not a significant difference between men and women on the wheelchair. A significant difference was not find even between paraplegics and quadriplegics. The results show that the highest impact on self-concept at wheelchair users has onset of handicap, whether it is congenital or acquired handicap.

**Keywords:** wheelchair users, handicap, congenital disability, acquired disability, self-concept



## **Přílohy**

**Příloha 1:** Podklad pro zadání bakalářské práce

**Příloha 2:** Průvodní dopis

# Příloha 1: Podklad pro zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

## Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
RUMLEROVÁ Tereza	Srubby 32, Srubby	F131005

### TÉMA ČESKY:

Sebepojetí u vozíčkářů s vrozeným nebo získaným hendikepem.

### NÁZEV ANGLICKY:

Self-concept of wheelchair users with congenital or acquired handicap

### VEDOUcí PRÁCE:

Doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc. - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Rešerše a studium literatury zabývající se hendikepem, tělesným postižením a sebepojetím.

Zpracování teoretické části se zaměřením na: hendikep, tělesné postižení, vozíčkáře a sebepojetí.

Příprava a realizace výzkumného designu:

a) vymezení problému, formulování cílů a hypotéz

b) oslovení účastníků (lidé na vozíku od narození, lidé kteří k hendikepu přišli v průběhu života), administrace dotazníku, sběr dat

c) kvantitativní analýza, srovnávání dat

d) porovnání teoretických předpokladů s výsledky výzkumu, porovnání dvou skupin (lidé s vrozeným hendikepem, lidé se získaným hendikepem), interpretace výsledků, diskuse, závěr, souhrn.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Blatný, M. & Plháčková, A. (2003). Temperament, inteligence, sebepojetí : nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu. Brno: Psychologický ústav AV ČR; Tišnov: Sdružení SCAN.

Buřvalová, D., & Reitmayerová, E. (2007). Tělesně postižení. Praha: Vzdělávací institut na ochranu dětí.

Faltýnková, V. (2007) Desatero moudrého vozíčkáře : průvodce pro klienty s poškozením míchy. Praha: Česká asociace paraplegiků CZEPA.

Michalík, J. et al. 2011. Zdravotní postižení a pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál.

Novosad, L. (2009). Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním : základy a předpoklady dobré poradenské praxe. Praha : Portál.

Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z. & Štech, S. (1999). Z Psychologie handicapu. Praha: Karolinum

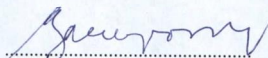
WHO. (2008). Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví MKF. Praha: Grada.

Zaciosová, R. (2012). Vozík a vězení je pro každého. Sedlčany: Hölzlová Eva.

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce:



Datum: 19. 11. 2014

## Příloha 2: Průvodní dopis



Korespondenční adresa: Křížkovského 10, 771 80 Olomouc  
Sídlo: Vodární 6, 779 00 Olomouc  
Tel.: +420 585 633 501 | Fax: +420 585 633 700  
Email: [psychologie@upol.cz](mailto:psychologie@upol.cz) | [www.psych.upol.cz](http://www.psych.upol.cz)

V Olomouci, 26.11.2014

Vážená paní ředitelko/ Vážený pane řediteli,

dovolte mi, abych vás požádala o možnost zapojení vaší organizace do výzkumné studie. Studie se zabývá sebepojetím vozíčkářů s vrozeným nebo získaným hendikepem, rozdílem v sebepojetí mezi muži a ženami na vozíku a tím, zda se liší sebepojetí mezi paraplegiky a kvadruplegiky. Výzkum je realizován na katedře psychologie, Filozofické fakulty, Univerzity Palackého. Je součástí bakalářské práce s názvem Sebpojetí u vozíčkářů s vrozeným nebo získaným hendikepem. Jako metodu pro sběr dat slouží dotazník, zjišťující sebepojetí. Dotazník je směřován k oběma skupinám vozíčkářů, jak s vrozeným tak získaným hendikepem. Doba vyplňování dotazníku je v průměru 20 minut.

Tímto bych vás ráda požádala o účast na této studii. Potřebovala bych vaši pomoc s výběrem respondentů, kteří by byli ochotni se do výzkumu zapojit a vyplnit dotazník. Dotazníky mohou zaslat v papírové podobě, či zaslat jejich online verzi. Dotazník je zcela **anonymní** a slouží pouze k účelům bakalářské práce.

### **Proč se do výzkumu zapojit:**

- Možnost pomoci rozšířit povědomí široké veřejnosti o vozíčkářích.
- Pomoci při zmapování rozdílů v sebepojetí mezi vozíčkáři s vrozeným nebo získaným hendikepem, ženy a muži na vozíku a mezi paraplegiky a kvadruplegiky.
- A také, pokud budete mít zájem, v práci bude prostor pro zveřejnění vaší organizace.

Po obdržení vašeho souhlasu s pomocí na výzkumné studii, bych vám po další domluvě zaslala buď papírovou či internetovou verzi. V případě jakýchkoli dotazů mě neváhejte kontaktovat na e-mailové adrese [tereza.bpprace@gmail.com](mailto:tereza.bpprace@gmail.com) či na telefonním čísle 736 509 939.

Těším se na Vaši případnou spolupráci.

Tereza Rumlerová