

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Psychické a sociální důsledky získaného tělesného postižení:
Možnosti a význam sociální práce pro klienty využívající sociální
služby**

Bakalářská práce

Autor: Adéla Gryčová

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce v preventivních službách

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Hradec Králové

2026

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Filozofická fakulta

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Adéla Gryčová
Osobní číslo: F23BP0403
Studijní program: B0923P240001 Sociální práce
Téma práce: Psychické a sociální důsledky získaného tělesného postižení: Možnosti a význam sociální práce pro klienty využívající sociální služby
Zadávající katedra: Ústav sociální práce FF

Zásady pro vypracování

Anotace:

Tato bakalářská práce se zabývá psychickými a sociálními důsledky získaného tělesného postižení. Zaměřuje se jak na samotného člověka, který si tímto životním zlomem prochází, tak na jeho nejbližší – rodinu a blízké osoby, které se často stávají neformálními pečovateli. Práce sleduje, jaké změny v každodenním životě tyto osoby zažívají, jak se proměňují jejich vztahy, role a potřeby. Současně se věnuje roli sociální práce a významu sociálních služeb, které se podílejí na podpoře jednotlivce i celé rodiny při zvládání nové životní situace. Výzkumná část bude realizována kvalitativní výzkumnou strategií prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů.

Anotace anglicky:

This bachelor thesis deals with the psychological and social consequences of acquired physical disability. It focuses both on the individual going through this life-changing event and on their close family members, who often become informal caregivers. The thesis explores the changes these people experience in their everyday lives, as well as shifts in their relationships, roles, and needs. It also addresses the role of social work and the importance of social services that support both the individual and their family in coping with the new life situation. The research part will be carried out using a qualitative research strategy in the form of semi-structured interviews.

Klíčová slova:

získané tělesné postižení, psychické důsledky, sociální důsledky, sociální práce, sociální služby, klienti, rodina, rodinné soužití, podpora rodiny, neformální péče, invalidita, úraz, handicap

Klíčová slova anglicky:

acquired physical disability, psychological consequences, social consequences, social work, social services, clients, family, family life, family support, informal care, disability, injury, handicap

Rozsah pracovní zprávy:

Rozsah grafických prací:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam doporučené literatury:

MACKOVÁ, Martina. 2014. Sociální práce s handicapovanými. Hradec Králové: Gaudeamus.

NOVOSAD, Libor. 2009. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita. Praha: Portál.

MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, ed. 2019. Sociální práce s osobami se zdravotním postižením. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

Vedoucí bakalářské práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Ústav sociální práce FF

Oponent bakalářské práce: JUDr. et Mgr. Filip Rigel, Ph.D.
Ústav sociální práce FF

Datum zadání bakalářské práce: 22. května 2025

Mgr. Jan Prouza, Ph.D. v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Iva Junová, Ph.D. v.r.
ředitelka

V Hradci Králové dne 22. května 2025

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 8. 4. 2026

Adéla Gryčová

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc., za její odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup po celou dobu zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem informantům, kteří mi věnovali svůj čas a podělili se o své zkušenosti.

Anotace

GRYČOVÁ, Adéla. 2026. *Psychické a sociální důsledky získaného tělesného postižení: Možnosti a význam sociální práce pro klienty využívající sociální služby*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Tato bakalářská práce se zabývá psychickými a sociálními důsledky získaného tělesného postižení. Zaměřuje se jak na samotného člověka, který si tímto životním zlomem prochází, tak na jeho nejbližší – rodinu a blízké osoby, které se často stávají neformálními pečovateli. Práce sleduje, jaké změny v každodenním životě tyto osoby zažívají, jak se proměňují jejich vztahy, role a potřeby. Současně se věnuje roli sociální práce a významu sociálních služeb, které se podílejí na podpoře jednotlivce i celé rodiny při vyrovnávání se s touto změnou. Cílem této práce je prozkoumat a popsat, jakým způsobem získané tělesné postižení proměnilo životy jedinců i jejich rodin, a zároveň analyzovat význam sociálních služeb při zvládání této nové životní situace. Výzkumná část je realizována kvalitativní výzkumnou strategií prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova: získané tělesné postižení, psychosociální dopady, sociální služby, neformální péče, rodinný systém

Annotation

GRYČOVÁ, Adéla. 2026. *Psychological and Social Consequences of Acquired Physical Disability: Opportunities and the Importance of Social Work for Clients Using Social Services*. Hradec Králové: University of Hradec Králové, Faculty of Arts, Institute of Social Work. Supervisor: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

This bachelor thesis deals with the psychological and social consequences of acquired physical disability. It focuses on both the individual undergoing this life-turning point and their immediate environment – family and close ones, who often become informal caregivers. The work monitors the changes in daily life that these individuals experience, as well as the transformations in their relationships, roles, and needs. At the same time, it addresses the role of social work and the importance of social services involved in supporting the individual and the entire family during the process of coping with this change. The aim of this thesis is to explore and describe how acquired physical disability has transformed the lives of individuals and their families, and at the same time to analyze the importance of social services in managing this new life situation. The research part is carried out using a qualitative research strategy through semi-structured interviews.

Keywords: acquired physical disability, psychosocial consequences, social services, informal care, family system

Obsah

Úvod	11
I. CÍL PRÁCE A METODIKA ZPRACOVÁNÍ.....	13
II. TEORETICKÁ ČÁST	15
1 Fenomén získaného tělesného postižení	15
1.1 Zdravotní postižení	15
1.1.1 Klasifikace a druhy postižení	16
1.2 Tělesné postižení	16
1.2.1 Vrozené a získané tělesné postižení.....	17
1.2.2 Model ICF (Mezinárodní klasifikace funkčnosti, disability a zdraví).18	
1.3 Získané tělesné postižení jako životní zlom a krize	20
1.3.1 Ztráta zdraví a narušení integrity těla	21
1.3.2 Fáze psychického zvládání a adaptace	21
2 Psychické a sociální důsledky získaného postižení a dopad na rodinu	23
2.1 Psychické důsledky a zvládání situace (coping).....	23
2.1.1 Proměna sebepojetí a osobní identity	24
2.1.2 Náročné psychické stavy	25
2.1.3 Strategie zvládání (coping) a resilience	26
2.2 Sociální důsledky a proměny v životě klienta	27
2.2.1 Vliv na profesní fungování a ekonomickou situaci	28
2.2.2 Vliv na sociální síť a mezilidské vztahy	29
2.2.3 Dostupnost a přizpůsobení bydlení.....	30
2.3 Dopad na rodinu a oblast neformální péče	31
2.3.1 Postižení jako náročná životní situace pro celou rodinu	32
2.3.2 Proměna rodinných rolí a dynamiky.....	33
2.3.3 Neformální péče – náročnost, vyčerpání, podpora	34
3 Role a význam sociální práce a služeb	36
3.1 Sociální práce s osobami s tělesným postižením.....	36
3.1.1 Role sociálního pracovníka v oblasti sociální práce a péče.....	37
3.1.2 Specifika komunikace a přístupy pomáhajících	38
3.2 Sociální služby jako nástroj podpory	39
4 Shrnutí teoretické části	41

III.	EMPIRICKÁ ČÁST	42
5	Metodika výzkumného šetření.....	42
5.1	Hlavní cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky	42
5.2	Zvolená strategie výzkumu a výzkumný nástroj	43
5.3	Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	43
5.4	Zdůvodnění a charakteristika vybraného výzkumného souboru	47
5.5	Popis organizace a průběhu šetření.....	48
5.6	Způsob zpracování získaných údajů.....	49
5.7	Reflexe etických rizik a validity výzkumu	49
6	Popis a interpretace dosažených výsledků výzkumného šetření	50
6.1	Interpretace výsledků od informantů OZTP1–3	50
6.1.1	Interpretace dílčího výzkumného cíle 1.....	50
6.1.2	Interpretace dílčího výzkumného cíle 2.....	53
6.1.3	Interpretace dílčího výzkumného cíle 4.....	56
6.2	Interpretace výsledků s informanty BR1–3	59
6.2.1	Interpretace dílčího výzkumného cíle 3.....	59
6.2.2	Interpretace dílčího výzkumného cíle 4.....	63
7	Shrnutí empirické části	67
	Závěr.....	69
	Seznam použité literatury	70

Seznam použitých zkratk

BR – označení informanta – blízká rodina

DC – dílčí cíl

DVO – dílčí výzkumná otázka

HVO – hlavní výzkumná otázka

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OZTP – označení informanta – osoba se získaným tělesným postižením

Sb. – sbírka zákonů

T – tazatel

tzv. – takzvaně

ÚP – úřad práce

WHO – Světová zdravotnická organizace

Úvod

Zdraví a schopnost samostatného pohybu jsou hodnoty, které člověk zpravidla vnímá jako samozřejmost, dokud nedojde k jejich náhlému narušení. Získané tělesné postižení představuje jeden z nejvíce zatěžujících životních zlomů, se kterými se člověk může v dospělosti setkat. Na rozdíl od vrozených vad, kdy je handicap přirozenou součástí vývoje od narození, přináší získané postižení nutnost srovnávání mezi dřívějším životem v plné síle a novou realitou, která je plná fyzických omezení a bariér. Nejde přitom pouze o medicínský problém či omezení hybnosti, ale především o hluboké psychosociální trauma, které vyžaduje přijetí nové identity a vyrovnání se s radikálně změněnou sociální rolí.

Volba tohoto tématu byla významně ovlivněna osobní zkušeností autorky, která měla možnost sledovat proces adaptace na život s tělesným postižením z velké blízkosti v rámci vlastního rodinného systému. Tato perspektiva umožnila nahlédnout do reality, která často zůstává vnějšmu pozorovateli skryta. Ukazuje se, že postižení jednoho člena rodiny se okamžitě stává krizovou situací pro celý systém. Blízcí příbuzní se často ze dne na den mění v neformální pečovatele, což s sebou přináší značnou psychickou i fyzickou zátěž, pocity nejistoty a riziko sociální izolace. Právě hlubší pochopení této provázanosti mezi prožíváním klienta a dynamikou pečující rodiny tvoří hlavní motiv práce.

Význam tématu pro sociální práci spočívá v nutnosti sledovat, jak současný systém pomoci na tyto situace reaguje. Lidé s postižením stále narážejí na překážky, které nejsou jen technického rázu, ale často souvisejí s administrativní náročností nebo nedostatkem podpory pro pečující osoby. Sociální pracovník by v tomto procesu neměl vystupovat pouze jako úředník, ale především jako průvodce, který rodině pomáhá najít zdroje ke stabilizaci jejich situace a k zachování důstojného života v domácím prostředí.

Hlavním cílem bakalářské práce je prozkoumat a popsat, jak získané tělesné postižení proměnilo životy konkrétních jedinců i jejich rodin, a zároveň zjistit význam sociálních služeb při zvládání této situace. Práce je rozdělena do tří hlavních částí. První část vymezuje cíl práce a metodiku zpracování. Druhá část je teoretická a věnuje se definování tělesného postižení a psychickým dopadům, tedy reakcím a adaptaci na situaci. Dále rozebírá sociální dopady v oblasti práce, bydlení a vztahů, dopad na rodinu

i neformální péči a poslední kapitola se věnuje roli sociální práce a sociálních služeb. Třetí část práce je empirická a obsahuje samotné výzkumné šetření, které bylo realizováno kvalitativní strategií. Ta byla zvolena pro možnost hlouběji zachytit příběhy a zkušenosti tří mužů se získaným postižením a jejich neformálních pečovatelek. V této části jsou pak představeny a interpretovány výsledky, které z rozhovorů s těmito rodinami vyplynuly.

I. CÍL PRÁCE A METODIKA

ZPRACOVÁNÍ

Bakalářská práce na téma „*Psychické a sociální důsledky získaného tělesného postižení: Možnosti a význam sociální práce pro klienty využívající sociální služby*“ má za **hlavní cíl** prozkoumat a popsat, jakým způsobem získané tělesné postižení proměnilo životy jedinců i jejich rodin, a zároveň analyzovat význam sociálních služeb při zvládání této nové životní situace.

K dosažení tohoto záměru byl hlavní cíl operacionalizován do čtyř dílčích cílů, u nichž je vymezen způsob jejich dosažení:

DC1 – Identifikovat a popsat **psychické a emocionální reakce u osob se získaným tělesným postižením** a zjistit jejich dominantní strategie zvládání situace. Tohoto cíle je dosahováno nejprve teoretickou analýzou odborné literatury (zejména v kapitolách 1.3 a 2.1), která vymezuje proces adaptace a copingové strategie. Následně je cíl naplněn skrze polostrukturované rozhovory s informanty, zaměřené na jejich osobní prožívání.

DC2 – Zmapovat **sociální důsledky získaného tělesného postižení, zejména v oblastech zaměstnání, finanční situace, proměny sociálních vztahů a bydlení**. Cíl je realizován teoretickým ukotvením v podkapitole 2.2 a následným empirickým šetřením. Rozhovory jsou cíleny na identifikaci bariér v profesním i soukromém životě a na zjištění změn v sociální síti informantů.

DC3 – Popsat **dopady získaného tělesného postižení na dynamiku a role v rodinném soužití** a analyzovat, jakým způsobem rodina zvládá zátěž spojenou s neformální péčí. Teoretickým podkladem pro tento cíl je podkapitola 2.3. Empirická data jsou získána od druhé skupiny informantů – rodinných příslušníků, což umožňuje nahlédnout na problematiku z perspektivy pečujících osob a identifikovat proměny v rodinném systému.

DC4 – Analyzovat **význam a kvalitu využívaných sociálních služeb z pohledu klientů i jejich rodin** s ohledem na udržení kvality života a odlehčení pečujícím. Cíl je podložen teoretickým přehledem sociálních služeb v kapitole 3. V praktické části je skrze rozhovory zjišťován postoj informantů k profesionální podpoře. U uživatelů

služeb je zkoumána jejich subjektivní spokojenost s konkrétními úkony péče, zatímco u informantů bez aktuální zkušenosti se službami jsou identifikovány důvody jejich nevyužívání (např. saturace potřeb v rámci rodiny) a vnímání sociální práce jako potenciálního zdroje podpory do budoucna.

Pro naplnění stanovených cílů byla zvolena **kvalitativní výzkumná strategie**, která umožňuje hlubší porozumění individuálním prožitkům a postojům informantů. Sběr dat je realizován technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor je tvořen dvěma skupinami informantů vybraných záměrným výběrem: osoby se získaným tělesným postižením (pro zkoumání osobní roviny dopadu a naplnění DC1, DC2 a DC4) a jejich pečující rodinní příslušníci (pro zmapování změn v rodinném systému a naplnění DC3 a DC4).

Obsahová náplň práce je rozdělena tak, aby jednotlivé části přímo směřovaly k naplnění vytyčených cílů. Teoretická část (kapitoly 1 a 2) vymezuje klíčové termíny a psychosociální souvislosti adaptace, čímž vytváří rámec pro DC1, DC2 a DC3. Kapitola věnovaná roli sociální práce a služeb (kapitola 3) pak tvoří teoretický podklad pro DC4. Na tato teoretická východiska navazuje empirická část, která propojuje odborné poznatky s reálnými prožitky obou skupin informantů, přičemž přináší interpretaci získaných dat v kontextu teoretických východisek.

Aplikačním cílem práce je na základě analýzy prožitého životního zlomu a jeho dopadů doložit konkrétní význam sociální práce a využívaných služeb pro stabilizaci nepříznivé situace klienta i jeho blízkých. Práce směřuje k tomu, aby skrze prožitou zkušenost uživatelů poukázala na ty oblasti podpory, které rodiny vnímají jako klíčové pro zvládnutí nové životní reality. Získané poznatky tak mohou sloužit jako podklad pro lepší porozumění potřebám této cílové skupiny v praxi sociální práce.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Fenomén získaného tělesného postižení

Tato úvodní kapitola se nejprve zaměřuje na vymezení pojmu zdravotního postižení, jenž tvoří teoretické východisko celé práce. Text nejprve představuje obecné definice a klasifikace s cílem ujasnit rozdělení jednotlivých typů postižení podle jejich charakteru. Hlavní pozornost je však věnována samotnému tělesnému postižení, a to s důrazem na rozlišení mezi vrozeným a získaným postižením. Získané tělesné postižení je zde chápáno jako zásadní životní zlom, který nečekaně mění dosavadní způsob života jedince. Práce dále analyzuje, jak se člověk s takovou krizovou situací psychicky vyrovnává a jaké dopady tato změna přináší pro jeho sociální postavení a mezilidské vztahy.

1.1 Zdravotní postižení

Zdravotní postižení představuje významný společenský jev, který se týká značného počtu osob. Podle Michalíka et al. (2011) tvoří osoby se zdravotním postižením specifickou a vnitřně velmi rozmanitou skupinu, která představuje přibližně 10 % všech obyvatel České republiky (Michalík et al., 2011). Rozlišujeme mezi vadami vrozenými, které tvoří přibližně 3–5 % populace, a vadami získanými v průběhu života následkem úrazů, nemocí nebo přirozeného stárnutí. U seniorské populace pak podíl osob s omezením výrazně stoupá a může dosahovat až 50 % (Buřvalová, Reitmayerová, 2007). Dopady postižení se promítají do života nejen dotčeného jedince, ale i jeho nejbližší rodiny, a to v psychické, ekonomické i sociální rovině (Michalík et al., 2011).

Společenské vnímání osob se zdravotním postižením je ovlivněno historickým kontextem, což se projevuje přetrváváním paternalistických tendencí. Ty často vedou k vnímání osob s postižením spíše jako pasivních „objektů péče“, které vyžadují pomoc, vedení a ochranu. Michalík et al. (2011) upozorňují, že reduktivní pohled na postižení, který se omezuje pouze na deficit, zkresluje celkový obraz o životě a možnostech těchto osob jako svébytných jedinců schopných aktivně utvářet svůj život. Pracovníci v pomáhajících profesích mají v tomto ohledu podstatnou úlohu

v prezentaci příběhů a situací, které mohou přispět ke změně společenských postojů (Michalík et al., 2011).

S procesem změny společenských postojů je spjata volba vhodné terminologie, neboť způsob pojmenování přímo ovlivňuje důstojnost těchto jedinců. Michalík et al. (2011) hovoří o lidech se zdravotním postižením jako o specifické a vnitřně velmi rozmanité minoritě. Tato skupina vykazuje řadu shodných rysů, jimiž se odlišuje od většinové, tzv. intaktní populace. Právě s ohledem na respektování důstojnosti této minority je základním pravidlem správné komunikace kladení důrazu v první řadě na člověka jako osobu, přičemž označení „postižený“ má stát až na druhořadém místě. V praxi se tento přístup projevuje používáním termínu „osoba se zdravotním postižením“ namísto dřívějšího označení „postižení“, čímž se zdůrazňuje, že postižení je až sekundárním znakem daného jedince (Michalík et al., 2011).

1.1.1 Klasifikace a druhy postižení

Vnitřní členění skupiny osob se zdravotním postižením se nejčastěji odvíjí od druhu postižení, které u daného člověka převažuje. Podle tohoto rozdělení rozlišujeme kategorie jako **tělesné postižení; mentální postižení, zahrnující duševní poruchy a poruchy autistického spektra; zrakové postižení; sluchové postižení a narušení komunikační schopnosti** (Michalík et al., 2011). K těmto skupinám řadíme také **kombinovaná postižení a osoby s chronickým civilizačním onemocněním**.

Dalším kritériem je intenzita neboli hloubka samotného postižení. V rámci odborné klasifikace se standardně rozlišují tři základní stupně: **mírné, středně těžké a těžké postižení**. Je nezbytné reflektovat, že každá klasifikace je pouze pomůckou pro odborníky. V přímém kontaktu s osobou se zdravotním postižením je vždy nutné respektovat její individualitu a jedinečnou osobnost, protože obecná schémata mohou být v konkrétních případech zavádějící (Michalík et al., 2011).

1.2 Tělesné postižení

Tělesné postižení lze vnímat dvěma způsoby. Buřvalová a Reitmayerová (2007) uvádějí, že první rovinu představuje **pohybový defekt**, tedy funkční omezení, kdy určitá část těla neodpovídá normě a neplní svou funkci. Druhou rovinou je pojetí

postižení jako **tělesné deformace**, která ovlivňuje estetické vnímání jedince. Právě fyzický vzhled a vizuální odlišnost hrají zásadní roli v tom, jak je člověk s postižením přijímán okolní společností, což může mít vliv na jeho sociální zapojení (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

Pohybové postižení se dělí na stupně dle pohyblivosti jedince. Prvním je postižení **lehké**, u kterého zůstává schopnost samostatného pohybu zachována. Následuje postižení **středně těžké**, kde je hybnost omezená a vyžaduje používání ortopedických pomůcek. Nejtěžším stupněm je pak postižení **těžké**, které je definováno jako úplná neschopnost samostatného pohybu (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

Dále lze tělesné postižení členit z hlediska hybnosti na postižení dolních končetin, horních končetin a mluvidel a mimiky. Postižení **dolních končetin** je zásadní pro samostatný pohyb a prostorovou orientaci, zatímco vady **horních končetin** ovlivňují sebeobsluhu a pracovní činnost. **Vady mluvidel a mimiky** jsou pak důležité pro verbální i neverbální komunikaci a vyjadřování emocí. Tělesné postižení je kromě omezení pohybového a funkčního navíc spojeno s psychosociální zátěží, která se projevuje jako stres, sociální izolace nebo sociální zaostávání (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

1.2.1 Vrozené a získané tělesné postižení

Základním dělicím kritériem tělesného postižení je doba vzniku postižení. Zatímco s vrozenou vadou se jedinec učí žít od narození a vnímá je jako svou přirozenou součást, získané postižení představuje pro člověka náhlý a často traumatizující životní zlom. Tento typ postižení vzniká nejčastěji jako následek úrazů, zejména při poranění míchy nebo mozku, případně v důsledku nemoci, mezi které patří například roztroušená skleróza či myopatie (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

Podle Novosada (2011) spočívá hlavní rozdíl mezi oběma skupinami především ve způsobu, jakým postižení ovlivňuje vývoj člověka a vnímání vlastní identity. U vrozených vad tvoří postižení přirozenou součást života již od narození, díky čemuž si na něj člověk zvyká postupně. Naproti tomu získané postižení znamená **náhlý a nechtěný přechod ze stavu zdraví do stavu „ne-zdraví“**. Tento zlom s sebou přináší

zhroucení dosavadních životních jistot, plánů a očekávání, což vyžaduje mnohem náročnější proces adaptace na zcela novou životní realitu (Novosad, 2011).

1.2.2 Model ICF (Mezinárodní klasifikace funkčnosti, disability a zdraví)

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) představuje klasifikační systém vypracovaný **Světovou zdravotnickou organizací** (WHO), který nabízí jednotný rámec pro popis zdraví a se zdravím souvisejících oblastí. ICF slouží jako nástroj pro měření zdraví a disability jak na úrovni jednotlivce, tak celé populace. Jedná se o biopsychosociální model, který zohledňuje zdravotní stav na základě kombinace tělesných funkcí a struktur, aktivit, participace a kontextuálních faktorů, jako jsou faktory environmentální a osobní (WHO, 2001).

Na tento oficiální rámec navazuje Krhutová (2013), která uvádí, že modely disability představují pomyslný mezičlánek mezi definicemi a teoriemi. Tyto modely slouží k vysvětlení či ilustraci zkoumaného tématu. Podle Krhutové (2013) jsou pro účely studie relevantní tři modely zdravotního postižení: funkční model, sociální model a model Independent Living (Krhutová, 2013).

Funkční model má především popisný charakter a jeho hlavní předností je, že se na člověka dívá skrze jeho zachovaný potenciál zdraví a funkční schopnosti. Krhutová (2013) tento model popisuje jako dlouhodobý či trvalý stav, který je ovlivňován konkrétním zdravotním problémem. Fungování jedince je v tomto rámci hodnoceno v několika navzájem propojených rovinách. Konkrétně se jedná o fungování člověka v úrovni fyzického těla nebo jeho částí, dále o fungování člověka v úrovni provádění činností a o fungování v rámci sociálního začleňování se. Celý tento přístup zdůrazňuje, že výsledné fungování dané osoby se neobejde bez vzájemného propojení vnitřních faktorů a vnějších faktorů prostředí (Krhutová, 2013).

Kromě funkčního modelu je pro pochopení disability v rámci ICF nezbytný také **sociální model**. Ten vychází z myšlenky, že problémy lidí s postižením plynou především z toho, jak je společnost zorganizovaná, protože je primárně nastavená pro lidi bez postižení. Z hlediska sociální práce je klíčové si uvědomit, že bariérami nejsou jen ty fyzické, jako je architektura nebo doprava, ale i bariéry individuální, kam patří

předsudky, emoce nebo nevhodné postoje okolí. Právě tyto faktory jsou často hlavní příčinou sociálního vyloučení a omezují participaci jedince více než jeho samotné zdravotní omezení (Krhutová, 2013).

Praktický rozdíl mezi tradičním medicínským vnímáním a sociálním pojetím disability, který klade důraz na odstraňování bariér v prostředí, přehledně znázorňuje Tabulka 1.

Tabulka č. 1: Srovnání medicínského a sociálního modelu disability

Medicínský model – problém	Sociální model – řešení
Bolesti rukou. Neschopnost otevřít sklenici, dveře.	Vhodnější konstrukční návrh víček, instalace automatických dveří.
Neschopnost dlouhodobě stát. Problémy s mobilitou – hole, s páteří.	Více míst k sezení na veřejných místech.
Neschopnost vyjít z domu nebo „uvěznění na vozíku“.	Nevhodně navržené domy (bariéry) – potřeba instalace nájezdových ramp, výtahů, zpřístupnění dopravy, parkovacích míst.
Zaměstnavatelé nedají člověku s postižením práci, protože si myslí, že by ji nemohl/a dělat.	Vzdělávání zaměstnavatelů ke schopnosti vnímat znalosti a dovednosti lidí s postižením – spíše než zaměřenost na vyhledávání problémů.
Nemožnost slyšet nebo vidět.	Uznání a použití znakového jazyka a Braillova písma.

Zdroj: Krhutová, 2013:31, upraveno autorkou

V návaznosti na sociální model je nezbytné zmínit přístup za **nezávislý život (Independent Living)**. Jeho ústřední myšlenkou je přesvědčení, že každý člověk by měl mít možnost činit vlastní rozhodnutí o svém životě a nést odpovědnost za jejich důsledky. Sociální práce v rámci tohoto pojetí již nevystupuje v roli paternalistického dohledu, ale spíše v pozici spolupracovníka či asistenta. Řešení situace tak spočívá

v systému sebeobhajoby, eliminaci bariér a v realizaci opatření podle vlastního výběru osob s disabilitou (Krhutová, 2013).

1.3 Získané tělesné postižení jako životní zlom a krize

Získání tělesného postižení v průběhu života představuje pro člověka zásadní zásah do celé jeho osobnosti. Na rozdíl od vrozeného postižení, s kterým se jedinec identifikuje od narození, u získaného postižení se člověk vyrovnává s obtížnou situací, kdy musí přijmout svou novou identitu. Jedinec má v tomto případě možnost přímého srovnání světa zdraví a světa nemoci. Tato zkušenost s životem bez omezení činí proces adaptace náročnějším, neboť si jedinec plně uvědomuje hodnotu toho, co ztratil, a je nucen hledat zcela nové způsoby svého fungování (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

Tento životní zlom klade na člověka vysoké nároky a v mnoha případech vede k tomu, že se jedinec na určité úrovni adaptace zastaví, odmítá pomoc nebo se uzavírá před okolním světem. Získané postižení tak zasahuje do všech oblastí života jedince a vyžaduje **přehodnocení dosavadních plánů a sociálních rolí**. Tělo, které dříve sloužilo jako spolehlivý nástroj pro realizaci cílů, se náhle stává překážkou a proces vyrovnávání se s touto krizí je pak dlouhodobou cestou k přijetí „nového já“ (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

Podle Novosada (2011) představuje život s tělesným postižením neustálou konfrontaci, která se odehrává ve třech základních rovinách. První rovina spočívá v rozporu mezi poškozenými funkcemi těla a osobními ambicemi jedince, které odpovídají jeho vzdělání a statusu. Druhá rovina zahrnuje reflexi sebe sama skrze postoje okolí a srovnávání se s intaktní populací. Třetí rovina pak představuje střet s materiálními a výkonovými atributy dnešního světa, které často nerespektují specifické potřeby lidí s postižením (Novosad, 2011).

Důležitým aspektem této krize je také **proměna vnímání zdraví**, které v tomto kontextu nepředstavuje cíl sám o sobě, nýbrž mimořádně důležitý prostředek k dosahování životních cílů a realizaci vlastních záměrů. Zatímco pro zdravého člověka je funkční integrita těla očekávaným standardem a samozřejmostí, tělesné postižení bývá okolím vnímáno jako primární a problematizující charakteristika jedince. Tato odlišnost se tak v očích veřejnosti často stává hlavním osobnostním znakem, přestože

samotná existence postižení nevypovídá o celkové kvalitě osobnosti člověka, který s ním žije (Novosad, 2011).

1.3.1 Ztráta zdraví a narušení integrity těla

Ztráta zdraví úzce souvisí s narušením integrity těla, které člověka za běžných okolností zakořeňuje v prostoru a spojuje s ostatními lidmi. Tělo v tomto pojetí představuje současně instrument, materiál, subjekt i objekt. Pokud dojde k náhlému poškození organismu, tělo, které dříve bylo subjektem konání, se stává především objektem, o který je nezbytné pečovat. Tato proměna, kdy se péče o tělo rozpadá na dvě *technai* (působící pro dosažení a udržení správného stavu), vyvolává pocity nesvobody (Novosad, 2011).

Narušení tělesného schématu jako součástí sebepojetí je mimořádně aktuální právě u poúrazových případů. V této situaci člověk pozbývá svou zažitou vizi i povědomost o vlastním těle a teprve se učí nacházet cestu k tělu, které mu sice stále náleží, ale funkčně, pocitově i vzhledově je již jiné. Podstatou tohoto střetu je fakt, že dochází k určité redukci kontaktu těla se sebou samým. Tento jev je patrný zejména u paretických či plegických stavů, kdy jedinec přestává cítit nebo ovládat části vlastního těla, což vede k tomu, že je nevnímá jako součást tělesného schématu. Rozpor mezi vnitřním vnímáním a fyzickou realitou neboli nehybným tělem pak tvoří jádro psychosociální krize, která vyžaduje náročnou reformulaci celého sebepojetí a směřuje k přijetí nové identity (Novosad, 2011).

Je však důležité zdůraznit, že vnitřní obraz těla není statický, ale představuje dynamický proces, který se neustále přizpůsobuje novým zkušenostem. I po těžkém úrazu existuje v rámci rehabilitace a psychoterapie možnost postupného znovupřijetí změněných či znecitlivělých částí těla do celkového tělesného schématu. Přijetí této nové tělesné identity je nezbytným předpokladem pro úspěšnou adaptaci na změněnou životní situaci a nalezení nové rovnováhy (Novosad, 2011).

1.3.2 Fáze psychického zvládání a adaptace

Proces vyrovnávání se s novou situací vyžaduje od jedince aktivní úsilí k nastolení nové životní rovnováhy. Získané postižení lze z hlediska prožívání jedince chápat jako náročnou životní situaci, která člověka dlouhodobě zatěžuje, zvyšuje jeho stres, zhoršuje každodenní situaci a způsobuje řadu vnitřních konfliktů. Člověk s postižením

přitom používá stejnou škálu technik vyrovnávání se s náročnými situacemi jako zdravý jedinec, přičemž hlavními reakcemi jsou agrese a únik (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

Tyto fáze je však nutné vnímat **individuálně**. Adaptace neprobíhá u každého ve stejném pořadí; reakce se mohou vracet nebo střídat podle toho, jakou má člověk právě oporu a v jaké situaci se nachází. **Agresivní způsoby řešení** se objevují zejména v případech, kdy je postižení získané v pozdějším věku a člověk byl doposud zvyklý na jiná řešení problémů. Tato agrese se projevuje verbálním napadáním, ironií či nadávkami směřujícími k rodině a okolí, kteří jsou v očích jedince svědky jeho nemohoucnosti nebo nedostačivosti. Agresivita může být také přenesená na jiné lidi, předměty či vůči sobě samému ve formě sebepoškozování nebo cíleného zanedbávání. Často se přidružuje egocentrismus s upoutáváním pozornosti, negativismus projevující se shazováním sebe sama a hledání viníka vlastní situace, čímž se problémy přenášejí na okolí nebo odborníky. Mezi další techniky patří identifikace se silnější osobností nebo kompenzace, tedy snaha vyniknout v jiné oblasti na úkor potlačování svého já (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

Úniková řešení zahrnují formy přímého úniku z tíživé situace, například užívání drog či sebevražedné tendence, ale také sociální izolaci, kdy se jedinec vnitřně uzavírá z obavy z kontaktů. Únik do nemoci se projevuje psychosomatickými symptomy a používáním defektu jako zdůvodnění, proč člověk určité činnosti nemůže vykonávat. Častá je racionalizace, tedy hledání náhradních logických důvodů pro rezignaci na cíl, a regrese, která představuje návrat k vývojově nižším úrovním chování a nepřiměřenou závislost na rodičích či partnerovi. Psychika se brání i popřením nebo potlačením nepřijatelné skutečnosti, což může vést k nepřiměřenému reagování na jakoukoli zmínku o postižení (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

Adaptace u osob se získaným tělesným postižením představuje specifický psychický a sociální proces přizpůsobování se neobvyklým životním podmínkám. V rámci rehabilitace se jedná nejprve o znovuosvojení základních dovedností a následnou akceptaci vlastního těla v takové podobě a funkčnosti, ve které se aktuálně nachází. Tato shoda s tělesným stavem dovoluje jedinci řídit svůj život s adekvátní motivací. Adaptace přitom není trvalým stavem, ale celoživotním procesem a cestou k přijatelnému bytí, která vyžaduje neustálé úsilí (Novosad, 2011).

2 Psychické a sociální důsledky získaného postižení a dopad na rodinu

Tato kapitola plynule navazuje na vymezení fenoménu získaného tělesného postižení a soustředí se na analýzu jeho dopadů na život jedince i jeho nejbližšího okolí. Text se zabývá psychickými a sociálními proměnami, kterými procházejí osoby se získaným postižením, a zároveň se věnuje dopadu této životní situace na dynamiku rodinného soužití a oblast neformální péče.

Cílem kapitoly je představit teoretický rámec pro hlubší pochopení důsledků získaného postižení a naplnit dílčí cíle práce (DC1, DC2 a DC3). Pozornost je věnována psychickým reakcím a strategiím zvládání situace (DC1), proměnám sociálního fungování v oblasti zaměstnání, vztahů a bydlení (DC2), a v neposlední řadě aspektům neformální péče a zátěži pro rodinné pečovatele (DC3). Tato analýza tvoří podklad pro navazující kapitolu zaměřenou na roli sociální práce a význam sociálních služeb.

2.1 Psychické důsledky a zvládání situace (coping)

Psychická odezva na vznik tělesného postižení představuje pro jedince stav výrazné **zátěže**. Paulík (2017) vysvětluje, že stres je specifickým případem zátěže, ke které dochází tehdy, kdy nároky situace překročí únosnou hranici adaptačních možností organismu. Podstata těchto situací tkví v rozporu mezi faktory expozičními, které představují kladené požadavky, a faktory dispozičními, zahrnujícími odolnost a schopnost jedince tyto nároky zvládnout (Paulík, 2017).

Paulík (2017) dále uvádí, že se člověk se zátěží buď vyrovná pomocí běžných adaptačních mechanismů, nebo u něj dochází ke stresové reakci v rovině biologické, psychologické či behaviorální. V rámci tohoto procesu je rozlišován stres prožívaný jako v podstatě příjemný (eustres) a negativně pocíťovaná zátěž (distres). **Distres** je vnímán jako nežádoucí, ohrožující a bolestný, přičemž se rozvíjí zejména tehdy, pokud jedinec pocíťuje ohrožení svých fyziologických potřeb, důležitých hodnot nebo vlastního sebepojetí. Při silně prožívaném ohrožení může člověk reagovat buď aktivně, což zahrnuje hněv, útok, útěk či ústup, nebo pasivně prostřednictvím úzkosti, deprese či studu. (Paulík, 2017).

Tyto stavy distresu vedou k aktivaci obranných mechanismů popsaných v předchozí kapitole 1.3.2. Z psychologického hlediska je podstatné porozumět tomu, co rozhoduje o tom, zda jedinec celou situaci zvládne, nebo těmto reakcím podlehně. Podle Paulíka (2017) mají na proces **vyrovnávání se se zátěží neboli zvládání (coping)** vliv faktory určující, zda se potenciální stresory stanou pro jedince reálnými. Mezi tyto determinanty patří především subjektivní hodnocení, tedy interpretace situace v souvislosti s individuálními hodnotami jedince, dále individuální charakteristiky osobnosti a sociální opora, vymezená jako dostupnost pomoci od ostatních lidí v okolí v případě potřeby (Paulík, 2017).

V návaznosti na tyto psychologické aspekty Novosad (2011) doplňuje, že adaptace u osob se získaným postižením není konečným cílem ani finálním stavem, ale představuje trvalý proces hledání cesty k přijatelnému bytí. V praxi to znamená snahu žít v jednotě se svým tělem, tedy přijmout ho takové, jaké aktuálně je, jak vypadá a jak funguje i se všemi omezeními. V této nové realitě pak jedinec hledá prostor pro vlastní aspirace a motivaci k dalšímu směřování svého života (Novosad, 2011).

2.1.1 Proměna sebepojetí a osobní identity

Získané tělesné postižení nepředstavuje pouze technický problém omezené hybnosti, ale hluboký zásah do způsobu, jakým člověk vnímá sám sebe a svou hodnotu. Tuto niternou proměnu identity popsal antropolog Robert Murphy (2001), který na základě vlastní zkušenosti s ochrnutím uvádí: „*Od doby, kdy byl u mne poprvé diagnostikován nádor, až ke vstupu do života vozíčkáře jsem si stále silněji uvědomoval, že jsem ztratil mnohem víc než schopnost plně ovládat nohy. Přišel jsem také o část svého já. Nešlo jen o to, že se ke mně lidé chovali jinak, což je pravda; hlavně jsem se jinak cítil ve vztahu k sobě samému.*“ (Murphy, 2001:75).

Zásadním důsledkem této změny je transformace **sebepojetí**, které Paulík (2017) definuje jako souhrn představ hodnocení a názorů, které o sobě jedinec má. Jde o celkový obraz sebe sama neboli mentální reprezentaci vlastního já. Jak upozornil C. R. Rogers (cit. dle Paulík, 2017:51–52): „*...poznávání vlastního já se musí vyrovnat s tím, jací jsme ve skutečnosti, jaká je naše podstata (reálné já), jací bychom být chtěli (ideální já), jak sami sebe vnímáme (vnímané já), jak se prezentujeme před druhými (prezentované já).*“

V sebehodnocení se však podle Rogerse nachází určité úskalí spočívající ve střetu mezi vnitřními a vnějšími hodnotícími soudy. Pokud sebehodnocení není přiměřené a nerespektuje vlastní práva i odpovědnost, dochází k vnitřnímu konfliktu a nespokojenosti, což může vyústit až v úzkostné či depresivní stavy. Právě tento rozpor mezi vlastním sebehodnocením a hodnocením ze strany sociálního okolí označuje Rogers jako **inkongruenci** (Rogers, cit. dle Paulík, 2017).

Na tento proces navazuje Novosad (2011), který popisuje, že u poúrazových stavů dochází k narušení zažité vize vlastního těla a povědomí o něm. Člověk si musí znovu nacházet cestu k tělu, které mu sice stále náleží, ale funkčně, pocitově i vzhledově je jiné, než na co byl doposud zvyklý. Zásadním předpokladem pro obnovu sebeúcty je vědomí vlastní hodnoty, která není závislá na fyzické výkonnosti. Novosad (2011:118) v této souvislosti cituje myšlenku Murphyho: „...jsou-li všechny ostatní významy a hodnoty libovolné a kulturně relativní, pak jedinou transcendentní hodnotou je život sám. Život je zároveň svým prostředkem i cílem, darem, který nelze odmítnout ani odhodit, nejde-li o naprosto extrémní situaci.“ (Murphy, cit. dle Novosad, 2011:118). Toto vnitřní přesvědčení o nezpochybnitelné hodnotě vlastního bytí je pro jedince podstatné k tomu, aby mohl vybudovat svou novou identitu a nalézt životní motivaci i v podmínkách těžkého postižení.

2.1.2 Náročné psychické stavy

Život se získaným zdravotním postižením přináší specifické náročné situace, které svou intenzitou často přesahují únosnou míru zátěže jedince. Paulík (2017) tyto stavy shrnuje jako situace vyvolávající stres a zahrnující problémy, frustrace, deprivace, konflikty, nemoci, bolest a krize (Paulík, 2017).

Jedním ze stěžejních stavů je **frustrace**. Paulík (2017) ji definuje jako psychický stav nastávající při zablokování cesty k cíli nebo znemožnění uspokojení naléhavé potřeby. Dlouhodobé znemožnění uspokojování základních psychických potřeb může vést k rozvoji **deprivace**. Paulík (2017) v této souvislosti s odkazem na V. E. Frankla upozorňuje na riziko tzv. **existenciální frustrace**, projevující se pocity marnosti a ztráty smyslu vlastní existence (Frankl, cit. dle Paulík, 2017). Souběžně s těmito stavy je jedinec konfrontován s prožíváním **bolesti**, která má primárně obrannou a signální funkci. Pokud se však bolest stává chronickou, přerůstá v **utrpení**, které je spojeno s útrapami vyhodnocovanými jedincem jako bezvýchodné (Paulík, 2017).

Vyvrcholením těchto náročných stavů bývá často **krize**. Paulík (2017) ji charakterizuje jako kritický stav vyvolaný náhlou a nečekanou změnou podmínek, jež ohrožuje existenci jedince. Autor v této souvislosti definuje **situační krizi**, která pramení z aktuální konstelace podmínek a jejíž častou příčinou je reálná či očekávaná ztráta nebo vážné ohrožení existence nějaké důležité hodnoty, jako je například zaměstnání, majetek, či sociální pozice (Paulík, 2017).

Na tyto psychologické aspekty navazuje Novosad (2011), který získané postižení popisuje jako krizovou situaci spojenou s prudkou změnou zdravotního stavu i sociálního statusu. Uvádí, že k nejnáročnějším tlakům na lidskou psychiku v období úrazu patří nečekaný přechod zdraví v „nezdraví“, funkční nedostatečnost a vzhledová odlišnost (Novosad, 2011). Jelikož k získanému postižení dochází u převážné většiny jedinců v produktivním věku, znamená náhlá ztráta pracovní výkonnosti, pohyblivosti, soběstačnosti, ale i vlády nad některými tělesnými procesy či pohlavní aktivity, **zhroucení dosavadních jistot, představ a životních plánů**. Novosad (2011) upozorňuje na riziko vzniku **motivační krize**, kterou definuje jako ztrátu víry ve smysl určitého usilování. K jejímu překonání je podle autora nezbytná psychologická intervence, která by podpořila průběh rehabilitace. Výzkumy i praxe potvrzují, že lidé s postižením zvládají tyto nesnáze aktivněji, pokud jsou poučeni o své situaci, znají svůj zdravotní stav, mají vytvořený systém hodnot a cílů, disponují podporou blízké osoby a mají zřetelnou životní perspektivu, se kterou se ztotožnili (Novosad, 2011).

2.1.3 Strategie zvládání (coping) a resilience

Aktivní a vědomý způsob, jakým se člověk vyrovnává se stresem, je označován jako **coping**. Tento proces se uplatňuje v situacích, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti osobnosti nadlimitní nebo naopak podlimitní a vyžaduje zvýšené úsilí k vyrovnávání se s ní. Zvládání těchto náročných situací může být založeno na mobilizaci vnějších zdrojů podpory nebo na posilování vlastních vnitřních kapacit. Pokud je coping úspěšný, funguje jako stabilizující činitel, který pomáhá udržovat psychosociální adaptaci během stresuplných období (Paulík, 2017).

S procesem zvládání je úzce spjata **resilience**, kterou lze popsat jako schopnost čelit nepříznivým vlivům, zvládat obtíže a překonávat krize různého druhu (Kolář, 2021). Resilience představuje dynamický vztah mezi působícími stresory a obrannými silami organismu. Kolář (2021) upozorňuje, že přiměřená a opakovaná zátěž může působit

jako určité „očkování“, které posiluje adaptační mechanismy a upevňuje celkovou psychickou i tělesnou odolnost. Pokud tento pravidelný kontakt se stresem chybí, člověk se stává zranitelnějším vůči životním výkyvům a jeho schopnost adaptace slábne (Kolář, 2021).

V momentech, kdy vnitřní i vnější mechanismy selžou, může dojít k maladaptivnímu zvládání, které se projevuje pasivitou a sociálním stažením. Riziko pasivního copingu zdůrazňuje Murphy (2001), který varuje před úplnou rezignací na společenský život: *„Mnozí lidé nutkání k ústupu podlehnou, stáhnou se do malého světa vydržovaného měsíčními šeky z invalidního pojištění, do života ohraničeného čtyřmi stěnami bytu a s vnější společností spojeného pouze televizní obrazovkou.“* (Murphy, 2001:78). Tento stav izolace je v rozporu s aktivním přístupem k realitě. Novosad (2011) zdůrazňuje, že je nezbytné, aby si jedinec v rámci rehabilitace nejprve osvojoval dovednosti, které jsou v jeho aktuálním stavu možné. Teprve po tomto nácviku dochází k hlubší psychické adaptaci na zbývajících omezení. Úspěšný coping proto nespočívá v popírání problému či v ústupu do ústraní, ale v aktivním hledání cesty k přijatelnému bytí a zachování autonomie i v nových podmínkách (Novosad, 2011).

2.2 Sociální důsledky a proměny v životě klienta

Získané tělesné postižení v dospělosti přináší výrazné sociální změny, které se promítají do celkové kvality života. Vedle omezení pohybu a soběstačnosti se mohou objevovat i změny v kontaktu s okolím. Někteří lidé se po vzniku postižení částečně stahují z dřívějších sociálních kontaktů a omezují setkávání s blízkými, protože se mohou stydět za svůj aktuální stav nebo si nepřejí, aby je druzí viděli v nové situaci spojené s omezením či změněným vzhledem. Tato situace se pak promítá do řady oblastí života, od oslabení společenských vazeb přes nutnost úprav domácnosti až po změny v pracovním uplatnění.

Pro porozumění sociálním důsledkům získaného tělesného postižení je vhodné vycházet ze **sociálního modelu** zdravotního postižení. V tomto modelu se pozornost přesouvá na prostředí a společnost, jež není adekvátně uzpůsobena, a zdravotní postižení je chápáno jako výsledek bariér mezi člověkem a jeho okolím (Břízová, 2019). Podle Pfeiffera (cit. dle Břízová, 2019) jsou lidé s postižením systémově znevýhodňováni existencí bariér, a to jak individuálních, jako jsou předsudky, postoje

či emoce, tak strukturálních, jako jsou architektonické bariéry, doprava, vzdělávání, zaměstnávání ad. Tyto a další bariéry jsou příčinou jejich sociálního vyloučení.

Jak upozorňuje Novosad (2011), získané postižení znamená pro jedince zásadní zásah do kvality jeho života, který je neoddělitelně spojen s omezením dosavadních aktivit a příležitostí. Tato nová životní realita se negativně promítá do sociální, osobní, rodinné i profesní stránky existence a vynucuje si u klienta nezbytnou změnu postojů. Důsledky této náročné situace mohou vést až k rozpadu rodinného systému, ke ztrátě existenčního zajištění plynoucího z práce nebo k negativní proměně postojů sociálního prostředí vůči samotnému člověku s postižením (Novosad, 2011). Následující podkapitoly se zaměřují na oblasti, v nichž bývají tyto dopady nejcitelnější.

2.2.1 Vliv na profesní fungování a ekonomickou situaci

Pracovní uplatnění představuje v dospělosti jeden z nejdůležitějších pilířů identity. Jak upozorňuje Novosad (2011), u převážné většiny jedinců se získaným postižením dochází k traumatu v produktivním věku, kdy náhlá ztráta nejen pracovní výkonnosti, ale také pohyblivosti a soběstačnosti znamená zhroucení dosavadních jistot, představ, životních plánů a očekávání. Tento nově vzniklý stav přináší výraznou redukci reálných možností jedince, omezuje jeho práceschopnost a negativně zasahuje do mnoha stránek kvality jeho života. Práce je předpokladem seberealizace, tedy procesem, při němž člověk rozvíjí a využívá své nadání a schopnosti k určité profesně-sociální aktivitě. Pro osoby s tělesným postižením je však pozice na trhu práce daleko obtížnější. Předpokladem jejich úspěšnosti je totiž správná lokalizace, podchycení i programové rozvinutí těch vloh a schopností člověka, které nejsou zasaženy nemocí či úrazem (Novosad, 2011).

Práce je primárně zaměřená na získání výdělku, zajištění obživy, sebeučení a uspokojování materiálních i duchovních potřeb. V rámci konkrétního pracovního uplatnění je podle Novosada (2011) nutné respektovat tři zásadní přínosy práce:

- *„osobnostně-rozvojový – člověk má možnost seberealizace, může pracovat na svém osobním i profesním rozvoji a získává sebevědomí apod.;*
- *sociálně-ekonomický – jedinec se stává méně závislým na sociální pomoci a ze své mzdy odvádí daně, tzn. přispívá do systému zdravotního, nemocenského a sociálního pojištění;*

- *sociálně-integrační – práce do jeho života přináší setkávání s jinými lidmi a kooperaci s nimi, vytváření hodnot a nalézání místa ve společnosti.*“ (Novosad, 2011:42)

V českém systému je tato situace ukotvena v **zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění**, který definuje invaliditu jako pokles pracovní schopnosti o nejméně 35 % (Drábová, 2019). Podle závažnosti tohoto poklesu jsou rozlišovány tři stupně invalidity, přičemž výše invalidního důchodu má kompenzovat ztrátu příjmu z výdělečné činnosti. Vedle snížené schopnosti výdělku se však v praxi objevují také zvýšené výdaje spojené se zajištěním mobility a kompenzačních pomůcek. Stát na tyto potřeby reaguje prostřednictvím dávek upravených **zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících předpisů**. Mezi klíčové nástroje patří příspěvek na mobilitu a na zvláštní pomůcku, které mají zmírnit sociální důsledky postižení a podpořit začleňování klienta (Drábová, 2019). Sociální pracovník v tomto kontextu zastává roli poradce a zprostředkovatele, který rodině pomáhá v orientaci v nárocích na finanční podpory (Břízová, 2019).

2.2.2 Vliv na sociální síť a mezilidské vztahy

Vznik tělesného postižení v dospělosti výrazně proměňuje dosavadní sociální vazby a často vede k **sociální izolaci**. Ta však nemusí vycházet pouze z vnitřního nastavení klienta, ale je často reakcí na nejistotu okolí. Murphy (2001), který tuto dynamiku analyzoval, popisuje, že interakce mezi zdravými lidmi a lidmi se zdravotním postižením bývají často doprovázeny napětím. Zmiňuje především reakce známých osob, které se v některých případech začnou přímému kontaktu vyhýbat: *„Lidé, které jsem znal, se nepodívali mým směrem. A lidé, s nimiž jsem se zdravíval pokývnutím, nekývli; i oni se horlivě dívali jinam. Jiní můj vozík obcházeli širokým obloukem, jako by byl obklopen polostínem nákazy. Nebyla to radostná setkání.*“ (Murphy, 2001:79).

Tyto negativní zkušenosti v sociálním kontaktu pak mohou vést nutkání k ústupu. Murphy (2001) varuje, že mnozí lidé mohou této společenské bariéře podlehnout a stáhnout se *„do malého světa vydržovaného měsíčními šeky z invalidního pojištění, do života ohraničeného čtyřmi stěnami bytu a s vnější společností spojeného pouze televizní obrazovkou*“ (Murphy, 2001:78). Aby bylo možné těmto tendencím k ústupu do izolace účinně čelit, považuje Drábek (2013) za jeden z nejdůležitějších principů při

právě předcházení sociálnímu vyloučení. Sociální začleňování směřuje k vytváření takových příležitostí, které jedinci umožní žít způsobem, jenž je ve společnosti považován za běžný, což zahrnuje i udržování blízkých vztahů a role partnera či rodiče. Právě možnost žít v souladu s běžnými standardy a cítit se být součástí komunity je pro proces adaptace podstatné. Každý člověk totiž během života usiluje o naplňování pomyslné pyramidy svých přirozených potřeb – od těch základních přes potřeby sounáležitosti a přijetí až po sebeúctu a seberealizaci (Drábek, 2013).

Mezilidské vztahy patří mezi základní atributy lidství a jejich narušení zasahuje jádro lidské existence. Drábek (2013) uvádí, že úspěšná adaptace na změnu zdravotního stavu je podmíněna udržením funkčních interakcí se sociálním prostředím. V rámci odborné podpory je proto nezbytné zaměřovat se na komplexní posouzení individuálních potíží, které klientovi brání v běžném kontaktu s okolím, a vytvářet podmínky pro zvyšování celkové kvality jeho života. Přestože v praxi stále přetrvává mnoho mýtů, je sociální služba mnohdy jedinou strukturou v životě člověka s postižením, kde může bezpečně navazovat a rozvíjet mezilidské vztahy (Drábek, 2013).

2.2.3 Dostupnost a přizpůsobení bydlení

Bydlení a jeho přizpůsobení patří mezi nejpraktičtější, ale zároveň psychicky i finančně zatěžující oblasti změny. Prostředí domova, které bylo dříve vnímáno jako bezpečné a komfortní, se náhle může stát zdrojem bariér znemožňujících základní soběstačnost. Omezení mobility proměňuje běžné každodenní úkony a prostředí, které bylo dříve samozřejmé, se stává bariérovým. Podmínkou pro to, aby mohl jedinec ve společnosti sociálně fungovat, je podle Krhutové (cit. dle Břízová, 2019) zajištění jeho svobody pohybu, mobility a reálné dostupnosti veřejných služeb. Specifika konkrétního postižení pak definují nároky, které musí prostředí splňovat, aby člověk mohl naplňovat své základní životní potřeby.

Z hlediska systémové podpory existují legislativní nástroje, které mohou přispět k odstranění nebo zmírnění bariér. Drábová (2019) v tomto kontextu specifikuje příspěvek na zvláštní pomůcku, který je upraven zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících předpisů. Tento příspěvek lze využít na stavební úpravy bytu (např. koupelny, WC)

nebo na instalaci technických zařízení, jako jsou schodišťové plošiny a stropní zvedací systémy (Drábová, 2019). Tyto úpravy představují důležitou oporu pro důstojné fungování v domácím prostředí a jsou prevencí před nechtěnou institucionalizací klienta, neboť umožňují setrvání v přirozeném sociálním prostředí i při snížené soběstačnosti.

Snaha o přizpůsobení bydlení vychází z přirozené potřeby jedince vést život srovnatelný s ostatními lidmi. Podle Břízové (2019) usilují osoby se zdravotním postižením o život ve společnosti nejbližších osob, o vedení normálního rodinného života a o možnost žít ve vlastním bytě. Schopnost rozhodovat o tom, jak budou trávit svůj čas v domácím prostředí, upřednostňují před péčí v kolektivních zařízeních, která by je vyčleňovala z každodenního života společnosti (Břízová, 2019). Právě odstranění fyzických bariér v domácnosti je tedy základním předpokladem pro zachování autonomie a sociální stability celého rodinného systému.

2.3 Dopad na rodinu a oblast neformální péče

Rodina představuje v životě člověka nejvýznamnější zdroj sociálně-psychologické opory. Podle Gabury (cit. dle Levická, 2015) je pro duševní pohodu každého jedince je klíčové vědomí, že někam patří, a že existuje místo, kde zažívá bezpečí a sounáležitost. Rodinný systém poskytuje svým členům podstatnou jistotu, že v období nemoci nebo v jiných kritických momentech budou **náročné situace prožívat a sdílet společně** (Gabura cit. dle Levická, 2015). Rodinné prostředí se tak stává prostorem pro saturaci bazálních potřeb, mezi něž patří emocionální blízkost, interpersonální kontakt a vnitřní nutnost komunikovat (Levická, 2015).

Podle Křivohlavého (cit. dle Levická, 2015) je tato potřeba komunikace úzce spjata s procesem sdílení, tedy s ochotou se o něco s druhým podělit, ať už jde o sdílení **radostí i starostí, nadějí a zklamání či pocitů potěšení a zármutku**. Jelikož se jedná o prožitky velmi osobního charakteru, člověk je zpravidla nedokáže sdílet s kýmkoliv jiným než s nejbližšími osobami, které zahrnuje do svého rodinného systému (Křivohlavý cit. dle Levická, 2015). Tato sociální opora napomáhá k ulehčení prožívání zátěžových situací (Křivohlavý cit. dle Levická, 2015), přičemž Matoušek a Kroftová

(cit. dle Levická, 2015) ji pokládají za podmínku celkové životní spokojenosti. V situaci vzniku zdravotního postižení funguje rodinné zázemí jako ochranný „nárazník“, který tlumí dopady krizových stavů a pomáhá jedinci zachovat si duševní rovnováhu (Špatenková et al. cit. dle Levická, 2015). Dle Vágnerové (cit. dle Levická, 2015) tak sociální opora představuje zásadní protektivní faktor, který zmírňuje riziko vzniku deprese a dodává úsilí o překonání potíží nezbytný smysl.

Při poskytování pomoci dochází k interakci mezi poskytovatelem opory a jejím příjemcem (Křivohlavý cit. dle Levická, 2015). Podle Mareše (cit. dle Levická, 2015) však tato podpora nemusí být vnímána vždy jako přínosná, neboť nevhodně zvolená forma či nadměrný rozsah pomoci mohou u jedince vyvolat pocit obtěžování a ohrožovat jeho autonomii (Mareš cit. dle Levická, 2015). Současná společnost navíc klade na rodinu specifické nároky, které se projevují přetížením tzv. **sendvičové generace**. Dle Dorothy Miller (cit. dle Levická, 2015) tento fenomén popisuje především situaci žen, které jsou nuceny současně zvládat roli manželky, matky, dcery a pečovatelky a často i zaměstnankyně. Dlouhodobý stres plynoucí z této konfigurace rolí nezřídka vede k rozvoji **sendvičového syndromu**, který se projevuje chronickou únavou, poruchami spánku a pocitem strachu či smutku (Levická, 2015).

2.3.1 Postižení jako náročná životní situace pro celou rodinu

Vznik zdravotního postižení v rodině představuje krizovou situaci, při které musí příbuzní často činit obtížná rozhodnutí o tom, jak sladit rodinnou solidaritu se svými reálnými možnostmi. Dle Levické (2015) budoucí pečovatelé v počátečním období jen zřídka zvažují všechny ekonomické a sociální důsledky, které jim tato změněná realita přinese. Podle Truhlářové (2015) se sice model domácí péče v přirozeném sociokulturním prostředí jeví jako nejvhodnější, neboť pečovanému zajišťuje pocit důvěry a podpory, pro osobu a rodinu pečovatele je však velmi náročný. Tento tradiční model péče zahrnuje složky sociální, zdravotní i emocionální, avšak jeho převzetí rodinu v mnoha ohledech znevýhodňuje. Podle údajů OECD tvoří neformální pečovatelé zhruba 70–90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče, přičemž největší tíhu tohoto nelehkého úkolu nesou rodinní příslušníci (OECD, cit. dle Truhlářová, 2015).

Důsledky převzetí dlouhodobé péče rodinu znevýhodňují a vystavují ji psychosociální nepohodě. Truhlářová (2015) s odkazem na Novosada upozorňuje, že tyto rodiny „jsou

v mnoha případech znevýhodněny a ohroženi kombinací řady faktorů, které svým charakterem náleží ke skryté chudobě či psychosociální a materiální nepohodě“ (Novosad, 2009 cit. dle Truhlářová, 2015:33). Podle autora jsou rodiny, které pečují o závislou osobu, mnohdy natolik přetíženy, že nezřídka balancují na samé hranici celkového zhroucení a rozpadu (Novosad, cit. dle Truhlářová, 2015). Tato situace narušuje zaběhnutý chod domácnosti a nevyhnutelně vede k citelné ztrátě soukromí jak rodiny, tak samotného pečovaného (Truhlářová, 2015).

Aby rodina v této krizové zkoušce neselhala, musí být pro výkon péče vytvořeny odpovídající podmínky. Podle Pacovského (cit. dle Truhlářová, 2015) je domácí péče možná pouze tehdy, pokud rodina chce pečovat, má k ní adekvátní bytové zázemí a disponuje teoretickými znalostmi i praktickými kompetencemi, jak o nesoběstačného člena správně pečovat (Pacovský cit. dle Truhlářová, 2015). Psychická přetíženost rodinných příslušníků často pramení právě z neinformovanosti a nedostatku praktických kompetencí péče (Truhlářová, 2015). Sociální dopady neformální péče mají rovněž výrazný ekonomický rozměr, který zasahuje celou domácnost. Role pečovatele vede u rodinných příslušníků často k přerušení zaměstnání, což dle OECD (cit. dle Truhlářová, 2015) prokazatelně zvyšuje riziko chudoby v důsledku nižší mzdy.

2.3.2 Proměna rodinných rolí a dynamiky

Změna zdravotního stavu u jednoho z členů rodiny vyžaduje hlubokou adaptaci celého systému na novou životní realitu. Dle Levické (2015) usiluje ekologický přístup v sociální práci o dosažení vyváženosti mezi potřebami rodinného systému a možnostmi jeho prostředí. Vzájemný vztah mezi rodinou a okolím může variovat od příznivého vztahu, který podporuje rozvoj a sociální fungování, až po vztah nepříznivý, který rozvoji obou stran zabraňuje. V tomto kontextu lze sociální oporu chápat jako prvek, který přispívá k homeostáze rodinných systémů, protože umožňuje obnovovat potenciál potřebný pro adaptaci na změněné podmínky. Pokud však do rodinného života vstoupí nevhodně poskytovaná pomoc, přestává fungovat jako emocionálně-podpůrný mechanismus a stává se naopak poruchovým prvkem, který narušuje homeostázu celého systému. Pro udržení funkčnosti rodiny je proto nezbytné, aby odborníci pomohli pečujícím sladit potřeby rodinných příslušníků s **naplňováním jejich vlastních potřeb, včetně potřeby oddechu nebo seberealizace** (Levická, 2015).

V každodenní realitě se tato změna nejvýrazněji projevuje proměnou úloh blízkých osob, které na sebe nově přebírají odpovědnost za neformální péči a s ní spojené zcela nové úkoly. Dle Truhlářové (2015) je laickým pečovatelem obvykle člen rodiny, partner nebo někdo z přátel, přičemž tato forma pomoci je pojmána širěji než péče čistě rodinná. Neformální pečovatelé pomáhají nemocnému ve zvládnání základních životních potřeb v deseti oblastech, mezi které patří například mobilita, komunikace, stravování či hygiena, s cílem zajistit co nejvyšší stupeň autonomie. Tato nová role neformálního pečovatele zásadně **mění dosavadní symetrii vztahu** a často vyžaduje, aby pečující členové rodiny obětovali velkou část svého soukromí a osobního času. Podle Truhlářové (2015) s odkazem na Becka a Giddense dochází k rozvoji vzorců takzvané „rizikové rodiny“, která přestává být schopna zajišťovat své základní solidární funkce a stává se individualizovanou. V situaci dlouhodobé péče se tak nelze automaticky spoléhat na výraznější obrodu neformální vzájemnosti bez odpovídající odborné podpory (Truhlářová, 2015).

2.3.3 Neformální péče – náročnost, vyčerpání, podpora

Poskytování neformální péče v domácím prostředí je v mnoha ohledech pro rodinné příslušníky vysoce zatěžující. Pečující osoby, kterými jsou ve většině případů ženy, čelí neúměrné **fyzické námaze** způsobené častým zvedáním a přenášením imobilních osob a **psychickému vypětí**, které trvá dlouhou dobu bez možnosti vystřídání (Truhlářová, 2015). Podle Tošnerové (cit. dle Truhlářová, 2015) může tato zátěž pramenící z tělesné náročnosti či z okolního prostředí negativně ovlivňovat schopnost pečovatele poskytovat pomoc na potřebné úrovni. Dle Matouška (cit. dle Truhlářová, 2015) je proto nezbytné vnímat zátěž pečujících jako měřitelnou hodnotu, které je třeba věnovat stejnou pozornost jako samotným osobám, o které je pečováno. Tento stav vede u rodinných příslušníků k pocitům osamělosti, nevědí, kam se obrátit pro pomoc, a cítí se vyřazení z kruhu širší rodiny (Truhlářová, 2015).

Dlouhodobý tlak spojený s péčí o blízkého v domácnosti zasahuje také do profesní a ekonomické stability rodiny. Podle údajů OECD (cit. dle Truhlářová, 2015) vede poskytování neformální péče u pečovatelů velmi často k přerušení zaměstnání, což prokazatelně zvyšuje riziko chudoby v důsledku nižší mzdy a přerušované pracovní kariéry. Dlouhodobá a komplexní péče nevyhnutelně vede k tomu, že pečovatelé musí

opustit své dřívější volnočasové aktivity, přátele i vlastní osobní život. V důsledku trvalého přetížení a opuštění vlastních volnočasových aktivit či přátel jsou pečující osoby vážně ohroženy rozvojem **syndromu vyhoření**, k čemuž dochází zejména v situacích, kdy zdravotní stav nemocného nevykazuje naději na zlepšení a vyžaduje nepřetržitou celodenní pozornost (Truhlářová, 2015).

Aby rodina v této náročné roli neselhala a předešlo se jejímu vyčerpání, je nezbytné včasné nastavení systému vnější odborné podpory. Dle Truhlářové (2015) tvoří stát v rámci sociální politiky systém nástrojů, které zahrnují finanční dávky pro pečovanou osobu, jako je příspěvek na péči, i formy pomoci určené přímo pro neformální pečovatele. Jako příklad lze uvést **terénní sociální služby**, kam patří pečovatelská služba či osobní asistence pomáhající s úkony v domácnosti, nebo odlehčovací služby, které umožňují pečovateli nezbytný odpočinek a regeneraci sil. Významnou oporu mohou pro rodiny představovat také svépomocné a podpůrné skupiny, kde pečující nacházejí cenné informace a útěchu. Právě efektivní kombinace neformální rodinné péče s profesionálními sociálními službami, jejichž významu se podrobně věnuje následující kapitola, představuje nejúčinnější nástroj pro udržení kvality života jedince se zdravotním postižením i jeho pečovatele (Truhlářová, 2015).

3 Role a význam sociální práce a služeb

Tato kapitola se zaměřuje na vymezení role sociální práce v procesu adaptace jedince na získané tělesné postižení a na analýzu systému sociálních služeb, které tvoří pilíř podpory pro klienta i jeho pečující rodinu. Zpracování této části textu přímo naplňuje čtvrtý dílčí cíl (DC4) práce, kterým je teoreticky ukotvit možnosti odborné intervence a zmapovat síť dostupné pomoci. Cílem je představit nástroje, které směřují k zachování autonomie, důstojnosti a kvality života v náročné životní situaci.

3.1 Sociální práce s osobami s tělesným postižením

Výkon sociální práce spadá do široké oblasti tzv. **pomáhajících profesí**. Jak uvádí Michalík et al. (2011), jde o profese, jež jsou orientovány na potřeby člověka a poskytování adekvátní podpory a pomoci. Hartl a Hartlová v této souvislosti definují pomáhající profese jako činnosti zaměřené na identifikaci a řešení problémů druhých lidí tak, aby poskytnutá pomoc byla co možná nejúčinnější (cit. in Michalík et al., 2011). V kontextu zdravotního postižení, které radikálně mění dosavadní způsob života, získává tato podpora vysoce specifický a nezastupitelný rozměr.

Sociální práci lze definovat jako vědu i umění. Jako umění vyžaduje širokou škálu dovedností, především porozumění potřebám druhých a schopnost pomáhat tak, aby se klienti na pomoci nestali závislí a neztratili schopnost pomáhat si vlastními silami. Současně je však sociální práce vědou, neboť disponuje teoriemi vysvětlujícími vznik a řešení individuálních i skupinových problémů. Od příbuzných oborů se sociální práce odlišuje především důrazem na **sociální fungování klienta**. Sociální pracovník pohlíží na člověka jako na bytost, která existuje v prostředí a musí zvládat jeho nároky (Matoušek et al., 2012). Úkolem pracovníka je proto podpora při obnově či získání dovedností a informací, které klientovi umožní tyto požadavky zvládat, nebo naopak ovlivňovat ty nároky okolí, které jsou nadměrné či problematické.

Tato snaha o zachování autonomie přímo reaguje na rizika tradiční ústavní péče. Matoušek et al. (2011) upozorňují na dřívější paradox, kdy byla méně postiženým lidem často poskytována nadbytečná péče brzdící jejich osobní rozvoj, zatímco lidem s těžkým handicapem se leckdy dostávalo pouze minimální podpory na úrovni

fyziologických potřeb. Ústavní prostředí tak často svádělo k „medicinizujícímu“ přístupu, který posiloval závislost klienta na instituci místo toho, aby podporoval jeho individuální potřeby (Matoušek et al., 2011).

Cílem sociální práce je podle Sheafora, Horejsiho a Horejsiho (cit. in Matoušek et al., 2012) **pomáhat jednotlivcům i sociálním systémům zlepšovat jejich sociální fungování** a měnit společenské podmínky tak, aby byli lidé chráněni před vznikem potíží. Tato odborná pomoc se realizuje skrze sociální služby, které profesionální pracovníci svou činností rozvíjejí a kultivují. Význam tohoto pojetí v rámci sociální politiky roste, neboť na rozdíl od pasivních finančních dávek dokáže sociální práce účinněji motivovat klienty k návratu do práce a k životu v jejich přirozeném sociálním prostředí (Matoušek et al., 2012).

3.1.1 Role sociálního pracovníka v oblasti sociální práce a péče

Role sociálního pracovníka je v oblasti péče o osoby s tělesným postižením zcela zásadní, protože bez cílené sociální práce a služeb by se tito lidé nemohli plnohodnotně zapojit do života společnosti. Podle Michalíka et al. (2011) by bez této podpory docházelo k jejich sociálnímu vyloučení a nebylo by možné uplatnit jejich základní lidská a občanská práva. Každý jedinec, včetně osob s tělesným postižením, má nezczizitelný nárok na bezpečí, důstojný život, přiměřené životní podmínky, sociální zabezpečení i svobodu pohybu a soukromí. K naplnění těchto potřeb slouží **individuální neboli případová sociální práce**, která se realizuje skrze poradenství, sociální dávky a služby sociální péče. Tyto služby se podle jejich dostupnosti dělí na obligatorní, tedy nárokové a běžně poskytované, a fakultativní, které jsou poskytovány na základě individuálně posuzované situace klienta, přičemž základní sociální poradenství je povinnou součástí každé z nich.

Konkrétní náplň činnosti sociálního pracovníka spočívá v provádění „případové“ sociální práce, jejímž cílem je **vytvoření a stabilizace přijatelných životních podmínek uživatele**. Podle Michalíka et al. (2011) to zahrnuje získání dávek sociálního zabezpečení a sociální péče i adresných sociálních služeb, **vytváření pracovních příležitostí**, podporované zaměstnávání, řešení otázek bydlení a důsledné hájení oprávněných zájmů a potřeb osob s tělesným postižením. Součástí této role je také poskytování **sociálního poradenství**, přičemž jeho základní forma musí být

povinně zajištěna u všech typů poskytovaných sociálních služeb Odborně zaměřené poradenství se následně orientuje na specifika klientů v poradnách pro osoby se zdravotním postižením, kde mimo jiné zajišťuje i zapůjčování kompenzačních pomůcek.

3.1.2 Specifika komunikace a přístupy pomáhajících

Základem dobré praxe v jednání s osobami s tělesným postižením je podle Michalíka et al. (2011) **úcta**, která musí být v pracovníkovi zakořeněná tak silně, aby vyzařovala z každého jeho slova i činu. V rovině profesionálního pomáhání je však nutné předcházet takzvanému **zvěcnění**, ke kterému dochází, pokud někteří pracovníci vnímají člověka s tělesným postižením jen jako „odlišné“ a dysfunkční tělo, se kterým je třeba něco udělat, například jej ošetřit, vykoupat, obléknout či nakrmit. V takovém případě se na klienta pohlíží jako na věc a zapomíná se, že jde o cítící a vnímající lidskou bytost, která má právo na důstojnost, respekt a přirozený kontakt s jinými lidmi (Michalík et al., 2011). Toto zvěcnění může být projevem nevědomé obranné reakce pracovníka na psychicky náročné situace, přičemž ochranou před vyhořením je využití odborné supervize.

Dalším specifickým aspektem komunikace je skutečnost, že tělesné postižení často nezasahuje pouze **jemnou a hrubou motoriku**, ale ovlivňuje také **motoriku mluvidel**. To může vyvolávat celou škálu komplikací, od obtížného dorozumívání až po úplnou neschopnost mluvit, což negativně zasahuje do úrovně sebevědomí a integrity osobnosti. V sociální interakci se tito lidé nejednou setkávají s nepochopením, což negativně zasahuje do vytváření a udržování kontaktů s okolím. Právě komunikační nezdary pak mohou u osob s tělesným postižením vyvolávat pocity podráždění, bezmoci a stresu. Sociální pracovník proto musí uplatňovat zásady, které nedorozuměním předcházejí. Je nezbytné ponechat klientovi **dostatečný prostor pro vyjádření, zachovat trpělivost** a vyvarovat se dopovídání vět za něj. Namísto otázek „rozumíte mi?“, které bývají zavádějící, je vhodnější ověřovat porozumění otázkou na konkrétní domluvený postup, například: „na čem jsme se domluvili?“ (Michalík et al., 2011).

3.2 Sociální služby jako nástroj podpory

Současný systém sociálních služeb v České republice vychází primárně ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V našem právním prostředí jsou sociální služby chápány jako činnosti, kdy někdo pro někoho něco činí. Stát jako garant základních práv musí občanům zajistit, aby poskytované služby měly zákonem stanovenou úroveň a rozsah (Matoušek et al., 2012). Podle Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV, 2019) je hlavním posláním těchto služeb ochrana lidské důstojnosti uživatelů, podpora jejich soběstačnosti a individuální přístup k jejich specifickým potřebám. (MPSV, 2019).

Základní formou pomoci je **sociální poradenství**, které služba je součástí všech druhů sociálních služeb a poskytuje se bezplatně. Jak uvádí MPSV (2019), toto poradenství pomáhá lidem zorientovat se v jejich situaci a nabízí konkrétní cesty k řešení problémů. Pro osoby se zdravotním postižením je klíčové zejména odborné poradenství, které se zaměřuje na zprostředkování kontaktů se společenským prostředím a na pomoc při prosazování jejich oprávněných zájmů a práv (MPSV, 2019).

Nejčastěji využívanou terénní sociální službou je **pečovatelská služba** (§ 40 zákona č. 108/2006 Sb.). Podle Truhlářové (2015) a MPSV (2019) je jejím úkolem podpořit jedince se sníženou soběstačností v běžných denních činnostech, jako je udržování osobní hygieny, zajištění stravování nebo pomoc s běžným chodem domácnosti. (MPSV, 2019).

Stěžejní službou pro zachování nezávislosti osob s tělesným postižením je **osobní asistence** (§ 39 zákona č. 108/2006 Sb.). Podle Truhlářové (2015) a MPSV (2019) je jejím úkolem podpořit jedince se sníženou soběstačností v běžných denních činnostech, jako je udržování osobní hygieny, zajištění stravování nebo pomoc s běžným chodem domácnosti. Truhlářová (2015) zdůrazňuje, že si klient sám určuje rozsah i místo pomoci, což mu umožňuje efektivně naplňovat individuální životní cíle. Podle MPSV (2019) zahrnuje tato podpora širokou škálu úkonů, od asistence při sebeobsluze až po doprovázení v rámci společenských aktivit.

Pro zajištění bezpečnosti v krizových momentech slouží **tísňová péče** (§ 41 zákona č. 108/2006 Sb.). Tato služba funguje na bázi distanční komunikace, kdy elektronické systémy umožňují okamžité přivolání pomoci v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu (MPSV, 2019).

Vedle těchto jednotlivých služeb má významnou roli v procesu zajištění a podpory domácí péče **ošetřovatelská služba** (Truhlářová, 2015). V jejím rámci dochází k propojení nutnosti zabezpečit nejen potřeby sociální, ale také potřeby zdravotní. Je poskytována zdravotními sestrami přímo v domácnosti pečovaného a podmínkou poskytování je zdravotní stav klienta, který nelze zvládnout běžnými ne zdravotnickými postupy, ale přitom není nutná hospitalizace v nemocničním zařízení (Truhlářová, 2015).

Pro rodinné příslušníky, kteří o své blízké pečují celodenně, představují zásadní pomoc **odlehčovací služby** (§ 44 zákona č. 108/2006 Sb.). Jedná se o terénní, ambulantní nebo pobytové služby určené osobám se sníženou soběstačností, o které jinak v domácnosti pečuje osoba blízká. Cílem této služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Efektivní využívání těchto služeb v kombinaci s neformální péčí je považováno za nejúčinnější nástroj ochrany pečovatele před rizikem vyhoření (Truhlářová, 2015).

Celý systém odborné pomoci je doplněn nástroji sociální politiky, které spravuje Úřad práce ČR. Nejdůležitějším mechanismem je **příspěvek na péči** dle zákona č. 108/2006 Sb., jenž je určen k úhradě pomoci poskytované buď registrovanou sociální službou, nebo osobou blízkou (Drábová, 2019). Výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti klienta, který je posuzován v deseti oblastech základních životních potřeb (MPSV, 2019). Dalším pilířem jsou **dávky pro osoby se zdravotním postižením** (dle zákona č. 329/2011 Sb.), jako je příspěvek na mobilitu či příspěvek na zvláštní pomůcku. Tyto dávky umožňují financování technických řešení, například schodišťových plošin či úprav automobilu, které jsou nezbytné pro překonávání bariér v prostředí (Drábová, 2019). Synergie těchto finančních nástrojů a konkrétních sociálních služeb vytváří rámec pro stabilizaci životní situace rodiny po úrazu.

4 Shrnutí teoretické části

Teoretická část práce poskytuje ucelený pohled na problematiku získaného tělesného postižení a jeho hluboký dopad na život jedince i jeho nejbližší rodiny. První kapitola vymezuje definici postižení, na které nahlíží jako na komplexní biopsychosociální jev. Pozornost je věnována především specifikům náhlé ztráty zdraví, která pro člověka představuje zásadní životní zlom. Získané postižení se od vad vrozených liší zejména vysokou náročností procesu adaptace a nutností přijetí zcela nové identity.

Druhá kapitola se zaměřuje na psychické a sociální důsledky tohoto stavu. Analýza ukazuje, že úspěšné vyrovnávání se se zátěží (coping) ovlivňuje nejen vnitřní odolnost jedince, ale také dostupná sociální opora. Text dále analyzuje faktory ovlivňující úspěšnou adaptaci a poukazuje na zásadní význam vnější podpory při překonávání bariér v běžném životě. Pozornost je věnována také rodinnému systému, v němž dochází k transformaci rolí a nárůstu zátěže u neformálních pečovateli, což zvyšuje riziko jejich psychosociálního vyčerpání.

Závěrečná kapitola definuje roli sociální práce a systému sociálních služeb jako nezbytné sítě podpory pro zachování autonomie klienta. Tato teoretická východiska tvoří základ pro navazující empirické šetření, které se zaměřuje na reálnou zkušenost jedinců a jejich blízkých s životem po úrazu a na jejich reflexi významu odborné pomoci v tomto procesu.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

5 Metodika výzkumného šetření

V empirické části této bakalářské práce je podrobně představen celý průběh výzkumného šetření a následné zpracování dat, která byla získána z rozhovorů s informanty. Tato kapitola slouží jako metodický základ, který vysvětluje celý postup od úplného začátku – tedy od stanovení výzkumných otázek přes výběr informantů až po analytické zpracování jejich výpovědí. Celý proces byl navržen tak, aby odpovídal vytyčeným cílům práce a umožnil hlouběji porozumět tomu, jak získané tělesné postižení mění život jedince i jeho blízkého okolí. Autorka se v rámci šetření zaměřuje na zachycení reality, kdy se život rodiny mění na mnoha úrovních – od psychického prožívání přes sociální dopady, jako je práce, vztahy či bydlení, až po dynamiku neformální péče a význam podpory sociálních služeb.

5.1 Hlavní cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky

Hlavní cíl výzkumného šetření je totožný s cílem bakalářské práce. Tím je prozkoumat a popsat, jakým způsobem získané tělesné postižení proměnilo životy jedinců i jejich rodin, a zároveň analyzovat význam sociálních služeb při zvládání této nové životní situace.

K dosažení hlavního cíle byla formulována jedna hlavní výzkumná otázka (HVO) a čtyři vedlejší výzkumné otázky (DVO), které představují tazatelskou formu dílčích cílů (DC1-DC4). Rozdělení do výzkumných otázek pomáhá k tomu, aby byla následná analýza výsledků v další kapitole logicky strukturovaná a přehledná.

HVO: Jaké psychické, sociální a rodinné dopady má získané tělesné postižení na život klienta a jeho blízkých a jakou roli při zvládání této situace hrají sociální služby?

- **DVO1 (vazba na DC1):** Jaké psychické a emocionální reakce se u klientů po vzniku tělesného postižení objevují a jaké strategie zvládání používají k tomu, aby situaci zvládli?
- **DVO2 (vazba na DC2):** Jak se po získání tělesného postižení mění sociální fungování klienta, zejména v oblasti práce, finanční situace, vztahů a bydlení?

- **DVO3 (vazba na DC3):** Jak tato situace proměnila fungování rodiny a jakým způsobem rodina zvládá zátěž spojenou s každodenní neformální péčí?
- **DVO4 (vazba na DC4):** Jak klienti a jejich blízcí hodnotí využívané sociální služby a jaký význam jim přisuzují pro udržení kvality života a odlehčení rodiny?

5.2 Zvolená strategie výzkumu a výzkumný nástroj

Pro naplnění cílů této práce byla vybrána **kvalitativní výzkumná strategie**. Tato volba vycházela především z potřeby hlouběji porozumět konkrétním lidským příběhům a prožitkům informantů. Kvalitativním přístupem lze lépe zachytit emoce, postoje a širší souvislosti, které jsou pro pochopení takto náročné životní situace zásadní.

Jako výzkumný nástroj slouží **polostrukurovaný rozhovor**. Tato metoda byla zvolena proto, že kombinuje dopředu připravený seznam témat (scénář rozhovoru) s možností pružně reagovat na to, co informant zrovna říká. Autorka tak může pokládat doplňující otázky, doptávat se na podrobnosti a nechat informantům dostatečný prostor pro jejich vlastní vyprávění a sdílení zkušenosti. Pro výzkum byly připraveny dvě verze scénáře rozhovoru – jedna zaměřená na osoby se získaným postižením a druhá na jejich rodinné příslušníky, aby bylo možné získat ucelený pohled na situaci z obou perspektiv.

5.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Transformace výzkumných otázek do konkrétních tazatelských otázek, které jsou kladeny přímo při rozhovorech, je zpracována v Transformační tabulce (viz Tabulka č. 2). Tento krok zajišťuje, že se rozhovory budou skutečně věnovat všem oblastem, které jsou pro naplnění cílů práce podstatné. Otázky jsou formulovány citlivě vzhledem k náročnosti tématu, jsou vedeny ve vykání a rozděleny do dvou verzí – pro osoby se získaným tělesným postižením (OZTP) a pro blízkou rodinu (BR).

Tabulka č. 2: Transformační tabulka

Dílčí výzkumný cíl (DC)	Dílčí výzkumný cíl 2. řádu	Indikátory	Sada tazatelských otázek
DC1: Psychické a emocionální zvládání situace (rozhovor	Zjistit primární psychické a emocionální reakce po úrazu.	Nejtěžší momenty, emoční stav, stres/zátěž	Jak jste vnímal/a období hned po úrazu? Co pro Vás bylo nejtěžší?

s klienty – OZTP)			
	Zjistit, jaké emoce klient v období po úrazu prožíval.	Strach, smutek, vztek, bezmoc (dle výpovědi)	Jaké pocity Vás v tom období nejvíce provázely?
	Zjistit, jak klient situaci zvládal a co mu pomáhalo (coping).	Strategie zvládání, sociální opora, zdroje podpory	Co Vám tehdy nejvíc pomohlo se s novou situací sžít a zvládat ji?
	Zjistit, jak klient vnímá proměnu sebepojetí a identity.	Sebepojetí, sebeúcta, proměna identity	V čem se podle Vás změnilo to, jak sám/sama sebe vnímáte?
DC2: Sociální důsledky a změna role klienta (OZTP)	Zjistit dopady na pracovní a ekonomickou situaci.	Zaměstnání, rodinný rozpočet, invalidní důchod, nové výdaje	Jak se změnila Vaše situace v oblasti práce nebo finanční situace domácnosti? (např. návrat do práce, změna profese, invalidní důchod, nové výdaje na pomůcky)
	Zjistit dopady na sociální síť a vztahy.	Změna vztahů, ztráta/posílení kontaktů, opora	Jak se po získání postižení změnilo Vaše vztahy s rodinou a přáteli? (Co Vám v tom pomáhalo a co Vám to naopak ztěžovalo?)
	Zjistit zkušenosti s reakcemi okolí a fungováním ve veřejném prostoru.	Reakce okolí, stigma, (ne)příjemné situace	Jaké zkušenosti máte s reakcemi cizích lidí nebo širšího okolí? (Co je pro Vás příjemné a co nepříjemné? Co by podle Vás veřejnost mohla dělat jinak, aby se Vám mezi lidmi fungovalo lépe?)

	Zjistit dopady získaného postižení na bydlení a úpravy bydlení pro každodenní fungování	Úpravy bydlení, změna bydlení, náročnost řešení, kompenzační pomůcky, bezbariérovost	Musel/a jste řešit úpravy bydlení nebo změnu bydlení? Co bylo nejnáročnější? (Jaké kompenzační pomůcky a úpravy domácnosti byly pro Vás nejdůležitější pro každodenní fungování? Jak náročné bylo je vyřídit a financovat?)
	Zjistit bariéry v běžném fungování mimo domov.	Doprava, úřady, zdravotnictví, obchody, veřejný prostor	Co jsou pro Vás největší bariéry v běžném fungování mimo domov? (např. doprava, úřady, zdravotnictví, obchody, veřejný prostor)
DC3: Dopad na rodinné soužití a neformální péče (rozhovor s rodinou – BR)	Zjistit, jak rodina prožívala období po úrazu/onemocnění.	Nejtěžší období, stres, adaptace rodiny	Jaké bylo pro Vás období krátce po úrazu/onemocnění Vašeho blízkého? Co bylo pro Vás nejtěžší?
	Zjistit změny v denním fungování domácnosti.	Organizace domácnosti, změny režimu, nové povinnosti	Jak se po vzniku postižení změnil běžný chod domácnosti?
	Popsat zátěž neformální péče.	Fyzická zátěž, psychická zátěž, časová náročnost	Co péče v praxi nejčastěji obnáší a co je pro Vás na tom nejnáročnější?
	Zjistit proměnu rodinných rolí.	Rozdělení rolí, kdo co zajišťuje	Jak se změnily role v rodině (kdo co zajišťuje)?
	Zjistit možnosti odpočinku a regenerace pečující osoby.	Odlehčení, regenerace, zastoupení	Máte možnost odpočinku nebo chvíli pro sebe? Co

			Vám pomáhá načerpat síly?
DC4: Význam a využití sociálních služeb (OZTP + BR)	Zjistit, jaké sociální služby jsou využívány.	Typ služby, využívání, forma podpory	OZTP: Jaké sociální služby nyní využíváte? (např. osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, sociální rehabilitace) BR: Jaké sociální služby Váš blízký (nebo Vy jako rodina) využíváte? (např. osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, sociální rehabilitace)
	Zjistit, jak se informanti ke službám dostali.	Zdroje informací, doporučení, dostupnost	OZTP (doptání): Jak jste se k nim dostal/a, kdo Vám s tím pomohl? BR: Jak jste se k těmto službám dostali? Kdo Vám poradil nebo pomohl?
	Zjistit přínos služeb pro klienta a rodinu.	Přínos pro soběstačnost, bezpečí, psychická úleva, odlehčení	OZTP: V čem Vám služby konkrétně pomáhají? BR: V čem Vám služby nejvíc pomáhají z pohledu pečující osoby?
	Zjistit nedostatky služeb a potřeby změn.	Spokojenost, nedostatky, doporučení, návrhy zlepšení	OZTP: Je něco, co Vám ve službách chybí nebo byste změnil/a? BR: Je něco, co Vám ve službách

			chybí nebo byste potřeboval/a jinak, aby Vám to opravdu ulevilo?
--	--	--	--

Zdroj: vlastní zpracování

5.4 Zdůvodnění a charakteristika vybraného výzkumného souboru

Výběr tématu této práce i samotné složení výzkumného souboru úzce souvisí s osobní zkušeností autorky. V roce 2018 utrpěl její otec vážný úraz, v jehož důsledku zůstal upoután na invalidní vozík. Autorka měla možnost sledovat celý proces adaptace „z první ruky“ a vidět, jak se život celé rodiny obrátil vzhůru nohama na mnoha úrovních – od psychických dopadů přes sociální dopady až po náročnost každodenní péče. Právě tento vhled byl hlavní motivací pro vznik této práce. Snahou autorky je ukázat, jakým způsobem takový životní zlom promění fungování celé rodiny a jaké konkrétní dopady tato nová realita přináší.

Výzkumný soubor byl sestaven pomocí záměrného výběru. Indikačním kritériem pro zařazení byla délka života s postižením, konkrétně v rozmezí 5 až 10 let. Tato doba byla zvolena proto, aby informanti již dokázali svou situaci zhodnotit s určitým časovým odstupem. Informanti jsou pro větší přehlednost rozděleni do dvou skupin:

- **Skupina OZTP (Osoby se Získaným Tělesným Postižením):** Zahrnuje muže, u kterých k tělesnému postižení došlo v dospělosti následkem úrazu. Informanti byli osloveni z okruhu osob blízkých autorce a dále prostřednictvím kontaktů s rodinou, které byly navázány během pobytů na spinální jednotce a následně ve specializovaných rehabilitačních zařízeních.
- **Skupina BR (Blízká Rodina/pečující):** Do této skupiny patří rodinní příslušníci, kteří o klienty z první skupiny doma neformálně pečují. Jedná se o manželky či rodiče těchto mužů.

Výzkumný soubor tvoří tři dvojice (vždy klient a jeho hlavní pečující osoba), což umožňuje porovnat prožívání stejné situace ze dvou různých perspektiv. Podrobný přehled informantů obsahuje Tabulka č. 3. Kvůli zajištění anonymity byla všechna jména nahrazena kódy a v textu nejsou uváděny konkrétní názvy obcí ani rehabilitačních ústavů.

Podmínkou pro zařazení do výzkumu byl dospělý věk, získané tělesné postižení po úrazu (skupina OZTP) a u jejich blízkých aktuální zkušenost s neformální péčí (skupina BR). Všichni informanti museli být schopni komunikovat v českém jazyce a dobrovolně souhlasit se sdílením své zkušenosti pro účely této práce.

Tabulka č. 3: Charakteristika informantů

Označení informanta	Pohlaví	Věk	Charakteristika/role
OZTP1	Muž	40+	osoba se získaným tělesným postižením po úrazu
OZTP2	Muž	40+	Osoba se získaným tělesným postižením po úrazu
OZTP3	Muž	40+	Osoba se získaným tělesným postižením po úrazu
BR1	Žena	40+	Manželka informanta OZTP1, neformální pečující
BR2	Žena	40+	Matka informanta OZTP2, neformální pečující
BR3	Žena	40+	Manželka informanta OZTP3, neformální pečující

Zdroj: vlastní zpracování

5.5 Popis organizace a průběhu šetření

Sběr dat probíhal v období února a března roku 2026. Všichni potenciální informanti byli autorkou osloveni osobně nebo telefonicky. Během tohoto kontaktu byli seznámeni se smyslem práce a s tím, že jejich účast je zcela dobrovolná. Rozhovory se uskutečnily v prostředí, které si informanti sami zvolili jako přirozené a bezpečné, nejčastěji v jejich domácím prostředí.

Před samotným zahájením rozhovoru došlo k seznámení informantů s cílem práce a se způsobem nakládání s daty. Všichni účastníci se zapojením do výzkumu souhlasili a dali svolení k pořízení audiozáznamu pro studijní účely. Autorka se zavázala, že po vyhotovení doslovných přepisů a jejich následném zpracování budou tyto nahrávky smazány. Během přepisování byly z textu odstraněny všechny identifikační údaje, aby zůstalo zachováno naprosté soukromí zúčastněných osob.

5.6 Způsob zpracování získaných údajů

Pro zpracování dat získaných z rozhovorů byla zvolena **interpretativní analýza** (Vosečková, 2026). Analýza a následná interpretace rozhovorů probíhala podle jednotlivých tazatelských otázek napříč všemi informanty. Do textu jsou zařazeny ilustrativní úryvky z výpovědí jednotlivých informantů, které dokládají výskyt určitého pohledu a zachycují vzájemnou rozmanitost mezi nimi. Tato jedinečnost je vždy komentována – autorka v textu uvádí, čím se konkrétní výrok odlišuje od odpovědí ostatních informantů. Na závěr každého tematického celku (DC1, DC2, DC3, DC4) je uvedeno souhrnné shrnutí analýzy a interpretace odpovědí jako celku.

5.7 Reflexe etických rizik a validity výzkumu

Vzhledem k tomu, že se výzkum dotýká citlivých a osobních témat, jako je ztráta zdraví či rodinné krize, byl po celou dobu kladen velký důraz na etiku. Účast v šetření byla anonymní a informanti měli právo kdykoliv rozhovor ukončit nebo odmítnout odpovědět na otázku, která je pro ně nepříjemná.

Autorka si je plně vědoma rizika osobního zaujetí, které vyplývá z faktu, že v souboru figuruje její rodina. Aby byla zachována objektivita, postupovala autorka u všech informantů důsledně podle jednotného scénáře otázek a výsledky získané od své rodiny porovnávala s výpověďmi ostatních informantů, se kterými nemá žádný blízký vztah. Postup byl průběžně konzultován s vedoucí práce.

Z hlediska validity výzkumu nelze výsledky zobecňovat na širší populaci osob se získaným tělesným postižením. Výzkumný soubor je záměrně malý a homogenní, což odpovídá povaze kvalitativního šetření zaměřeného na hloubkové porozumění, nikoli reprezentativnost. Dalším rizikem je možné výběrové a retrospektivní zkreslení. Toto riziko bylo vědomě minimalizováno důsledným dodržováním jednotného scénáře rozhovoru u všech informantů, porovnáváním dvou perspektiv (OZTP/BR), dokládáním zjištění ilustrativními citacemi a průběžnou konzultací postupu s vedoucí práce.

6 Popis a interpretace dosažených výsledků výzkumného šetření

Následující kapitola přináší podrobný popis a interpretaci výsledků získaných z polostrukturovaných rozhovorů se dvěma skupinami informantů. První skupinu tvoří tři muži se získaným tělesným postižením (OZTP1, OZTP2, OZTP3), druhou jejich nejbližší rodinní příslušníci (BR1, BR2, BR3). Výsledky jsou strukturovány do tematických celků odpovídajících dílčím výzkumným cílům a doloženy citacemi z výpovědí informantů, uvedenými kurzívou. Na závěr každého tematického celku je zařazeno souhrnné shrnutí zjištění.

6.1 Interpretace výsledků od informantů OZTP1–3

Analýza u této skupiny se zaměřuje na prožívání životního zlomu, sociální dopady postižení a zkušenost se systémem pomoci (DC1, DC2, DC4). Dílčí cíl DC3 věnovaný dopadu na rodinné soužití a neformální péči je záměrně zpracován výhradně u skupiny rodinných příslušníků (kapitola 6.2), jejichž perspektiva je pro tuto oblast primárním a relevantnějším zdrojem dat.

6.1.1 Interpretace dílčího výzkumného cíle 1

DC1: Identifikovat a popsat psychické a emocionální reakce u osob se získaným tělesným postižením a zjistit jejich dominantní strategie zvládání situace.

Jak jste vnímal/a období hned po úrazu? Co pro Vás bylo nejtěžší?

Období bezprostředně po vzniku postižení vnímají informanti jako stav hlubokého šoku a naprosté beznaděje. OZTP1 mluví o intenzivní touze vrátit čas: *„Vnímal jsem ho velice špatně. Fakt velice špatně. Člověk chtěl vrátit čas, pochopitelně. Je to něco nepopsatelného.“* OZTP2 vnímal jako největší zátěž nejistotu ohledně budoucnosti: *„Nebylo vůbec jednoduché se s tím vypořádat... Nejtěžší pro mě byla představa o dalším životě, jak vůbec budu fungovat s handicapem, jak mě bude brát rodina.“* OZTP3 vzpomíná na kritické dny na přístrojích a na drsnou prognózu: *„Hned po úraze jsem nevnímal vlastně nic... hýbal jsem pouze očima a byl jsem napojený na přístroje,*

včetně podpory dýchání. Jediné, co mi doktoři řekli, že tento stav bude zřejmě stálý a nepočítají s tím, že bych se mohl obejít bez přístrojů.“

Z výpovědi vyplývá, že největší zátěží v úvodu není fyzická bolest, ale náhlá ztráta kontroly nad vlastním životem. Zatímco OZTP1 a OZTP2 řešili psychologickou rovinu ztráty, OZTP3 se odlišuje tím, že se musel vypořádat s faktem, že jeho život závisí na dýchacím přístroji. Získané tělesné postižení takto pro všechny tři znamenalo náhlé narušení toho, co dosud považovali za samozřejmé – tedy schopnosti žít v souladu se svým tělem a řídit vlastní každodennost (Novosad, 2011).

Jaké pocity Vás v tom období nejvíce provázely?

U informantů převládaly pocity strachu a beznaděje. OZTP1 popisuje toto období jako stav naprosté psychické tíže: *„Myšlenky byly samozřejmě velmi špatné... i nad tím, že by měl vlastně člověk raději zemřít, než aby se tohle stalo.“* Tato slova nevyjadřují přání zemřít, ale retrospektivní pocit, že taková ztráta je tak zdrcující, že by bylo snazší, kdyby k ní vůbec nedošlo – jde o výraz hlubokého zármutku nad ztrátou dosavadního života. OZTP2 prožíval beznaděj spojenou s nepřipraveností domova na vozíčkáře: *„Pocit takové beznaděje a stále se opakující otázka, co bude dál... Domov nebyl vůbec připravený pro vozíčkáře. Řešil jsem, jak se postarám o chod domácnosti.“* OZTP3 uvádí, že pocity přicházely postupně a vyústily v aktivní snahu o změnu: *„S přibývajícím časem jsem si pak nedokázal představit, že bych byl v tomhle stavu. Když mě přeložili na spinálku, začali se mnou cvičit a já jsem se snažil a dělal všechno proto, abych se dostal na vozík.“*

OZTP1 reprezentuje hlubokou psychickou zátěž spojenou se zármutkem nad tím, co se stalo. OZTP2 je unikátní tím, jak úzce jeho psychický stav souvisel s praktickými obavami o fungování domácnosti. OZTP3 se od ostatních liší rychlou transformací negativních pocitů do aktivní motivace k rehabilitaci.

Co Vám tehdy nejvíc pomohlo se s novou situací sžít a zvládat ji?

Všichni informanti uvádějí jako nejdůležitější faktor rodinu. OZTP1 zdůrazňuje: *„Rodina. Pomohla mi psychicky tím, že se o mě postarali. Ten začátek byl pro mě hodně důležitý, abych se vrátil do života. Hlavně rodina a její přístup.“* OZTP2 vidí motor

v rodině a chuti to nevzdat: „*Samozřejmě moje rodina a chuť to nevzdat a jít dál, s vědomím, že nejsem první ani poslední a že ti přede mnou to taky nevzdali.*“ OZTP3 zvolil strategii přijetí osobní odpovědnosti: „*Samozřejmě mi hodně pomohly holky, rodina a kamarádi... Ale myslím, že mi hodně pomohlo i to, že jsem to psychicky i fyzicky úplně pobral. Na nikoho jsem to nesváděl, byla to moje vlastní chyba... i dnes to беру sportovně.*“

Rodina je pro všechny hlavním pilířem opory. OZTP2 se odlišuje tím, že sílu čerpal i ze srovnávání se s lidmi v podobné situaci, což mu dodalo odvalu. Jedinečnost OZTP3 spočívá v tom, že situaci přijal jako následek svého vlastního rozhodnutí, což mu paradoxně pomohlo se se stavem lépe smířit – jde o projev resilience jako schopnosti čelit nepříznivým okolnostem a překonávat krize (Kolář, 2021).

V čem se podle Vás změnilo to, jak sám/sama sebe vnímáte?

Změna identity je u mužů velmi výrazná a projevuje se hlavně změnou životních hodnot. OZTP1 popisuje totální přehodnocení priorit: „*To, co se mi dělo dřív, nebo co jsem pořád řešil, tak teď to беру všechno jinak, jako hloupost, nad kterou se nepozastavím. Mám úplně jinej pohled na život, na cokoliv.*“ OZTP2 přiznává, že je na sebe i okolí tvrdší: „*Změna určitě nastala v tom, že jsem na sebe dost opatrný... rodina je ze mě někdy zoufalá, protože jsem k sobě i na ně tvrdý, a to jim ubližuje.*“ OZTP3 se snaží fungovat tak, aby ostatní neomezoval: „*Snažím se dělat všechno proto, aby můj zdravotní stav neomezoval holky, kamarády ani příbuzné... nevyžaduju po nikom, že by se mnou musel být. Beru to v pohodě.*“

U OZTP1 vidíme silný vnitřní posun, kdy dřívější starosti vnímá jako malichernosti. Jedinečnost OZTP2 spočívá v otevřeném přiznání, že jeho vnitřní boj s postižením vede k určité přísnosti, která dopadá na celou rodinu. OZTP3 je unikátní svým klidným, až flegmatickým nadhledem.

Shrnutí DC1:

Bezprostřední období po úrazu je u všech tří mužů charakterizováno hlubokou psychickou krizí, v jejímž středu nestojí fyzická bolest, ale náhlá ztráta kontroly nad

vlastním životem a nejistota ohledně budoucnosti. Jako nejdůležitější zdroj zvládnání situace označují všichni tři informanti rodinu. Přitom ale každý z nich čerpal oporu trochu jiným způsobem. OZTP1 zdůrazňuje přístup rodiny v úplném začátku, kdy by se bez její podpory do života jen těžko vracel. OZTP2 čerpal sílu i z vědomí, že podobnou situaci před ním zvládli i jiní lidé. OZTP3 přijal odpovědnost za to, co se stalo. Na vlastní situaci hledal pozitiva a odmítal se stavět do role oběti. Tato strategie přijetí osobní zodpovědnosti mu pomohla se smířit se stavem rychleji. Tato zjištění odpovídají konceptu resilience (Kolář, 2021) a zároveň potvrzují, že proměna identity po získaném postižení neprobíhá u každého stejně – Novosad (2011) v této souvislosti popisuje narušení tělesné integrity jako zásah do celého hodnotového systému člověka.

6.1.2 Interpretace dílčího výzkumného cíle 2

DC2: Zmapovat sociální důsledky získaného tělesného postižení, zejména v oblastech zaměstnání, finanční situace, proměny sociálních vztahů a bydlení.

Jak se změnila Vaše situace v oblasti práce nebo finanční situace domácnosti?

Zkušenosti s prací jsou u informantů velmi odlišné. OZTP1 popisuje dlouhé a vyčerpávající hledání práce: *„Nebyl jsem schopný tři roky sehnat práci, i když jsem psal takových životopisů... Až teď po pěti nebo šesti letech jsem konečně získal práci, která mi vyhovuje. Člověk pak pochopí, že nemá skoro na nic nárok, že si skoro všechno musí hradit ze svých prostředků.“* Naopak OZTP2 měl podporu zaměstnavatele: *„Zaměstnavatel se k mé situaci postavil velmi kladně. Nabídl mi převedení na jinou práci v rámci střediska... s možností vykonávat tuto práci z domu přes Home office, takže bez finančních prostředků jsem nebyl.“* OZTP3 narazil na systémovou bariéru: *„Oznámili mi, že mi o jeden stupeň sníží bezmocnost, protože když chci pracovat, tak pomoc nepotřebuji... navíc bez možnosti návratu k původní výši i po ukončení práce. Tak jsme radši usoudili, že to ukončíme.“*

Tato část ukazuje výraznou rozdílnost pracovních drah po úrazu. Zatímco OZTP2 je příkladem úspěšné pracovní integrace (možnost práce z domova), OZTP3 popisuje pocit pasti v systému dávek (snížení příspěvku na péči v souvislosti s nástupem do zaměstnání). Jedinečnost OZTP1 naopak ilustruje obtížnou situaci na trhu práce u osob s těžším postižením a souběžný finanční tlak spojený s náklady na pomůcky.

Jak se po získání postižení změnily Vaše vztahy s rodinou a přáteli?

U všech došlo k prosetí sociálních vazeb. OZTP1 uvádí, že mu zůstala rodina: „*Přátelé by se dali spočítat na prstech jedné ruky. S rodinou to bylo vždycky skvělé, ale s přáteli to postupem času odešlo.*“ OZTP2 popisuje komunikační bariéru okolí: „*Někteří se ode mě odvrátili. Hlavní příčinu vidím v tom, že nevěděli, jak se mnou mají komunikovat, aby se mě nedotkli.*“ OZTP3 má naopak pozitivní zkušenost: „*Se všema mám dobrý vztah... kamarádi, jakmile se někde něco děje a je aspoň trošku možnost, že bych se tam dostal na vozíku, tak se ozvou a vidíme se.*“

OZTP1 a OZTP2 potvrzují popis interakčního ostychu a nejistoty v komunikaci se zdravotně postiženými (Murphy, 2001). OZTP3 je jedinečný v tom, že si udržel aktivní sociální síť, která ho i na vozíku zahrnuje do společenských aktivit.

Jaké zkušenosti máte s reakcemi cizích lidí nebo širšího okolí?

Postoje veřejnosti vnímají informanti rozdílně. OZTP1 zažívá neohleduplnost, zejména při parkování: „*Nepříjemné je, když člověk chce někam jet, ale nemá kde zaparkovat auto, protože na invalidech stojí lidi, kteří na to nemají oprávnění. A také postižení pro vás neznámá nějaké usnadnění práce... berou mě jako zdravého. Že by společnost k tomu nějak hezky přistupovala, to jsem moc neviděl.*“ OZTP2 vnímá reakce spíše kladně: „*S reakcí cizích lidí a okolí mám spíše kladné zkušenosti, snaží se pomáhat a negativní reakce jsem zatím nezažil. Kromě jedné situace, kdy jsem upozornil paní, co parkovala na místě pro vozíčkáře bez označení.*“ OZTP3 reakce okolí příliš nevnímá, protože navštěvuje pouze známá místa: „*Dá se říct, že reakce širšího okolí nějak nevnímám... proto chodím jen do míst, kde se s lidmi znám, a reakce ostatních mě nějak netrápí.*“

Jedinečnost OZTP1 spočívá v kritice veřejnosti, která podle něj málo respektuje specifické potřeby vozíčkářů. OZTP2 má opačnou zkušenost a pomoc okolí vnímá pozitivně. OZTP3 se odlišuje strategií vyhýbání se neznámému veřejnému prostoru, čímž riziko negativních reakcí eliminuje.

Musel/a jste řešit úpravy bydlení nebo změnu bydlení? Co bylo nejnáročnější?

Bydlení představuje pro všechny jednu z největších bariér. OZTP1 se musel přestěhovat a vše financovat sám: *„Po 6 letech jsme se přestěhovali do plně bezbariérového domu... z úřadu nám hned z kraje řekli, že na příspěvek pravděpodobně nedosáhneme... takže veškeré úpravy jsme si dělali z vlastních finančních zdrojů.“* OZTP2 řešil koupelnu a plošinu přes úřad práce (ÚP), ale narazil na firmy: *„Bylo podáno mnoho žádostí na ÚP... stavební firmy mají naplánované akce minimálně rok dopředu a nezbylo nic jiného než prosit, zda by to neprovedli dříve, protože finance z ÚP se musí vyčerpat k nějakému datu.“* OZTP3 upravil koupelnu a pořídil schodolez: *„Drobné stavební úpravy se dělaly, nejhorší bylo udělat koupelnu... A jediný, co byl problém, dostat se do patra, na to jsem snažil využít příspěvek od ÚP, a nakonec jsme pořídili schodolez.“*

Bydlení je základem nezávislosti, ale jeho zajištění je spojeno s byrokratickým a finančním bojem. Jedinečnost OZTP1 spočívá v nutnosti úplné změny bydliště bez veřejné podpory. OZTP2 upozorňuje na problém kapacit realizačních firem a časový tlak při čerpání prostředků z ÚP. OZTP3 se pokoušel na ÚP vyřídit příspěvek na pořízení schodolezu. U všech informantů se opakuje zkušenost s administrativní náročností vyřizování státní podpory, která ukazuje, že pomoc státu není automatická a vyžaduje od klientů i jejich rodin značnou vytrvalost a orientaci v systému.

Co jsou pro Vás největší bariéry v běžném fungování mimo domov?

OZTP1 vidí největší problém v dopravě a nedostupnosti úřadů: *„Největší bariéra je samozřejmě doprava – dopravit se z bydliště vůbec někam a pak ten pohyb po úřadech. Pokud si chcete najít práci, tak tam, kam byste měli dorazit, většinou nemají bezbariérový přístup. Nemít vlastní pohyb a možnost se kamkoliv dopravit, tím jste hrozně omezení.“* OZTP2 zmiňuje veřejnou dopravu a hygienické zázemí: *„Jako největší bariéru vnímám veřejnou dopravu. Doposud jsem nenašel odvahu někam se vydat vlakem nebo autobusem. Dalším nešvarem jsou toalety; ne všude jsou bezbariérové, a pokud ano, bývají k nepoužití – uvolněná madla, chybějící prkénka nebo malý prostor.“* OZTP3 kritizuje neodbornost realizovaných úprav: *„Naše město není uzpůsobené. Tam, kde se to snažili udělat bezbariérové, to dělali bez konzultace a*

jsou tam jiné překážky... retardér na zbrzdění aut nebo nenavazující zámková dlažba... když je to do kopce, tak nemáte šanci bez pomoci s vozíkem vyjet.“

Zatímco OZTP1 a OZTP2 řeší spíše celkovou dostupnost služeb a dopravy, OZTP3 poukazuje na úpravy, které sice byly provedeny, avšak v reálném provozu neumožňují bezpečný a samostatný pohyb na vozíku (např. špatně navazující dlažba, nevhodně umístěné retardéry či schody u vstupů do budov).

Shrnutí DC2:

Z výpovědí informantů vyplývá, že situace v oblasti práce a financí se u každého z mužů po úrazu vyvíjela velmi odlišně a záležela především na tom, jak jim vyšel vstříc zaměstnavatel nebo jak na ně dopadlo nastavení státních dávek. Vztahy s lidmi prošly po úrazu velkou proměnou, kdy se okruh přátel u většiny mužů výrazně zúžil, rodina zůstala hlavní oporou. Bydlení a pohyb venku zůstávají trvalou a každodenní zátěží. Mnohé bezbariérové úpravy v praxi neplní svůj účel. Ukazuje se tedy, že skutečným omezením pro tyto muže nejsou jen jejich zdravotní potíže, ale hlavně bariéry v prostředí a složitá pravidla úřadů. Tato zjištění odpovídají sociálnímu modelu disability, který zdůrazňuje, že reálnou účast jedince limitují především bariéry prostředí a institucionální podmínky (Krhutová, 2013).

6.1.3 Interpretace dílčího výzkumného cíle 4

DC4: Analyzovat význam a kvalitu využívaných sociálních služeb z pohledu klientů i jejich rodin

Jaké sociální služby nyní využíváte a jak jste se k nim dostal/a?

Využívání služeb je u informantů velmi rozdílné, nicméně základem zůstává jejich vlastní péče a služby využívají jako pomocnou ruku k ulehčení každodenního provozu. OZTP1 využívá pečovatelskou službu každé ráno: *„Využíváme pečovatelskou službu každý den, mimo víkendy. Docházejí ke mně ráno na hodinu a půl, protože manželka odjíždí brzy ráno do práce a já jsem nechtěl, aby všechny tyhle úkony dělala ona... Službu jsme si vyhledali sami, ale bylo to opravdu těžké. Několik organizací mě totiž odmítlo s tím, že jsem pro ně ‚těžký pacient‘ na manipulaci a obsluhu.“* OZTP2 využívá služby spíše doplňkově: *„Většinu věcí se snažím zvládat sám s dopomocí rodiny, ale*

využíváme i pečovatelskou službu, když je potřeba ulevit mým blízkým nebo pomoci s náročnějšími úkony – jako je třeba celková hygiena. Kromě toho k nám pravidelně docházejí ošetrovatelské sestry, které mi pomáhají s odborným ošetřením ran po prodělané plastice. K těmto službám jsme se dostali přes lékaře z nemocnice.“ OZTP3 profesionální služby aktuálně nevyužívá: „Po mém úrazu u nás žádné sociální služby neexistovaly, takže se všechno musela naučit manželka. Ani dnes tyto služby nevyužíváme. Sociální služba by pro mě byla stejně nedostačující, protože by u mě pracovníci mohli být maximálně osm hodin denně a zbytek by stejně musela táhnout rodina. Uvidíme do budoucna, ale zatím to zvládáme.“

Odpovědi ukazují, že informanti vnímají sociální služby především jako prostředek, který uleví rodině od fyzicky a časově náročné práce. Jedinečnost OZTP1 spočívá v negativní zkušenosti s hledáním poskytovatele – více organizací jej odmítlo s odkazem na fyzickou náročnost péče, takže pro ně byl „neatraktivním“ klientem. OZTP2 se ke službám dostal přes lékaře a rodinnou péči doplňuje pečovatelskou i ošetrovatelskou domácí péčí. OZTP3 se odlišuje přesvědčením, že časově omezené služby by jeho denní potřeby nepokryly; péči proto zajišťuje rodina a služby zatím nevyužívá.

V čem Vám služby konkrétně pomáhají?

Přínos služeb popisují informanti především jako úlevu pro rodinu při fyzicky náročné péči. OZTP1 oceňuje ranní pomoc s hygienou a přesuny, ale zmiňuje i něco navíc: „*Pomáhají hlavně mojí rodině, že ty věci ohledně mě nemusí dělat ony. Každé ráno mě umýt, obléct, dát na vozík, ušetřím tím rodinu od toho. Zároveň je pro mě fajn, že si s pečovatelkami můžu po ránu popovídat. Pečovatelky se střídají, takže mám aspoň nějaký kontakt s jinými lidmi a setkání s okolním světem.*“ OZTP2 oceňuje jak pečovatelskou pomoc s hygienou, tak odbornou ošetrovatelskou péči: „*Služby nám pomáhají především v tom, že je o mě odborně postaráno – udělají mi celkovou hygienu, prostě to, co je potřeba, a sestry dohlížejí na to, aby se rány po operaci správně a zdárně hojily. Tahle pomoc je dobrá hlavně pro mou rodinu. Nemusejí tuhle fyzicky náročnou péči dělat pořád jen oni sami.*“ OZTP3 služby nevyužívá, ale pojmenovává, co by bez rodiny hrozilo: „*Kdybych měl špatně fungující zázemí, musel bych být pravděpodobně umístěný v nějakém ústavu. V mém současném životě ale*

nejsou sociální služby potřebné – kdyby se něco dělo, tak o nich víme a využili bychom je.“

OZTP1 ukazuje, že služby nepomáhají jen s tělem – ranní rozhovor s pečovatelkami mu přináší kontakt s lidmi z okolního světa, který by jinak chyběl. OZTP2 oceňuje kombinaci pečovatelské pomoci s hygienou a odborné péče o rány, přičemž obě složky dohromady rodinně výrazně ulehčují. OZTP3 služby nevyužívá a jeho výpověď ukazuje, že silné rodinné zázemí může profesionální pomoc zatím nahradit – zároveň ale otevřeně říká, že bez ní by byl odkázán na institucionální péči, což dobře ilustruje zranitelnost lidí bez takového zázemí.

Je něco, co Vám ve službách chybí nebo byste změnil/a?

Odpovědi informantů se pohybují od přání větší otevřenosti služeb přes spokojenost až po kritiku byrokracie. OZTP1 by uvítal, aby poskytovatelé přijímali i klienty s vyšší fyzickou náročností: *„Přál bych si, aby pro sociální služby nebyl žádný klient přítěží, aby měly trpělivost a braly lidi i v případech, kdy jsou fyzicky těžcí... přál bych jim mnohem větší podporu, aby měli víc financí a mohly se o nás lépe postarat.“* OZTP2 vyjadřuje spokojenost: *„S aktuálním nastavením služeb jsme velmi spokojeni. Pomoc, kterou nám charita poskytuje, je naprosto adekvátní mým potřebám. Nic bych neměnil.“* OZTP3 popisuje problémy s úřady a kontrolami: *„Mám tu smůlu, že bydlím v malém městě, takže mě každý rok navštěvuje sociální pracovnice, aby zjišťovala, jestli jsem pořád na vozíku, nebo se můj stav nezlepšil. Lidé ve velkých městech své sociální pracovníky kolikrát ani neznají... Zjednodušení dávek u nás asi nikdy nebude, protože i když se vše posílá elektronicky, stejně musíte dojít fyzicky na úřad... Vyřídit cokoli vyžaduje opravdu pevné nervy a čas.“*

Každý informant naráží na jiné slabé místo systému. OZTP1 formuluje přání vycházející z vlastní zkušenosti s odmítáním – chce, aby služby dokázaly přijmout i „těžší“ klienty a přeje jim, aby k tomu měly lepší finanční zázemí. OZTP2 je jednoznačně spokojený a péči hodnotí jako přiměřenou a funkční. OZTP3 naopak naráží na „úřední překážky“ a nerovnoměrné kontroly podle velikosti obce. Poukazuje na absurditu toho, že na malém městě musí sociální pracovnice každý rok osobně kontrolovat, zda je stále na vozíku (tedy zda se jeho trvalý stav nezměnil), zatímco ve

větších městech se takové kontroly nedějí. Zároveň kritizuje zdlouhavost vyřizování dávek a nutnost osobního docházení na úřady i v době elektronické komunikace.

Shrnutí DC4:

Sociální služby vnímají informanti především jako partnera rodiny, který jí ulehčuje nejnáročnější úkony každodenní péče. Vedle praktické pomoci má profesionální podpora i sociální rozměr – pravidelná návštěva personálu přináší klientovi kontakt s okolním světem a pomáhá předcházet pocitům izolace (Matoušek et al., 2012). Zkušenosti informantů však zároveň poukazují na oblasti, které by v praxi zasloužily větší pozornost. Jde především o dostupnost služeb pro klienty s vyšší fyzickou náročností péče nebo o zjednodušení administrativních procesů na úřadech. Zvlášť zkušenost s každoročními kontrolami trvalého zdravotního stavu na malých městech, kde úředníci opakovaně prověřují, zda je člověk stále na vozíku, ukazuje na prostor pro zjednodušení úředních postupů. Sociální služby by proto měly být pro lidi snadno dostupné a administrativně jednoduché, aby pro klienty i jejich blízké byly skutečnou oporou (Matoušek et al., 2011).

6.2 Interpretace výsledků s informanty BR1–3

Tato část se zaměřuje na pohled blízkých osob, které o své partnery či syny pečují. Sleduje jejich prožívání krizového období, praktické změny v domácnosti a to, jak se s novou situací naučili žít.

6.2.1 Interpretace dílčího výzkumného cíle 3

DC3: Popsat dopady získaného tělesného postižení na dynamiku a role v rodinném soužití a analyzovat, jakým způsobem rodina zvládá zátěž spojenou s neformální péčí.

Jaké bylo pro Vás období krátce po úrazu Vašeho blízkého? Co bylo pro Vás nejtěžší?

Období těsně po úrazu popisují pečující jako stav obrovského šoku, strachu a nejistoty. BR1 prožívala extrémně náročnou situaci, kdy manželův úraz i první operace proběhly v zahraničí bez její přítomnosti: *„Bylo to opravdu hodně těžké – prvotní šok a strach. Manželovi se stal úraz v cizině, o to bylo všechno horší. Operace i hospitalizace*

probíhaly mimo ČR bez mojí přítomnosti, takže jsem všechno musela řešit s asistenční službou pojišťovny. Všechno padlo na mě. Dcery byly ještě malé... věděla jsem, že tu pro ně musím být a fungovat na sto procent.“ BR2 vnímala jako nejtěžší bod přijetí nové reality: *„Asi nejtěžší bylo přijmout tu situaci, která nastala, a každodenní otázka, jak to bude do budoucna, jak to vše zvládneme.“* BR3 vzpomíná na náhlost, se kterou se realita změnila: *„S manželem jsme se dřív dělili o povinnosti v chodu domácnosti a teď to všechno spadlo na mě, úplně zničehonic.“*

Z výpovědí je jasně vidět, že pro blízké je nejtěžší ten okamžik, kdy se ze dne na den musí manželky nebo matky začít samy starat úplně o všechno. BR1 byla v jedinečné situaci v tom, že celou krizi musela nejdříve řešit na dálku přes pojišťovnu a vedle péče o malé dcery musela převzít veškerou zodpovědnost za chod celé rodiny. U BR2 se ukazuje, jak důležité pro ni bylo ujištění od širší rodiny a sousedů, že tuhle těžkou situaci společně zvládnou. BR3 pak nejvíce pocítila ten náhlý zlom, kdy na ni zničehonic spadly všechny praktické povinnosti v domácnosti, o které se dříve s manželem dělili.

Jak se po vzniku postižení změnil běžný chod domácnosti?

Praktický život rodin se musel od základu přizpůsobit novým potřebám. BR1 popisuje obrovský souběh povinností a finanční nejistotu: *„Veškeré činnosti, které jsme měli rozdělené, padly na mě. Přestavěli jsme koupelnu na bezbariérovou. Dále jsem zařizovala věci na sociálce a úřadu práce. Do toho jsem samozřejmě chodila do práce... najednou jsme přišly i o manželův plat.“* BR2 se musela naučit o omezeních syna přemýšlet jinak: *„Musela jsem odstranit všechny bariéry v domácnosti, aby se všude dostal s invalidním vozíkem, to znamenalo přestavět nábytek.“* BR3 musela kvůli situaci změnit i profesní plány: *„Měla jsem nastoupit do práce, ale to jsem zrušila, abych mohla být doma a vyřizovat věci na úřadu práce a na sociálce. Měli jsme začít stavět, ale všechno jsme museli zrušit, pozastavit nebo prodat.“*

Chod domácnosti se změnil v rovině stavební, finanční i organizační. Jedinečnost BR1 ukazuje na situaci, kterou teorie popisuje jako vícečetné zatížení žen v rodině (Levická, 2015) – musela skloubit roli pečovatelky, matky a zaměstnankyně v krizové finanční situaci. BR2 se soustředila primárně na úpravu prostoru pro syna. BR3 musela obětovat životní plány, jako bylo zrušení práce a stavba domu.

Změnilo se rozdělení rolí v rodině? Pokud ano, jak?

Po počátečním chaosu se rodiny postupně naučily v nové situaci fungovat a role si znovu přerozdělit. BR1 uvádí, že dnes už mají režim stabilní: „*V současné době máme již role opět rozdělené. Já jezdím denně do práce a manžel získal také práci a pracuje z domu. Manžel se nám snaží co nejvíce pomáhat – co může zařídit po telefonu, tak zařídí. Pokud je potřeba řešit něco osobně, tak to zařizují já.*“ BR2 vnímá posun k synově samostatnosti: „*Ze začátku se ty role úplně obrátily. Ted' už se to ale vše změnilo a syn je i v tomto směru soběstačný.*“ BR3 popisuje, jak se naučila v systému chodit: „*Ze začátku toho bylo opravdu hodně, ale teď už to dělám automaticky. Manžel je doma, a když to jde, tak věci vytelefonuje. Dokonce už jsem ochotná a schopná poradit i ostatním.*“

Z výpovědí vyplývá, že rodiny časem dosáhly nové rovnováhy. BR1 a její manžel našli funkční model spolupráce mezi prací z domova a vyřizováním venku. BR2 se odlišuje tím, že její role pečovatelky se s rostoucí soběstačností syna postupně zmenšuje. BR3 v období po úrazu vnímala množství nových povinností jako velmi náročné, v současnosti již chod domácnosti a úřední záležitosti zvládá automaticky a je schopna poradit i ostatním.

Co péče v praxi nejčastěji obnáší?

Každodenní péče v domácím prostředí vyžaduje náročnou organizaci času a zahrnuje širokou škálu úkonů. BR1 popisuje intenzivní denní koloběh: „*Ráno vstávám brzy a chystám manželovi oblečení, snídani, svačinu a léky, než přijede pečovatelská služba. Když přijdu z práce, nachystám manželovi jídlo, čeká nás hygiena, další léky a přesun a uložení na lůžko. V noci pak ještě musíme pravidelně polohovat.*“ BR2 se soustředí na kombinaci vlastní dopomoci a odborného dohledu: „*Syn se snaží být v mnoha věcech soběstačný a přesuny na vozík nebo běžnou osobní hygienu zvládáme s velkou opatrností sami. Ale naskytnou se situace, kdy je potřeba dopomoci zvenčí. Hlavně využíváme odborné ošetřovatelky na ty rány po operaci, aby se to dobře hojilo, ale na ty, pro mě náročnější úkony, jako je celková hygiena a koupání, nám už dochází pomáhat i pečovatelky.*“ BR3 vymezuje péči především v rovině každodenního chodu domácnosti: „*Nejvíc času samozřejmě zabere příprava jídla, pak je to hygiena a takové ty běžné věci kolem domácnosti, jako je úklid nebo praní.*“

Z výpovědí vyplývá, že rozsah péče se liší podle míry soběstačnosti klienta a dostupnosti externí podpory. BR1 se odlišuje vysokou intenzitou péče, která vyžaduje její přítomnost i v nočních hodinách kvůli polohování. BR2 je specifická tím, že svou roli pečovatelky doplňuje o koordinaci s odbornou sociální a zdravotní péčí. BR3 se zaměřuje především na praktické zajištění domácnosti a stravy, čímž vytváří stabilní zázemí pro fungování rodiny.

Co je pro Vás na pečování nejnáročnější (časově, fyzicky nebo psychicky)?

Při hodnocení zátěže spojené s pečováním informantky shodně uvádějí, že psychické vyčerpání a nutnost neustálé vnitřní adaptace na situaci jsou často obtížnější než samotná fyzická námaha. BR1 vnímá náročnost jako kombinaci obou faktorů: *„Je to samozřejmě náročné psychicky i fyzicky, aby to člověk všechno zvládl. Člověk prostě musí stále koukat dopředu a radovat se z každé maličkosti, kterou mu ten život zrovna přinese. Snažím se za každou cenu udržet si pozitivní pohled na život, i když je to někdy opravdu hodně těžké.“* BR2 stručně shrnuje vnitřní stránku věci: *„Psychicky to všechno zvládnout.“* BR3 vidí hlavní obtíž v udržení chodu rodiny: *„Nejnáročnější je asi ta psychika – aby to člověk všechno nějak rozumně zvládal a fungovali jsme dál.“*

Analýza odpovědí ukazuje, že psychická odolnost je pro dlouhodobé poskytování neformální péče naprosto klíčová. BR1 vyniká svou aktivní strategií, kdy se navzdory únavě vědomě snaží o pozitivní přístup k životu. BR2 se odlišuje tím, že pro ni psychická náročnost představuje naprosto hlavní téma, které zastíňuje ostatní formy zátěže. BR3 vyzdvihuje především psychickou vytrvalost, která je nezbytná k udržení funkčnosti celého rodinného systému.

Máte možnost odpočinku nebo „chvilku pro sebe“? Co vám pomáhá načerpat síly?

Možnost „vypnout“ je pro neformální pečovatele klíčová pro prevenci vyhoření. BR1 nachází oporu v dcerách: *„Samozřejmě se snažím mít i chvilku pro sebe. Mám štěstí na skvělé dcery... Občas vyrazíme na výlet a užijeme si holčičí jízdu. Občas se vidím i s kamarádkami na kafču nebo na vínku.“* BR2 pomáhají přátelé a odreagování se prací na zahrádce: *„Chvilku pro sebe si udělám, třeba posezení s kamarádkami. A co mi pomáhá načerpat síly? Práce na zahrádce.“* BR3 se snaží žít aktivně: *„Ano, mám čas*

sama na sebe. Není to tak, že bych musela být pořád jenom zavřená doma. Samozřejmě že si dojdu za kulturou, na nehty nebo s holkama na kafe.“

Z výpovědí vyplývá, že pro všechny pečující hraje při zvládání zátěže klíčovou roli sociální síť a drobné osobní radosti. BR1 se od ostatních odlišuje tím, že svůj volný čas dělí mezi nejbližší rodinu (společné výlety s dcerami) a společenská setkání s přáteli u kávy či vína, čímž čerpá energii z různých typů mezilidských vztahů. BR2 je specifická v tom, že vedle sociálního kontaktu nachází klid v zahradničení, které pro ni představuje důležitou formu aktivního odpočinku v soukromí. BR3 vyniká svou snahou nebýt vázaná pouze na domácí prostředí; aktivně vyhledává společenské i kulturní vyžití, což jí pomáhá udržet si psychickou pohodu a potřebný odstup od každodenních pečovatelských povinností.

Shrnutí DC3:

Získané tělesné postižení člena rodiny představuje zásadní zlom vyžadující radikální změnu fungování celého systému. Nejtěžším obdobím byl pro informanty počátek, charakterizovaný šokem a náhlou odpovědností za chod domácnosti, což potvrzuje teorii o postižení jako náročné životní situaci zasahující celou rodinnou dynamiku (Michalík a kol., 2011). Pečující osoby čelí extrémní fyzické i psychické zátěži, přičemž role v rodině se zpočátku „převracejí“. Postupem času však rodiny dosahují nové stability, ve které se do aktivit v rámci svých možností opět zapojují i samotní klienti. Klíčovým faktorem zvládání je pak sociální opora a schopnost pečujících vyhradit si čas na vlastní odpočinek. Tyto copingové strategie jsou nezbytné pro dlouhodobé setrvání v roli pečujícího bez rizika psychosociálního vyčerpání (Paulík, 2017).

6.2.2 Interpretace dílčího výzkumného cíle 4

DC4 – Analyzovat význam a kvalitu využívaných sociálních služeb z pohledu klientů i jejich rodin

Jaké sociální služby Váš blízký (nebo Vy jako rodina) využíváte?

Využívání odborné pomoci se u dotázaných rodin liší podle aktuálního zdravotního stavu klienta a dostupnosti služeb v daném místě. BR1 uvádí každodenní podporu: „Denně využíváme pečovatelskou službu oblastní charity.“ BR2 kombinuje sociální a zdravotní složku péče: „Využíváme pečovatelskou službu na pomoc s hygienou a pak k nám dochází ještě ošetrovatelské sestry na ošetření ran po prodělané plastice.“ BR3 zůstává zcela v režimu neformální péče: „Zatím žádné služby nevyužíváme, zvládám to doma sama. Všechno jsme se to s rodinou museli naučit sami, protože u nás v té době po úrazu nic takového nebylo.“

Z výpovědí vyplývá, že profesionální služby slouží především jako doplněk rodinné péče u náročnějších úkonů. BR1 se odlišuje tím, že službu do režimu domácnosti zapojila velmi cíleně, aby mohla zůstat profesně aktivní a zajistit manželovi péči v době, kdy je v práci. BR2 je specifická tím, že vedle pečovatelské služby využívá i odbornou pomoc sester kvůli zdravotním komplikacím syna. BR3 vyniká soběstačností, která je však dána spíše nedostatkem dostupných služeb v období krátce po úrazu, což rodinu donutilo naučit se veškeré postupy svépomoci.

Jak jste se k těmto službám dostali? Kdo Vám poradil nebo pomohl?

Cesty k zajištění pomoci byly pro rodiny různě náročné. BR1 si musela vše zjišťovat a vybojovat sama: „Sama jsem si zjišťovala možnosti, osobně i telefonicky a následně zařídila pečovatelskou službu. Byl to ale trochu problém, protože manžel byl pro dost služeb kvůli svému postižení považován za náročného pacienta.“ BR2 měla cestu snazší díky doporučení: „Dostali jsme se k tomu po konzultaci s lékařem z nemocnice, který se na tyto stavy specializuje.“ BR3 vzhledem k nevyužívání služeb na tuto otázku neodpovídá.

Jedinečnost BR1 spočívá v její vytrvalosti – i přes opakované odmítání ze strany organizací, které se obávaly náročnosti péče, dokázala pomoc nakonec zajistit. BR2 se odlišuje tím, že její zkušenost s hledáním byla bezproblémová díky přímému propojení se zdravotnickým systémem.

V čem Vám služby nejvíc pomáhají z pohledu pečující osoby?

Hlavním přínosem profesionálních služeb je pro pečující osoby fyzická úleva a možnost věnovat se i jiným věcem než jen samotné péči. BR1 zdůrazňuje pomoc při ranním odchodu do zaměstnání: *„Máme štěstí na pečovatelskou službu. Všechny pečovatelky jsou skvělé, šikovné a empatické. Nejvíc mi pomáhají ráno, když odjíždím do práce, tak přijedou a pomůžou s každodenní hygienou, oblékáním a přesuny.“* BR2 vidí pomoc v tom, že na nejtěžší úkony není sama: *„Služby mi pomáhají s tím, že nemusím všechno dělat sama, a uleví mi od některých pro mě náročnějších úkonů, jako hlavně ta hygiena, a s těmi rány alespoň máme odbornou pomoc při doléčení.“* BR3 vzhledem k nevyužívání služeb na tuto otázku neodpovídá.

Z analýzy odpovědí vyplývá, že služby fungují jako důležitý partner rodiny při prevenci jejího přetížení. BR1 vyzdvihuje především organizační roli služby, která jí umožňuje skloubit péči s vlastním zaměstnáním. BR2 se odlišuje tím, že za největší přínos považuje odbornou kvalitu péče (ošetřování ran) a snížení fyzické námahy při celkové hygieně, kterou by sama zvládala jen stěží.

Je něco, co Vám ve službách chybí nebo byste potřeboval/a jinak, aby Vám to opravdu ulevilo?

Hodnocení kvality služeb je u oslovených pečujících velmi vysoké, kritika se však objevuje směrem k nastavení systému při ochotě institucí. BR1 je se současnou péčí spokojená a říká: *„Pečovatelská služba nám pomáhá přesně tak, jak potřebujeme. Všechno, na čem jsme se domluvili, plní pečlivě. Jen je bohužel škoda, že ne každá tato instituce má ochotu pečovat o těžce postiženého klienta, který vyžaduje náročnější péči.“* BR2 hodnotí stav jako vyhovující: *„Myslím si, že služby poskytované touto organizací jsou adekvátní našim potřebám a prozatím jsme s nimi byli spokojeni.“*

V této otázce se projevuje rozdílná zkušenost s dostupností péče. BR1 se odlišuje tím, že vedle spokojenosti s konkrétní službou upozorňuje i na neochotu některých organizací přijímat „náročné“ klienty. BR2 se soustředí výhradně na vlastní pozitivní zkušenost a adekvátnost péče vzhledem k aktuálním potřebám své rodiny.

Shrnutí DC4:

Z pohledu rodin je neformální péče hlavním pilířem, na kterém život po úrazu stojí. Sociální služby zde fungují jako nezbytný partner usnadňující každodenní provoz. Pro rodiny využívající tyto služby (BR1, BR2) je klíčová zejména pomoc s hygienou a přesuny, což pečujícím umožňuje chránit vlastní zdraví před nadměrnou zátěží a udržet si osobní život. Výsledky však zároveň odhalují slabiny systému, zejména v přístupu k lidem s nejtěžším handicapem. Zkušenost BR1 s počátečním odmítáním ze strany organizací potvrzuje, že dostupnost pomoci není pro všechny stejná a často závisí na ochotě služeb přijmout fyzicky náročného klienta. To odpovídá i pojetí sociální práce jako podpory celého rodinného systému, která má chránit pečující před vyčerpáním (Matoušek et al., 2012). Pro dobrou kvalitu života rodiny je tedy nezbytné, aby byly služby reálně dostupné a administrativně jednoduché, čímž se v náročné situaci stanou skutečnou oporou (Matoušek et al., 2011).

7 Shrnutí empirické části

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak získané tělesné postižení proměnilo životy konkrétních mužů a jejich rodin, a jakou roli v tomto procesu hrají sociální služby. Na základě analýzy rozhovorů lze shrnout nejdůležitější zjištění, která odpovídají na stanovené cíle.

V rámci DC1, který se věnoval psychickému zvládnutí, se potvrdilo, že období těsně po úrazu je pro každého hlubokým životním zlomem. Informanti popisovali hlavně pocity beznaděje a strach z toho, co bude dál. Jako nejdůležitější se ukázala pomoc rodiny, která pro muže znamenala hlavní motor k návratu do života. Výzkum ukázal, že všichni tři muži v sobě našli velkou sílu situaci zvládnout, i když každý po svém – od přijetí osobní odpovědnosti až po úplnou změnu životních hodnot. Tato schopnost čelit krizi a jít dál odpovídá teorii resilience (Kolář, 2021). Postižení pro ně nebylo jen fyzickým omezením, ale narušením všeho, co do té doby znali a brali jako samozřejmost (Novosad, 2011).

V oblasti sociálních důsledků (DC2) se ukázalo, že pracovní a finanční situace se u jednotlivých informantů výrazně lišila. Rozhodující roli přitom sehrál přístup zaměstnavatele – zatímco jeden informant mohl díky práci z domova zůstat finančně soběstačný, jiný zažíval roky marného hledání a finanční tísně. Velkým tématem byl i boj s úřady, kdy se státní podpora někdy stávala spíše překážkou (např. obava ze snížení dávek při nástupu do práce). Sociální okruh přátel se většině mužů zúžil, často kvůli tomu, že okolí nevědělo, jak s nimi správně mluvit (Murphy, 2001). Bydlení a pohyb venku pak zůstávají trvalou zátěží kvůli byrokracii a špatně provedeným bezbariérovým úpravám ve městech. To potvrzuje, že lidi s postižením neomezuje jen jejich tělo, ale hlavně bariéry, které jim staví do cesty prostředí a systém (Krhutová, 2013).

Dopad na rodinné soužití (DC3) potvrdil, že úraz jednoho člena rodiny převrátí život všem ostatním. Pečující (manželky a matky) se musely ze dne na den naučit vše zajistit – od domácnosti až po finance. To se týkalo hlavně situace, kdy ženy musely skloubit péči, výchovu dětí a vlastní práci, což teorie popisuje jako situaci tzv. sendvičové generace (Levická, 2015). Nejtěžší pro ně nebyla fyzická námaha, ale neustálý psychický tlak, aby rodina dál fungovala a neztratila pozitivní pohled. Jako klíčové pro

to, aby se pečující úplně nevyčerpali, se ukázalo udržování kontaktů s přáteli a možnost si aspoň na chvíli odpočinout, například na zahradě nebo u kávy.

Význam sociálních služeb (DC4) vidí klienti i rodiny především v úlevě od fyzicky nejtěžších úkolů (hygiena, přesuny). Služby pro ně nejsou někým, kdo rodinu nahrazuje, ale partnerem, díky kterému mohou blízcí chodit do práce nebo si vydechnout. Důležitý je i lidský kontakt s personálem, který brání tomu, aby se člověk cítil doma izolovaný. Výzkum ale odhalil i problémy: složité papírování na úřadech nebo neochotu některých služeb brát „fyzicky těžké“ klienty. Zvláště zkušenost s každoročními kontrolami trvalého stavu na malých městech ukazuje na zbytečnou zátěž. Pro dobrou kvalitu života je proto nutná souhra obětavé rodiny a spolehlivých služeb, které rodině reálně a aktivně pomáhají (Matoušek et al., 2012).

Získané tělesné postižení mění nevratně fungování celé rodiny. Sociální práce a služby jsou v tomto procesu nepostradatelnou oporou, ale v praxi by jim i jejich klientům pomohlo, kdyby systém byl administrativně jednodušší a dostupnější pro všechny bez rozdílu.

Závěr

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo prozkoumat a popsat, jak získané tělesné postižení proměnilo životy konkrétních mužů a jejich rodin, a zároveň zjistit, jaký význam pro ně mají sociální služby při zvládání této situace. Práce vycházela z přesvědčení, že náhlý úraz jednoho člena rodiny se okamžitě stává krizovou situací pro celý rodinný systém a že odborná podpora v tomto procesu hraje důležitou roli.

Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativní strategií prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se třemi muži se získaným tělesným postižením a jejich neformálními pečovateli. Z výpovědí obou skupin informantů vyplynulo, že bezprostřední období po úrazu je provázeno hlubokou krizí identity a pocitem ztráty kontroly nad vlastním životem. Jako nejdůležitější zdroj opory byla shodně označena rodina. Pečující osoby však vedle fyzické námahy nesou také velkou psychickou zátěž, jejíž zvládání závisí na možnosti odpočinku a na podpoře okolí. Sociální služby informanti vnímají především jako partnera rodiny, který jí ulehčuje nejnáročnější úkony každodenní péče. Výzkum však zároveň poukázal na slabiny systému, zejména potíže při hledání poskytovatele ochotného přijmout fyzicky náročného klienta a na zbytečnou administrativní zátěž.

Na základě provedeného šetření lze konstatovat, že hlavního cíle práce i všech čtyř dílčích cílů bylo dosaženo. Zvolená výzkumná strategie umožnila hlouběji zachytit individuální příběhy informantů a porozumět tomu, jak spolu prožívání klienta a dynamika pečující rodiny vzájemně souvisí. Výsledky práce mohou sloužit jako podnět k diskusi o lepší dostupnosti sociálních služeb pro osoby s těžkým tělesným postižením a pro ty, kteří o ně pečují.

Seznam použité literatury

- BUŘVALOVÁ, D., REITMAYEROVÁ, E. 2007. *Tělesné postižení*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s.
- DRÁBEK, T. 2013. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením – publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, o. s.
- KOLÁŘ, P. 2021. *Posilování stresem: cesta k odolnosti*. Praha: Euromedia Group, a.s., v edici Universum.
- KRHUTOVÁ, L. 2013. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert.
- LEVICKÁ, J. 2015. *Rodina, její úlohy a funkce v kontextu doby*. In: TRUHLÁŘOVÁ, Z., LEVICKÁ, J., VOSEČKOVÁ, A., MYDLÍKOVÁ, E. 2015. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2012. *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
- MICHALÍK, J., KRHUTOVÁ, L., MLČÁKOVÁ, R. et al. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál.
- MURPHY, R. F. 2001. *Umlčené tělo*. Přel. J. Ogrocká. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- NOVOSAD, L. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. 1. vyd. Praha: Portál.
- PAULÍK, K. 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vyd. Praha: Grada.
- TRUHLÁŘOVÁ, Z. 2015. *Problematika neformální péče z pohledu pečovateli*. In: TRUHLÁŘOVÁ, Z., LEVICKÁ, J., VOSEČKOVÁ, A., MYDLÍKOVÁ, E. 2015. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Elektronické zdroje:

- BŘÍZOVÁ, B. 2019. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením v praxi*. In: MOJŽÍŠOVÁ, A. (ed.). 2019. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením* [online].

České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 15–22. [16. 3. 2026]. Dostupné z: <https://publi.cz/download/publication/948?online=1>

DRÁBOVÁ, M. 2019. *Základní legislativa upravující dávky pro osoby se zdravotním postižením*. In: MOJŽÍŠOVÁ, A. (ed.). 2019. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 49–55. [16. 3. 2026]. Dostupné z: <https://publi.cz/download/publication/948?online=1>

MOJŽÍŠOVÁ, A. (ed.). 2019. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [16. 3. 2026]. Dostupné z: <https://publi.cz/download/publication/948?online=1>

MPSV. 2019. *Sociální služby* [online]. Praha: MPSV. [31. 3. 2026]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/socialni-sluzby-1>

VOSEČKOVÁ, A. 2026. *Interpretativní analýza* [elektronická pošta]. Message to: Adéla Gryčová. 31. března 2026. [3. 4. 2026]. Osobní komunikace.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* [online]. Geneva: WHO. [20. 2. 2026]. Dostupné z: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Zákony:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících předpisů.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Srovnání medicínského a sociálního modelu disability	19
Tabulka č. 2: Transformační tabulka	43
Tabulka č. 3: Charakteristika informantů	48

Seznam příloh

Příloha 1 – Přepis rozhovoru s informantem OZTP1	
--	--

Příloha 1 – Přepis rozhovoru s informantem OZTP1

T: Děkuji, že jste si na rozhovor udělal čas. Je pro Vás v pořádku, když se budu ptát i na osobní témata? Kdykoli můžete říct, že je Vám některá otázka nepříjemná nebo že ji chcete přeskóčit.

T: Jak jste vnímal/a období hned po úrazu/onemocnění? Co pro Vás bylo nejtěžší?

OZTP1: „*Vnímal jsem ho velice špatně. Fakt velice špatně. Člověk chtěl vrátit čas, pochopitelně. Je to něco nepopsatelného.*“

T: Jaké pocity Vás v tom období nejvíce provázely?

OZTP1: „*Co se mnou vlastně bude, jak to bude všechno pokračovat dál. Co budu dělat, co bude dělat moje rodina, jak to bude zvládat. Myšlenky byly samozřejmě velmi špatné, přemýšlel jsem nad vším, i nad tím, že by měl vlastně člověk raději zemřít, než aby se tohle stalo.*“

T: Co Vám tehdy nejvíc pomohlo se s novou situací sžít a zvládat ji?

OZTP1: „*Rodina. Pomohla mi psychicky tím, že se o mně postarali. Ten začátek byl pro mě hodně důležitý, abych se vrátil do života. Hlavně rodina a její přístup.*“

T: V čem se podle Vás změnilo to, jak sám/sama sebe vnímáte?

OZTP1: „*Že, to, co jsem prožíval dřív, když se třeba něco nepovedlo v práci nebo něco v životě, tak to byly všechno vlastně jenom hlouposti. To, co se mi dělo dřív, nebo co jsem pořád řešil, tak teď to беру všechno jinak, jako hloupost, nad kterou se nepozastavím, že bych se naštvál. Teď vnímám ten život úplně jinak, všechno se strašně změnilo. Mám úplně jinej pohled na život, na cokoliv. Kdyby se třeba dcera nedostala na školu, tak to není nic strašného, no tak se to stalo, nic se neděje. Kdyby se rozbilo auto, tak je to jedno. Jsou mnohem důležitější věci, všechno jsem přehodnotil, otázku peněz, úplně všechno.*“

T: Jak se změnila Vaše situace v oblasti práce nebo finanční situace domácnosti?

OZTP1: „*To se změnilo strašně, jelikož jsem byl stavař, manuálně jsem pracoval, což už vykonávat nemůžu. A i když mám zkušenosti ze stavebnictví, tak jsem nebyl schopný tři roky sehnat práci, i když jsem psal takových životopisů, takových motivačních dopisů, a nikdo mi tu práci nedal. Až teď po pěti nebo šesti letech jsem konečně získal*

práci, která mi vyhovuje, je to o stavařině a jsem šťastný, že ji mám. Člověku to dá takovou tu útěchu, že ještě má co nabídnout, že ještě něco může dělat, že ještě může pracovat. A já prostě pracovat chci. Pak si člověk připadá svobodnější, a hlavně ta práce člověku zaměstná hlavu a nemyslí na špatný věci no. “

„Finanční stránka na rodinu celkově dopadla hodně. Musel se zařídit invalidní důchod, kterež je velice nízký. Museli se dokupovat léky, platit další výdaje za mě, jako je třeba, polohovací postel, sprchovací vozík, úchopové rukavice, zvedák a invalidní vozík uzpůsobený mému postižení, který pokryje možná tak jednu osminu ceny. Člověk pak pochopí, že nemá skoro na nic nárok, že si skoro všechno musí hradit ze svých prostředků. Po finanční stránce to bylo něco strašného. “

T: Jak se po získání postižení změnily Vaše vztahy s rodinou a přáteli?

OZTP1: *„Rodina mi, zaplať pán bůh, zůstala celá. Tam vztahy byly vždycky výborný. S přáteli se to obměnilo spíš k tomu, že žádní skoro nezůstali a pomalu jsem se s nima i přestal vídat, stýkat. Zůstala mi jen rodina. Přátelé by se dali spočítat na prstech jedné ruky. Spíš mám nové přátele, které jsem poznal po úraze, ale taky v minimálním množství. S rodinou to bylo vždycky skvělé, ale s přáteli to postupem času odešlo. “*

T: Jaké zkušenosti máte s reakcemi cizích lidí nebo širšího okolí? (Doptání: Co je podporující/příjemné nebo nepříjemné? Co by mohla veřejnost dělat jinak?)

OZTP1: *„Nepříjemné je, když člověk chce někam jet, ale nemá kde zaparkovat auto, protože na invalidech stojí lidi, kteří na to nemají oprávnění, to je to nejhorší, proti čemu se nedá bojovat. A také postižení pro vás neznamená nějaké usnadnění práce, nebo že kvůli tomu, že máte postižení vám někdo dá nějakou úlevu, v téhle době se na to nehledí, postižení nepostižení berou mě jako zdravého. Že by společnost k tomu nějak hezky přistupovala, to jsem moc neviděl. Stalo se mi, že jsem potřeboval s něčím pomoci, a žádnou odezvu jsem nedostal. Že by sám od sebe mi chtěl někdo pomoci, tak s tím jsem se ani nesetkal. “*

T: Musel/a jste řešit úpravy bydlení nebo změnu bydlení? Co bylo nejnáročnější?

OZTP1: *„Nejdříve nastaly změny v bydlení, musela se přizpůsobit koupelna. Museli jsme zakoupit polohovací postel a postupem času se zjistilo, že se tam nedalo žít, i když to byl rodinný dvoupatrový dům a byl jsem v dolním patře. Protože mé postižení je velice těžké, že mám postižené i ruce, takže se ven dostanu sám jedině po rovině. Takže*

po 6 letech jsme se přestěhovali do plně bezbariérového domu, který jsme si už předem uzpůsobili mému postižení, abych se mohl pomocí vozíku pohybovat po celém domě, i venku na zahradě.“

T: Doptání: Jak náročné bylo ty úpravy bydlení vyřídit a financovat?

OZTP1: *„Bylo to náročné hodně, protože opět jsme narazili na úskalí pracovního úřadu, který by měl hradit úpravu bydlení, ale v mém případě, když už jsme chtěli řešit financování, tak z úřadu nám hned z kraje řekli, že pravděpodobně na příspěvek pravděpodobně nedosáhneme a byla nám řečena taková kritéria, že člověk ztratil chuť vůbec o něco žádat, takže veškeré úpravy jsme si dělali z vlastních finančních zdrojů a všechno jsme si hradili sami. Takže ta náročnost na finance byla obrovská.“*

T: Co jsou pro Vás největší bariéry v běžném fungování mimo domov? (např. doprava, úřady, zdravotnictví, obchody, veřejný prostor)

OZTP1: *„Největší bariéra je samozřejmě doprava – dopravit se z bydliště vůbec někam a pak pohyb po úřadech. A pokud si chcete najít práci, tak tam, kam byste měli dorazit, většinou nemají bezbariérový přístup. Tudiž máte minimální šanci práci znovu získat, jediné na Home office. Je to fakt těžký ve všech ohledech. Není přístup do zaměstnání, tím pádem zaměstnání nedostanete. Máte složitý se dostat do práce jakoukoliv dopravou. Nemít vlastní pohyb a možnost se kamkoliv dopravit, tím jste hrozně omezení – návštěvy lékaře, úřadů, banky, pošty.“*

T: Jaké sociální služby nyní využíváte?

OZTP1: *„Využíváme pečovatelskou službu každý den, mimo víkendy. Docházejí ke mně ráno na hodinu a půl, aby mi ráno pomohli s osobní hygienou a přesuny na vozík, protože manželka odjíždí brzy ráno do práce a já jsem nechtěl, aby všechny tyhle úkony dělala ona, když ještě chodí do práce, abychom se užívali. Ráno mě připraví, abych tady pak mohl být sám na vozíku a sám se obsloužit.“*

T: Doptání: Jak jste se k nim dostal/a, kdo Vám s tím pomohl?

OZTP1: *„Službu jsme si vyhledali sami, ale bylo to opravdu těžké. Několik organizací mě totiž odmítlo s tím, že jsem pro ně ‚těžký pacient‘ na manipulaci a obsluhu. I když bydlíme ve velkém městě, a je tady mnoho sociálních služeb, tak jsme se dokázali domluvit akorát s jednou, za což jsem rád.“*

T: V čem Vám služby konkrétně pomáhají?

OZTP1: *„Pomáhají hlavně mojí rodině, že ty věci ohledně mě nemusí dělat ony. Každé ráno mě umýt, obléct, dát na vozík, ušetřím tím rodinu od toho. Zároveň je pro mě fajn, že si s pečovatelkami můžu po ránu popovídat. Pečovatelky se střídají, takže mám aspoň nějaký kontakt s jinými lidmi a setkání s okolním světem.“*

T: Je něco, co Vám ve službách chybí nebo byste změnil/a?

OZTP1: *„Přál bych si, aby pro sociální služby nebyl žádný klient přítěží, aby měly trpělivost a braly lidi i v případech, kdy jsou fyzicky těžcí, jako jsem já. Je to těžké, protože ty sociální služby taky musí shánět nějaké finance, aby mohly fungovat, tak aby je lidé podporovali přes charitativní sbírky, přál bych jim mnohem větší podporu, aby měly víc financí a mohly se o nás lépe postarat.“*