



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Model psychické krize u jedinců se získaným
zdravotním postižením**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Kristýna Jašková

Vedoucí práce: PhDr. Vlastimila Urbanová

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Model psychické krize u jedinců se získaným zdravotním postižením jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.08.2019

.....
Kristýna Jašková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Vlastimile Urbanové za odborné vedení, cenné rady, lidský přístup a trpělivost při tvorbě mé práce. Především bych chtěla poděkovat účastníkům rozhovorů, kteří mi byli ochotni poskytnout informace k této bakalářské práci.

Model psychické krize u jedinců se získaným zdravotním postižením

Abstrakt

Získané zdravotní postižení je dnes velmi diskutované téma. Je důležité zmínit, že jedinci se získaným zdravotním postižením se s danou náročnou životní situací vyrovnávají individuálně, reagují individuálně na základě jejich zkušeností, temperamentu a je třeba se k těmto jedincům tak i chovat. Procházejí určitými fázemi vyrovnávání se s náročnou životní situací a tyto fáze jsou dle různých autorů v této práci popsány.

Modely jsou opřeny o základní model vyrovnávání se s tíživou situací dle Kübler Rossové, která se primárně zabývala umírajícími osobami a jejich vyrovnáváním se s blížící se smrtí. Model byl následně zobecněn i na osoby, které se vyrovnávají s jakoukoliv tíživou situací v jejich životě. V této práci jde konkrétně o získané zdravotní postižení.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak se jedinci se získaným zdravotním postižením vyrovnávali a zda tyto osoby v průběhu vyrovnávání se s tíživou situací využili odbornou či laickou pomoc. K naplnění cílů byl využit kvalitativní výzkum. Pro sběr dat byl využit polostrukturovaný rozhovor se čtyřmi dotazovanými s různým typem získaného zdravotního postižení. Rozhovory byly uskutečněny v přirozeném prostředí jedince.

Výsledky výzkumu prokázaly, že každý jedinec je individuální osobností, proto se každý se svým postižením vyrovnával jiným způsobem a na základě rozdílných zkušeností, schopností. Bylo také zjištěno, že si žádná z osob neprošla všemi fázemi modelu psychické krize. Výzkumný soubor v této bakalářské práci je velmi odlišný a různorodý, což se týče typu postižení, pohlaví, zranění aj., proto nelze s přesností vyvodit jeden určitý závěr. U každého jedince byly zjištěny různé fáze modelů psychické krize, kterými si dotazovaní procházeli. Každý z účastníků využil určitou pomoc v krizi. Všichni z dotazovaných využili laickou pomoc, tedy pomoc ze svého blízkého okolí. Dva z dotazovaných využili navíc také odbornou pomoc.

Výsledky bakalářské práce by mohly sloužit k prohloubení informací pro studenty psychologie, zdravotnictví či sociální práce. Následně by mohla být tato práce vhodná

pro pracovníky organizací zaměřující se na zdravotní postižení či pro blízké přátele a rodinu zdravotně postižených osob.

Klíčová slova

Postižení í získané postižení; zdravotní postižení; model psychick ékrize; psychick ákrize; odborn ápomoc; laick ápomoc

Model of Mental Crisis in Individuals Suffering from Acquired Disability

Abstract

Acquired disability is a widely discussed topic nowadays. It must be mentioned that an individual suffering from an acquired disability copes individually with their difficult situation, reacts individually based on their experience, temperament, and thus it is necessary to treat these individuals accordingly. They go through certain phases of coping with a difficult life situation, and this thesis explains them briefly interpreting different authors.

Models are based on the basic model of coping with a difficult situation according to Kübler-Ross who primarily focused on dying people and their coping with close death. This model was later generalized to also include people coping with any burdensome situation in their life. This thesis deals specifically with acquired disability.

The aim of this bachelor thesis was to find out how individuals coped with an acquired disability, and to find out whether during this process of coping with a burdensome situation they used expert or lay aid. To fulfill the aims, qualitative research was used. To collect data, a semi-standardized interview with four interviewees suffering from different types of acquired disability was used. Interviews were carried out in the individuals' natural environment.

Research results have proven that each individual is an individual being, thus each coped differently, and based on different experience and abilities, with their disabilities. It was also found out that each person did not go through all the stages of a mental crisis model. The research file in this bachelor thesis is very different and variable considering disabilities and other features, that is why it is impossible to draw one final and very clear conclusion. Different stages of the mental crisis model that they were going through were indicated in each individual. Each participant used certain aid in crisis. All interviewees used lay aid, i.e. aid from their closest. Two of them used expert aid.

The results of my bachelor thesis might serve to deepen information for psychology students, students of nursing or social work subjects. Further, it might be useful for workers in organizations focusing on disabilities or close friends or families of disabled individuals.

Key words

Disability; Acquired Disability; Mental Crisis Model; Mental Crisis; Expert Aid; Lay Aid

OBSAH

Úvod.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Pojem zdravotní postižení	12
1.1.1 Definice zdravotního postižení	13
1.1.2 Typologie zdravotního postižení	15
1.2 Vrozené a získané zdravotní postižení (dělení dle doby vzniku).....	16
1.2.1 Vrozené zdravotní postižení	16
1.2.2 Získané zdravotní postižení	16
1.3 Dělení zdravotních postižení a jejich interpretace	17
1.3.1 Smyslové zdravotní postižení	17
1.3.2 Tělesné zdravotní postižení	21
1.3.3 Kombinované postižení	21
1.4 Pojetí psychické krize	22
1.5 Psychická krize a její definice.....	22
1.5.1 Dělení krizí	23
1.6 Copingové strategie.....	24
1.7 Obranné mechanismy	25
1.8 Krize a její modely	26
1.8.1 Model dle G. Caplana	26
1.8.2 Model dle E. K. Rossové.....	27
1.8.3 Model dle N. Špatkové.....	27
1.8.4 Model dle Novákové.....	28
1.8.5 Model dle Vodáčkové.....	29
1.8.6 Model dle M. J. Horowitze	29
1.9 Pomoc v krizi	30
1.9.1 Neodborná pomoc v krizi	30
1.9.2 Odborná pomoc v krizi	30
2 Článek a výzkumné otázky	34
2.1 Článek	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34
3 Metodika	35
3.1 Metodický postup.....	35

3.2	V ýzkumn ý soubor	36
3.2.1	V ýběr v ýzkumného souboru	36
3.3	Průběh v ýzkumu.....	36
3.4	Etika v ýzkumu	37
4	V ýsledky v ýzkumu	38
4.1	Komunikační partner č. 1	38
4.2	Komunikační partner č. 2	41
4.3	Komunikační partner č. 3	45
4.4	Komunikační partner č. 4	47
4.5	Analýza v ýsledků v ýzkumu	50
5	Diskuze	52
6	Závěr	57
7	Seznam použitých zdrojů.....	59
8	Přílohy.....	64
9	Seznam použitých zkratk	69

Úvod

Téma bakalářské práce bylo ke zpracování zvoleno proto, že tato problematika, která se jedinců se získaným zdravotním postižením týká patří mezi aktuální, diskutovaná a zajímavá témata. Každý jedinec se s daným postižením vyrovnává jinak a individuálně na základě svých zkušeností, schopností a možností, a to se snažit tuto práci zdůraznit.

Získané zdravotní postižení je velmi rozsáhlé téma, které bývá ve společnosti stále považováno za nenormální jev. Kvůli této myšlence společnosti mají jedinci se zdravotním postižením neustálý problém se začlenit. Je nutné si uvědomit fakt, že jedinci s jakýmkoliv zdravotním postižením jsou lidské osoby, které mají stejná práva, jako většinová společnost a tak étak se s nimi m ájednat. Problematika získaného zdravotního postižení je pro jedince, pro jeho a jejich psychickou stránku, mnohem těžší, než vrozené zdravotní postižení a to proto, že se objevuje v průběhu života jedinců a narušuje tak jejich dosud normální život. Náhle je jejich život ovlivněn daným získaným postižením. Jedinci se s touto situací musí velmi složitě vyrovnávat a zvykat si na nový život, který je pro ně zpočátku náročný. Prochází si určitým vyrovnáváním se s tíživou situací, avšak k vyrovnání nemusí vždy dojít.

Cílem této bakalářské práce je zjistit informace o způsobech vyrovnávání se s tíživou životní situací, v tomto případě se získaným zdravotním postižením, a zjistit možnosti vyhledání odborné či neodborné pomoci jednotlivých informantů.

Teoretická část se zaměřuje na vymezení pojmu zdravotního postižení, rozdělení zdravotního postižení. V dělení zdravotního postižení jsou zkráceně popsána jednotlivá postižení. Následně se zabývá pojmem psychické krize, jejím dělením, zvládnutím náročné životní situace, obrannými mechanismy, modely psychické krize, kde se vymezuje šest nejdůležitějších modelů psychické krize, a na závěr je v teoretické části vymezena pomoc v krizi, odborná i neodborná. Odborná pomoc se zmiňuje o psychoterapii, ve které jsou nastíněny vhodné přístupy pro jedince se získaným zdravotním postižením.

V praktické části je využit kvalitativní výzkum. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Tento rozhovor je proveden se čtyřmi jedinci se získaným zdravotním postižením. Rozhovory s každým komunikačním partnerem byly provedeny v jejich přirozeném prostředí a s každým individuálně a osobně. Konkrétně se

dvěma jedinci se získaným tělesným postižením, jedním jedincem se zrakovým postižením a jedním jedincem se získaným kombinovaným postižením. Cíle výzkumné části by měly vést k tomu, jakým způsobem se jedinci vyrovnávali s jejich získaným zdravotním postižením a zda využili odbornou pomoc či pomoc svého okolí.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Pojem zdravotní postižení

Dle Slowíka (2016), který využívá definici pojmu postižení z Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů dle WHO (1980), znamená postižení, nebo také disability: „omezení nebo ztráta schopnosti vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální“ (Slowík, 2016, s. 27). Uvedené definice se tedy dá chápat tak, že osoba s postižením má určité omezení ve svém životě a nemůže vykonávat běžné činnosti, jako lidé bez postižení, nebo dané postižení osobu omezuje ve výkonu určité činnosti.

Naopak Valenta (2015, s. 145) popisuje pojem zdravotní postižení jako „narušení běžné každodenní činnosti včetně osobní péče z důvodu tělesné či duševní poruchy“.

Dle Slowíka (2016) můžeme také mluvit o této osobě jako o jedinci s handicapem nebo postižením. Proto je zde důležité definovat pojem handicap nebo znevýhodnění. Handicap je tedy určité omezení, které vzniklo, kvůli již zmiňovanému postižení a projevuje se tak, že danou osobu jakýmsi způsobem omezuje ve výkonu jeho dříve běžných aktivit. Je důležité zmínit, že u každého jedince je zátěž individuální. Závisí na mnoha faktorech, zejména na tom, jak daný problém jedinec vnímá. Například, jak je o danou osobu pečováno, jak probíhá léčba, jak se s daným problémem vyrovnává (Slowík, 2016).

Dle Novákové (2011) je handicap určité omezení, které danou osobu omezuje v jeho sociálním prostředí.

Jak uvádí Nováková (2016), zdravotní postižení v roce 1980 na mezinárodní úrovni schválila Světová zdravotnická organizace. Šlo o dokument nazývaný Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů, také jinak ve zkratce ICDH. Dokument vymezil tři pojmy, které jsou v něm základní. A to impairment neboli porucha, disabilities neboli postižení a handicap, také jinak nazvaný jako znevýhodnění. Poruchu (impairment) tento dokument vysvětloval jako určitou ztrátu buď funkčních, nebo orgánových schopností lidského těla jedince, zde také zahrnoval abnormalitu těchto schopností.

Pojem postižení (disabilities) lze chápat jako určité omezení, ztrátu v dříve jinak normálních schopnostech jedince. Posledním pojmem je znevýhodnění (handicap). Uvedený pojem je vysvětlován jako určité znevýhodnění v naplňování sociální role jedince, která byla dříve pro jedince normální.

1.1.1 Definice zdravotního postižení

Michalík a kol. (2012) uvádí, že se osoby se zdravotním postižením dají, dle některých názorů, chápat jako významná menšina lidí. Některé názory se s tímto tvrzením naopak neztotožňují, a to z takového důvodu, že menšina je vnímána spíše dle rasového, národnostního i etnického rozlišení.

Zdravotní postižení je ve společnosti zaměňováno za nemoc a zdravotně postižený je tedy brán spíše jako „nemocný“, ale mezi zdravotním postižením a nemocí je významný rozdíl. Tento stav musí trvat déle než jeden rok a dále být stavem nevyléčitelným. Samozřejmě se dá kompenzovat různými kompenzačními pomůckami, uvádí Krhutová (2013). Tito lidé si dané zdravotní postižení v žádném případě nevybrali, a proto nemohou ve většině případech ani ovlivnit to, že takové postižení mají a musí s ním nějakým způsobem ve svém životě fungovat (Krhutová 2013).

Dále dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3 odst. 7 písm. g, je zdravotní postižení chápáno jako „*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“.

Hartl (2015) a Hartlová (2015) v publikaci Psychologický slovník vysvětlují tento pojem jako „*dlouhodobý n. trvalý stav, kt. nelze léčbou zcela odstranit, lze však nepříznivý dopad p. z. zmírnit soustavou promyšlených opatření*“ (Hartl, Hartlová 2015, s. 442).

Krhutová (2013) tedy ve své publikaci uvádí, že vysvětlení zdravotního postižení je rozsáhlejší a je vázáno na zkušenosti, možnosti sebeobsluhy jedince, které jsou dlouhodobě omezeny ve kvantitě ale i kvalitě v porovnání se „všedním“ obyvatelstvem.

Naopak, dle Novákové (2011) je mnoho definic zdravotního postižení a jsou různorodé. Nejčastěji lze přistupovat k definici pojmu zdravotní postižení přes medicínský a sociální model. Medicínský model přistupuje k danému pojmu tak, že zdravotní postižení je individuálním problémem, se kterým se každý vyrovnává jiným způsobem. Uvádí, že zdravotní postižení je způsobeno buď nějakou určitou nemocí nebo úrazem. Dalším přístupem je dle Novákové (2011) sociální model. Tento model nevnímá daný problém

jedince jako individuální problém, ale vnímá v něm vztah jedince a okolí. Chápe u zdravotního postižení určité překážky, které jsou společenského typu, například společnost odmítá zdravotně postižené jedince a také fyzický typ, kdy se jedinec nemůže vlivem svého postižení dostat na předem určené místo.

Také Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (2008), dále jen ve zkratce MKF, uvádí medicínský a sociální přístup, který nazývá jako lékařský a sociální model. Lékařský model chápe osoby se zdravotním postižením jako problém, který je způsoben určitou chorobou, nebo dokonce úrazem. Uvedené problémy vyžadují, dle lékařského modelu, určitou lékařskou pomoc, která by měla dopomoci danému člověku k lepšímu zvládnání celého problému a to tím, že se problém začne léčit nebo se přizpůsobí podmínky pro takovou osobu.

Naopak sociální model dle MKF (2008), vydán Světovou zdravotnickou organizací (WHO), chápe problém dané osoby jako určitou překážku podmíněnou sociálními vlivy. Postižení je zde popisováno jako souhrn určitých podmínek, kde značná část vznikla díky prostředí, které bylo vytvořeno společností. Proto dle MKF (2008) vyřešení takového problému vyžaduje určitou sociální účast a také by se měla společnost na vyřešení tohoto problému podílet, je to jakási společenská odpovědnost. Tato společnost určitou částí vytváří a ovlivňuje prostředí, ve kterém jedinec s postižením musí nějakým způsobem fungovat a žít. Proto je důležité tomuto jedinci ve společnosti vytvořit, za pomoci společenské participace, jeho místo. MKF (2008) propojuje tyto dva modely a k tomuto propojení se využívá biopsychosociální přístup, prostřednictvím jehož se zaměřují jak na biologické psychické ale i sociální potřeby daného jedince s postižením.

Krhutová (2013) uvádí tři důležité modely, prostřednictvím kterých se dá vysvětlit pojem zdravotní postižení. Patří mezi ně model independent living, funkční model a sociální model zdravotního postižení.

Prvním modelem, který Pfeiffer (2005, in: Krhutová 2013) uvádí je model nazývaný Independent Living. Model v českém překladu znamená Nezávislý život. Model Independent Living vysvětluje, že lidé, kteří mají nějaké postižení, mohou nezávisle rozhodovat o svých činech a jejich následcích. Jsou bráni jako nezávislé osoby bez ohledu na jejich postižení. Mohou se plnohodnotně realizovat a mluvit za sebe stejně jako lidé bez postižení. Jsou považováni za součást společnosti, a tak se s nimi rovněž nakládá

V modelu se tedy mluví hlavně o účtě k sobě samému, sebeurčení a rovněž o tom, že jedinci s postižením mají stejná práva jako lidé bez postižení.

Krhutová (2013) se zmiňuje tak éo funkčním model zdravotního postižení, který se snaží zdůraznit propojení vnějších a vnitřních faktorů, které se podílejí na vzniku samotného postižení. Zdůrazňuje též, že závisí na samotném vnímání osoby k rozvoji samotného postižení, na fyzickém stavu, psychickém, ale také závisí na prostředí, ve kterém člověk žije a jaký vliv má na jeho osobnost prostředí sociální, ekonomické aj. Tento pohled upřednostňuje jakési funkční schopnosti člověka, ale též náhled na zachování zdraví. Model vysvětluje zdravotní postižení jako stav, který je trvalý nebo proměnlivý a je odlišný od normálního zdravotního stavu člověka, který je přiměřený jeho věku, rovněž je to stav, který ovlivňuje sociální roli člověka.

Posledním modelem, dle Krhutové (2013) je sociální model zdravotního postižení. Uvedený model chápe problémy osoby se zdravotním postižením jako důsledek organizace společnosti. Osoby se zdravotním postižením jsou zde chápány jako sociálně znevýhodněné osoby vlivem bariér, dopravních bariér, předsudků společnosti a podobně.

1.1.2 Typologie zdravotního postižení

Slowík (2016) člení zdravotní postižení na základě jeho klasifikace vad a poruch. Zdravotní postižení je zde děleno dle typu, dle intenzity a podle příčin, respektive podle doby vzniku. Podle typu se zdravotní postižení dělí na orgánové a funkční, podle intenzity na lehké, střední, těžké a nakonec podle příčin na vrozené a získané.

Mrázová (2017) dělí zdravotní postižení velmi obdobně. Zdravotní postižení se dle této publikace dělí z hlediska:

- biologického,
- stupně postižení,
- dle doby vzniku,
- druhu.

Z hlediska biologického se zdravotní postižení dělí na orgánové a funkční, kde Mrázová (2017) vysvětluje, že orgánové postižení může být například absence určitého orgánu nebo porucha orgánu. Uvedená postižení mohou vzniknout vlivem poškození v dětském věku. Tato postižení následně vznikají důsledkem vady při vývoji dítěte, nemoci nebo

úrazu. Funkční postižení znamená dle Mrázové (2017) určité narušení poruchy funkce, kde není narušen celý systém orgánu.

Z hlediska stupně postižení je dle Mrázové (2017) děleno postižení na lehké, které se dá zvládnout různými prostředky. Poté je zde střední, které už vyžaduje určitou pomoc odborníka, a těžké, kdy lidé s postižením potřebují neustálou asistenci nebo pomoc.

Dle doby vzniku Mrázová (2017) vysvětluje postižení dědičné, vrozené nebo získané.

Poslední rozdělení je dle druhu, kdy je postižení rozlišováno na tělesné, zrakové, mentální, sluchové, vady a poruchy řeči, poruchy chování, parciální nedostatky (specifické poruchy učení a specifické poruchy chování), postižení se sdruženými vadami (Mrázová 2017).

Nejčastějším dělením je dělení dle převládajícího zdravotního postižení – tělesné, mentální, zrakové, sluchové a řečové postižení. Také je důležité neopomíjet další dělení – kombinované, nemocné civilizačními chorobami. Také se postižení dělí dle hloubky postižení – mírné, středně těžké a těžké (Michalík, 2012).

1.2 Vrozené a získané zdravotní postižení (dělení dle doby vzniku)

1.2.1 Vrozené zdravotní postižení

Vrozené zdravotní postižení je dle Slezákové (2014) postižením, které je vrozené, proto se působením léčebných prostředků těžce ovlivňuje. Vzniká dle Šlováka (2016), v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Tedy v období před narozením dítěte, během porodu a bezprostředně po porodu a v období po narození (Valenta, 2015).

Dle Mlýnkové (2010) je uvedené postižení získáno od narození. Daná osoba přijala postižení již od narození a dokáže si, oproti získanému zdravotnímu postižení, rychleji zvyknout na fungování s tímto omezením ve svém životě.

Dle Novákové (2011) je tato osoba mnohem méně traumatizována a je s tímto postižením smířena. Vrozené postižení má vliv na osobu člověka již od doby po narození.

1.2.2 Získané zdravotní postižení

Získané zdravotní postižení je dle Mlýnkové (2010) postižením, které vzniklo v průběhu života člověka. Pro příklad autorka uvádí, že získaným zdravotním postižením rozumíme postižení, které vzniklo například na základě nějakého onemocnění, nebo po určitém úrazu, které jedince vedlo k tomuto postižení. Tento člověk se dle uvedené

autorky musí vyrovnávat se svým postižením. Dle Novákové (2011) jde o náročnou životní situaci, se kterou se osoba s tímto postižením musí horším způsobem vyrovnávat. To, jak se se získaným zdravotním postižením jedinec vyrovná, závisí pouze na jeho osobnosti.

1.3 Dělení zdravotních postižení a jejich interpretace

Dle Slowíka (2016) se zdravotní postižení dělí na:

- a. smyslové
- b. postižení s narušenou komunikační schopností,
- c. tělesné,
- d. mentální
- e. duševní,
- f. kombinované

Dle Krhutové (2013) se zdravotní postižení dělí obdobně jako u Slowíka (2016) na:

- a. tělesné,
- b. smyslové
- c. postižení mentálních funkcí,
- d. postižení funkcí řeči a komunikace,
- e. kombinované postižení.

1.3.1 Smyslové zdravotní postižení

Zrakové postižení

Dle Slowíka (2016) si musí jedinec uvědomit, že zrakové postižení, kde má osoba určité zrakové oslabení, které se dá snížit brýlovou korekcí, není postižením. O postižení se jedná tehdy, kdy této osobě nepostačuje ani korekce pomocí brýlí. Pokud postačuje korekce pomocí brýlí, tak se dle Slezákové (2014) jedná o zrakovou vadu lehčího stupně. Dle uvedené autorky se pojem zrakové postižení definuje až tehdy, kdy dioptrická korekce tomuto člověku nepostačuje a zasahuje mu takové postižení do fungování v běžném životě.

Tato autorka také uvádí, že pro rozlišení míry postižení, můžeme zařadit zdravotně postiženého do jedné z těchto pěti kategorií. První z těchto kategorií je střední

slabozrakost, dále to jsou silná slabozrakost, těžce slabý zrak, praktická nevidomost, úplná nevidomost.

Slowík (2016) naopak dělí postižení zraku dle více kritérií. A to podle postižených funkcí, podle stupně zrakového postižení, podle doby vzniku a také dle etiologie.

Dle postižených zrakových funkcí se zrakové postižení dělí na snížení zrakové ostrosti, omezení zorného pole, poruchy barvocitu, poruchy akomodace (refrakční vady), poruchy zrakové adaptace, poruchy okoohybné aktivity, poruchy hloubkového (také jinak 3D) vidění. Dále dle stupně zrakového postižení se dělí na slabozrakost, zbytky zraku, nevidomost. (Slowík, 2016).

Nováková (2011) slabozrakost vysvětluje jako postižení, během kterého dochází k tomu, že se sníží ostrost pravého i levého oka, a to i v případě, kdy má daný jedinec optickou korekci. Postižený má problémy s viděním v běžném životě. Dále také Nováková (2011) vysvětluje zbytky zraku, které definuje jako zrakové postižení, kdy osoba s tímto postižením vidí pouze plakátové písmo a nedokáže se orientovat v prostoru. Dalším a posledním pojmem je slepota, kdy daný jedinec již vůbec nevidí. Dle doby vzniku se dělí na vrozené a získané. Dle etiologie na orgánové (např. vady čočky nebo sítnice) a funkční (poruchy binokulárního vidění).

Sluchové postižení

Každé sluchové postižení zapříčiňuje špatné vnímání řeči daného jedince. Daná osoba následně není schopna řeč vnímat a dochází k nedokonalému pochopení komunikace. Kvůli tomuto postižení je jedinec velmi ovlivněn v jeho společenském prostředí a také je zde možnost ovlivnění jeho psychického rozpoložení (Hádková, 2016).

„Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady (resp. poruchy) v kterékoliv části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, případně funkcionálně percepčních poruch“ (Slowík, 2016, s. 74).

Dle Mukšnáblkové (2014) je postižení sluchu nazýváno také jako vada sluchu. To znamená, že postižení sluchu je vada, kterou nelze plně odstranit a je možné použít pouze kompenzační pomůcky, které nemusí postiženému vždy pomoci.

Valenta (2015) ve své publikaci popsal sluchové postižení jako postižení, které nelze plně nahradit sluchovými pomůckami a následně ovlivňuje osobní život takové osoby.

Dle Valenty (2015) je mnoho faktorů, které ovlivňují závažnost sluchového postižení. Mohou to být například vlivy prostředí, ve kterém jedinec žije, nebo také vliv toho, jak na postižení jedinec reaguje apod.

Klasifikace sluchového postižení

Dle Valenty (2015) se sluchové postižení dělí dle stupně a také dle doby vzniku, nebo dle toho, kde dané postižení vzniklo.

Podle doby vzniku Valenta (2015) dělí sluchové postižení na prelingvální a postlingvální. Dle Kroupové (2016) je prelingvální postižení takovou sluchovou vadou, která vznikla před tím, než se vyvinula u jedince mluvená řeč. U tohoto jedince je problém v tom, že nedošlo k osvojení mluvené řeči, a proto je pro něj velmi těžké se učit mluvené lidské řeči. Postlingvální postižení je vadou, u které došlo ke ztrátě sluchu až po získání a osvojení řečových schopností, proto u jedince nedochází ke ztrátě již získaných řečových schopností. Dle Valenty (2015) se tato sluchová vada někdy také označuje jako ohluchlost. Postižení se tedy může objevit kdykoliv v životě jedince, jak u seniorů, dospělých, tak i u dětí (Slowík, 2016).

Slowík (2016) na rozdíl od Valenty (2015) zde také zahrnul pojem perilingvální sluchové postižení, které popisuje jako postižení, které se objevilo u jedince v průběhu, kdy docházelo k vývoji řeči.

Posledním dělením, dle Valenty (2015), je dělení dle toho, kde dané postižení vzniklo. Mezi ně tedy patří vada percepční, vada smíšená, vada centrální (Valenta, 2015).

Dále tato práce uvádí dělení sluchového postižení dle Slowíka (2016). Autor v porovnání s Valentou (2015) dělí sluchové postižení dle typu, dle stupně sluchového postižení, dle doby vzniku, a také podle etiologie.

V tab. 1 (viz příloha) uvádí Slowík (2016) klasifikaci sluchového postižení dle různých kritérií

Postižení s narušením komunikačních schopností

Dle Knotové (2014) je řeč velmi významná a pokud dojde k určité poruše řeči, tak dochází k ovlivnění života jedince. Na vývoj osobnosti jedince může mít ztráta řeči v dětském věku a období dospívání.

Dle Slowíka (2016) se u komunikačního postižení jedná nejčastěji o vady a poruchy řeči.

Dle Knotové (2014) jsou do narušení komunikačních schopností zahrnuty všechny části řeči. Podle autorky se jedná o rovinu:

- zvukovou (foneticko-fonologickou),
- obsahovou (lexikálně-sémantickou),
- gramatickou (morfologicky-syntaktickou),
- sociálního užití (pragmatickou).

Uvedená postižení mohou být, dle Slowíka (2016), narušena z různých důvodů. Nejčastěji v souvislosti s tím, jaký je průběh vývoje dítěte, zejména pozdní vývoj nebo postižení typu organického, konkrétně centra mozkového.

Klasifikace postižení s narušením komunikačních schopností

Dle Klenkové et al. (2012) se postižení s narušením komunikačních schopností dělí na:

- vývojovou nemluvnost – narušený vývoj řeči;
- získanou organickou nemluvnost – afázie;
- získanou psychogenní nemluvnost – mutismus, selektivní mutismus;
- narušení zvuku řeči – huhňavost, palatolalie;
- narušení plynulosti řeči – koktavost, breptavost;
- narušení členkování řeči – dyslalie, dysartrie; poruchy hlasu – dysfonie, afonie;
- kombinované vady a poruchy řeči – současný výskyt více druhů narušené komunikační schopnosti;

- symptomatické poruchy řeči; narušenou komunikační schopnost při jiných, dominujících postiženích, onemocněních, narušeních – například při sluchovém postižení, mozkové obrně;
- narušení grafické stránky řeči – agrafie, alexie, akalkulie, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie.

1.3.2 Tělesné zdravotní postižení

Charakteristické pro tělesné postižení je zamezení í pohybu jedince (Zikl, 2011).

Gruber a Lendl (2004) definují tento pojem jako dočasné nebo stálé tělesné problémy v pohybu jedince, které mají poté vliv na schopnosti doprovázet í jeho život. Kočová (2017) ve své publikaci uvádí, že u tohoto postižení dochází k postižení horních nebo dolních končetin, které je na první pohled zřejmé. U jedince pak dochází k poruše jeho motoriky, kter áho omezuje v běžných úkonech.

Dle Zikla (2011) se u tohoto postižení velmi často objevuje i jiné další přidružené postižení.

Kroupová (2016, s. 175) ve své publikaci vysvětluje pojem zdravotní postižení jako „*vada pohybového a nosného ústrojí (tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení), jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí (jestliže se projevují porušenou hybností) včetně vrozených i získaných deformit tvaru těla a končetin*“.

Klasifikace tělesného postižení

Dle Slowíka (2016) se tělesné postižení dělí podle typu, podle doby vzniku a etiologie. V tab. 2 (viz příloha) je dle uveden ěho autora na základě těchto kritérií tělesné postižení rozděleno.

Mentální retardace, nebo také mentální postižení, dle Valenty a kol. (2018) je porucha ve vývoji jedince v jeho schopnostech intelektu. Zejm ěna je tento termín vysvětlován jako opožděný mentální vývoj. Dochází zde ke zhoršení stavu v pozn ávac ích, verb áln ích, motorick ých schopnostech. Tento jedinec m á tak é probl ěm v sociálním prostředí.

1.3.3 Kombinované postižení

Kombinované postižení není jasně definovatelné, nemá ani jasné dělení. Důvodem toho je, že společné faktory jedinců s kombinovaným postižením jsou nejasné a špatně se určují (Hutyrov á Růžicková, 2018).

Slowík (2016) ve své publikaci také zmiňuje nejčastější kombinovaná postižení. Patří mezi ně kombinované postižení, kde se vyskytuje mentální postižení, dále také poruchy autistického spektra, kombinované postižení s hluchotou a slepotou a kombinované postižení, kde se vyskytuje kombinace s poruchou chování

1.4 Pojetí psychické krize

1.5 Psychická krize a její definice

Pojem krize se ve společnosti často užívá k popsání situace, ke které došlo velmi náhle. Jedinec neví, jakým způsobem se s touto krizí vyrovnat a má pocit, že ho tato situace ohrožuje (Špatenková, 2017).

Ale také je důležité myslet na to, že krizi je možné chápat i z pozitivního hlediska a osoba si takovou situaci může vyložit jako změnu, která může mít pozitivní rysy (Špatenková, 2017).

Hartl a Hartlová (2015) definují pojem krize jako situaci, kdy došlo ke zhroucení řídicích funkcí, konkrétně tedy v oblasti tělesné, duševní a společenské.

Caplan (1964, in: Špatenková, 2017) popisuje krizi jako problém, který je těžko překonatelný a snesitelný. Osoba v krizi se snaží použít obvyklé způsoby k řešení problému, ale u krize tyto způsoby nepůsobí. Dle Špatenkové (2017) se definice pojmu krize opírá o tři základní složky. Jsou to:

1. Spouštěcí událost,
2. vnímání události jedince jako ohrožující,
3. styly zvládnutí události nefungují proto nastává krize (Špatenková, 2017).

Kopecká (2015) popisuje, že osoba v krizi tento stav vnímá jako velmi stresovou situaci, kdy nejsou přítomny pozitivní emoce. Je ale také důležité vědět, že tyto negativní emoce mohou jedince posílit v jeho dalším jednání.

Naopak, někteří filosofové chápou krizi jako určitý rozpad hodnot člověka a význam jeho bytí. Tito filosofové si tak vykládají krizi jako určitou možnost nalezení nového smyslu života a nalezení otázky bytí (Cimrmanová, 2013). Mimo jiné je důležité zmínit, „že krize však není porucha, ale přirozená reakce na těžkou situaci“ (Cimrmanová 2013, s. 15).

1.5.1 Dělení krizí

Špatenková a kol. (2017) dělí krizi dle charakteru krizové spouštěcí události. V publikaci od Kopecké (2015) se dále krize dělí podle průběhu, podle manifestace, také se zde zmiňuje o Baldwinově typologii krizí a dalším dělení.

Kopecká (2015) rozlišuje krizi dle průběhu na akutní krizi, která je charakteristická prudkým průběhem, jde zde například o napadení, znásilnění, aj. Dále je zde uvedena také chronická krize, kterou uvádí ve své publikaci i Špatenková a kol. (2017) Chronická krize je charakteristická dlouhotrvajícím a nenápadným průběhem na základě nedořešení akutní krize. Dle Tomáše a Markové a kol. (2014) se jedná o krizi dlouhodobějšího rázu, například dlouhodobé problémy v partnerském vztahu.

Dle charakteru krizové spouštěcí události se tedy krize dělí mimo jiné na krizi pramenící z očekávaných životních změn. Tento typ krize je součástí života každého jedince a je svým způsobem očekávána. Uvedená krize doprovází emoční změny a napětí ze získávání nových rolí a životních povinností. Rovněž jsou do těchto krizí zařazovány různé životní změny, jako je příchod do nové práce, odchod z domova, změna školy apod. Další krizí je krize situační, která vzniká v důsledku neočekávaných vnějších změn v životě jedince. Do uvedené krize jsou zařazovány například ztráta domova, náhlá smrt, náhlé postižení apod. Do krize situační je také jistě zařaditelné získané zdravotní postižení, na které se jedinec nemůže připravit. Rovněž vzniká v důsledku vnějších změn života jedince, jako je například autonehoda. To, že se jedinec na tuto situaci nemůže připravit žádným způsobem, je pro něj ještě více šokující. Dále jde o krizi traumatickou, která vzniká po proběhlém traumatu, také je zde zařazena posttraumatická reakce. Například to jsou oběti požáru, povodní apod. Poslední krizí je uváděna krize chronická, která vzniká, pokud jedinec ustoupí od řešení krizové situace a přijme negativní způsob řešení. Objevuje se u traumatické krize, kde se její proces zastaví v části emocionální reakce. Daný jedinec se neustále vyhýbá celému řešení vzniklé krize. Je velmi často zaměňována s akutní krizí (Špatenková a kol., 2017).

Paulík (2017) se ve své publikaci také zmiňuje o tranzitorní krizi, která se objevuje při výraznějších problematických změnách v přechodu do následující vývojové fáze. Rovněž je zde, dle Paulíka (2017), krize v partnerských vztazích, která může být důsledkem zániku partnerských vztahů.

Následně se dělí dle manifestace na zjevné krize, které člověk vnímá a o kterých ví. Tento typ krize vede člověka k rychlému jednání. Jako druhá se sem řadí latentní krize, kterou člověk nevnímá, nebo si ji nechce přiznat. Zmíněný druh krize vede například k nadměrnému užívání návykových látek (Vymětal, 2003, in: Kopecká, 2015).

Mezi další dělení je zařazována vývojová krize, která je považována za součást života jedince. Patří sem například přechod do dospělosti. Situační krize se objevuje v situacích, které jedinec neočekává. Kumulovaná krize je krizí, která dříve byla chronickou krizí a následně nebyla řešena (Kopecká 2015). Naopak dle Paulíka (2017) je kumulovaná krize krizí, která se vytváří díky velkému množství vlivů, které daného jedince stresují a kde si jedinec následně tyto vlivy spojuje se zážitky minulými, které pro něj byly negativními.

Copingové strategie a obranné mechanismy pomáhají jedinci lépe se vyrovnat s nepříznivou životní situací (Kopecká 2015).

1.6 Copingové strategie

Pojem copingové strategie nebo také coping vychází z anglických termínů cope, coping. Vlivem těchto termínů se copingové strategie překládají jako možnosti zvládnání náročné životní situace (Kopecká, 2015). Dle Paulíka (2017) je také důležité si uvědomit, že adaptace a coping není stejný pojem. Adaptace je chápána jako určité přizpůsobení se dané situaci, přičemž coping je využíván při nadměrné zátěži, kdy jedinec musí vědomě vynaložit větší úsilí, aby se zvládl vyrovnat s danou tíživou situací, jako je například ochrnutí nebo autonehodě.

Při zvládnání náročné životní situace záleží z velké části na osobnosti daného jedince, který se se situací vypořádává a mimo jiné také na jeho zkušenostech (Kopecká, 2015). Copingové strategie jsou vytvářeny již od dětství, následně jsou rozvíjeny sociálním učením (Cimrmanová a kol., 2013).

Pugnerová, Kvintová (2016) se inspiroují dělením copingových strategií Lazaruse a Folkmanové (1984) na dva typy, a to dle toho, zda se daná situace dá nějakým způsobem vyřešit, nebo zda se situace již nedá vyřešit. Tyto dvě strategie se nazývají strategie zaměřená na řešení problému a strategie zaměřená na emoce (Pugnerová, Kvintová 2016).

Strategie zaměřená na řešení problému je taková strategie, při níž jedinec cítí, že uvedená situace může být určitým způsobem řešitelná. Zde se jedinec aktivně zapojuje

do řešení vzniklého problému. Pokud situace není řešitelná, tak poté jedinec volí strategii zaměřenou na sebe, na své emoce a vyrovnávání se s nimi (Lazarus, Folkmanová, 1984).

Kopecká (2015) se dále zmiňuje o osmi Tobinových základních copingových strategiích. Do těchto strategií patří řešení problému, které směřuje k cílenému řešení dané situace. Rozumové přeznačkování situace, kdy jedinec přistupuje k danému problému i z pozitivního pohledu. Vyjádření emocí, kdy dojde k uvolnění například pláče či agrese. Vyhledávání sociální opory, kde se jedinec snaží vyhledat blízkou osobu, aby se mohl svěřit. Vyhýbání se problému, kde se jedinec snaží vyhnout se myšlenkám na problém a odreagovat se. Únik do fantazie, zde se jedinec snaží uniknout od problému a přikládat vyřešení problému smyšleným postavám nebo nevěří tomu, že daný problém opravdu vznikl. Sebeobviňování a sebekritika, kde se jedinec obviňuje, že za vzniklý problém může sám. Například se jedinec obviňuje za to, že přišel o končetinu z důvodu, že nedával pozor při řízení, i když tomu tak nebylo. Sociální izolace, kdy se jedinec izoluje od společnosti a vyrovnává se s danou situací sám.

1.7 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy vysvětluje Gelbard (2017) jako převážně nevědomé mechanismy, které vznikají při výskytu negativních nebo nepříjemných situací.

Dle Nováka (2013) jsou obranné mechanismy zcela přirozené. Pomáhají jedinci zvládnout nepříznivou situaci. Byly zavedeny jako pojem Sigmundem Freudem a jeho dcerou Annou. Do těchto obranných mechanismů lze například zařadit projekci. Daný obranný mechanismus spočívá v tom, že jedinec své negativní myšlenky projektuje na druhé. Regrese je další mechanismus, ve kterém se jedinec v určité nepříznivé životní situaci chová nepřiměřeně k jeho věku, tedy jeho chování lze přirovnat k dětskému chování.

Dle Kočové a kol. (2017) se jedinec posunuje k nižší úrovni jeho vývoje, k takové úrovni, ve které mu bylo poskytováno lepší uspokojení jeho potřeb. Dále je dle Nováka (2013) taková reakce například typická pro jedince, který se vyskytuje v obtížné situaci vyrovnávání se se svým handicapem. U rezignace jedinec zcela rezignuje na řešení nepříznivé situace nebo boj s nepříznivou situací. Nemá žádný zájem o řešení situace, nechce zlepšit situaci, je mu tento stav zcela jedno. Vytěsnění je snaha potlačit pocity z nepříjemné situace. Jedinec si nepřipouští situaci, která se mu stala, psychické obsahy daného stavu jsou převedeny do nevědomí.

Dle Nováka (2012) je zde řazen i únik, který umožňuje v tomto případě osobě uniknout z tíživé životní situace. Dle Špatenkové a kol. (2017) se únik dělí do několika druhů. Jedná se o únik faktický, který se projevuje útekem z místa tragické situace, únik symbolický (zakrytí očí rukama), únik fantazijní (vysvětleno viz. níže), únik do nemoci, ve které si daná osoba diagnostikuje určitou nemoc, a tak se vyhne prožití a řešení náročné životní situace, také je sem řazen únik do návykových a omamných látek či únik ze života prostřednictvím sebevraždy.

Únik fantazijní se projevuje představami o situacích, které nemůže jedinec prožít. Například jedinec se zrakovým postižením si představuje, jak může vidět opět svět kolem sebe (Novák, 2013).

Kompenzace je způsob, jakým se jedinec vyrovnává s nepříznivou situací (Dušek, Večeřová – Procházková 2015). Jedinec v této situaci využívá své úsilí ve zvýšené míře, zapojuje své další schopnosti, získává další nové zkušenosti. Snaží se tak kompenzovat své nedostatky ve svých schopnostech a dosáhnout svého určeného cíle. Pomocí tohoto způsobu jedinec dokáže dosáhnout svého cíle alternativní cestou (Blatný, 2017).

Hyperkompenzace je pojem, který označuje nadměrnou kompenzaci nedostatku (Dušek, Večeřová – Procházková 2015). Dle Hartla a Hartlové (2015) jde takzvaně o „překompenzaci“. Osoba se zde vyskytuje v jakési extrémní pozici, ze které se přesouvá do další. Například jedinec s určitým handicapem se stane mistrem světa ve sportu (Martins, 2019).

1.8 Krize a její modely

Každý jedinec se s krizí vyrovnává jiným způsobem a jinak ji také vnímá. Záleží na osobnosti člověka, jeho zkušenostech a vlastnostech (Špatenková a kol., 2017).

1.8.1 Model dle G. Caplana

Caplan (1964, in: Špatenková, 2017) ve své publikaci rozdělil krizovou reakci do čtyř fází. V první fázi s názvem krátkodobé zvýšení napětí, jedinec zjišťuje ohrožení v důsledku vzniklé události a snaží se najít obvyklou možnost pomoci. Pokud dojde k tomu, že obvyklá pomoc je bezvýsledná, tak zde dochází k přechodu do druhé fáze. Ve druhé fázi, která se nazývá plně uvědomované napětí, má jedinec pocit, že danou situaci nezvládne. Tato osoba má pocity méněcennosti a neúspěchu kvůli negativnímu vlivu události. K vyřešení situace hledá jakoukoli nepromyšlenou možnost řešení,

kteřá by vedla k odstranění problému. Pokud nedojde k vyřešení situace, jedinec se posouvá do další fáze. Ve třetí fázi, další zvýšení napětí, úzkost a nepohoda, jedinec vyhledává vzhledem ke svému napětí a stresu jiné možnosti vyřešení situace. Osoba v této fázi obvykle vyhledává pomoc od svého okolí. V uvedené fázi buď dojde k tomu, že jedinec krizi nějakým způsobem přemůže, nebo se naopak rozhodne, že existující problémy pro něj nebudou relevantní. Pokud ani k jedné možné variantě nedojde, jedinec přechází do poslední fáze. Ve čtvrté fázi, další zvýšení napětí, dezorganizace, krize, se jedinec nachází ve velmi napjaté situaci, která se pro něj stává nesnesitelnou. Daná osoba na své okolí může působit, že situaci zvládá, ale bohužel tak působí pouze navenek, uvnitř této osoby dochází k velkému zmatku a bezmocnosti. Možnosti zvládnutí situace se u jedince plně hroutí a dochází zde k závažnějším problémům, jako je například závislost na návykových látkách. Zde je velmi důležitý zásah odborníka.

1.8.2 Model dle E. K. Rossové

E. K. Rossová je jednou z hlavních osob, která se zabývala uměním lidmi a vlivem jejich pozorování a kontaktu s nimi vytvořila pět fází vyrovnávání se se smrtí, ale také i s jinými závažnými situacemi (Heřmánková et. al., 2012).

Její výzkum vyrovnávání se dělí do pěti fází. První fází je šoková fáze, kdy se jedinec krizovou situaci snaží popřít, dle Paulíka (2017) tzn. odmítá realitu. Tato fáze, dle Heřmánkové et al. (2012), slouží k tomu, aby si jedinec zachoval psychickou celistvost. Je důležité, aby jedince nikdo nepřesvědčoval násilně o jiném tvrzení. Další fází je agrese. V této fázi si pacient uvědomuje situaci, bývá agresivní a má v sobě zlost, kterou ventiluje různými způsoby. Může ji ventilovat vůči své osobě nebo naopak vůči druhým lidem.

Ve fázi smlouvání, dle Paulíka (2017), se jedinec snaží situaci zvrátit a vyjednat o možnostech navrácení se zpět do stavu před krizovou situací. Pokus nevyhází. Ve fázi deprese se daný jedinec smiřuje s tím, že se marně snaží o navrácení do stavu, který byl před postižením. Kvůli neúspěchu tohoto návratu dochází k tomu, že jedince provází smutek. V poslední fázi přijetí se jedinec vyrovnává se situací a chápe ji jako součást života (Paulík, 2017).

1.8.3 Model dle N. Špatenkové

Je také důležité zmínit průběh situační krize. Průběh krize se dělí na čtyři fáze. V první fázi, které se říká šoková fáze, jedinec odmítá fakt nepříjemné reality a nedokáže ji přijmout. U každého jedince se projevuje jiným způsobem, může jít například

o agresivitu vůči druhým. V další fázi, která se nazývá fáze emoční reakce, si jedinec začíná uvědomovat závažnost jeho problému a takovou závažnost vnímá velmi silně, je zde mimo jiné důležitá podpora okolí. Následující fází je ta, která se nazývá fáze zpracování krize. V uvedené fázi se jedinec vyrovnává s traumatem a začínají se zde objevovat myšlenky na budoucnost. Poslední je fáze nové orientace, ve které si jedinec odnáší zkušenosti z prodělaného traumatu a opět nabývá sebevědomí (Špatenková a kol., 2017).

Tyto fáze jsou velmi podobné modelu od E.K. Rossové, která uvádí pět fází umírání (Kopecká 2015).

1.8.4 Model dle Novákové

Nováková (2015) se ve své publikaci zmiňuje o tom, že je důležité pamatovat na to, že zdravotní postižení ovlivňuje jedince jako celek. Velmi proto záleží na osobnosti jedince, na tom, jak dané postižení vnímá, jak se s ním dokáže vyrovnat a na okolí, ve kterém jedinec žije. Osobnost jedince se získaným zdravotním postižením je velmi citlivá a všechny emoce vnímá více než bez postižení. Je také důležité se zmínit o nevhodném zvládnutí nově vzniklé situace, kdy daný jedinec vyjadřuje smíšené pocity agresivním chováním, nespolupracuje, neustále se mu mění nálady apod. Také velmi často srovnává dobu před postižením s jeho aktuálním stavem.

Nováková (2015) vymezila čtyři fáze vyrovnávání se se získaným zdravotním postižením. První je fáze prvotního šoku. V této fázi dochází u jedince ke stavu beznaděje a pocitům slabosti. Rovněž má tato osoba pocit, že postižení, které vzniklo, je přivolené vlastní vinou a nikdo jiný za to nemůže. Na základě prvotního šoku z postižení se jedinec nedokáže srovnat s tím, že je tato situace opravdu reálná, proto takovou situaci raději popírá a snaží se sám sebe přesvědčit o skutečnosti, že tento stav není trvalý, a že se z něj plně uzdraví. Druhou fází je fáze odmítání reality. V dané fázi není jedinec schopný se vyrovnat s touto realitou a má problém takovou situaci prostřednictvím emocí zpracovat, důsledkem je popírání a pocity deprese. Stále zde přetrvávají budoucí vyhlídky toho, že se z daného postižení jedinec dostane a plně uzdraví. Třetí je fáze obrany proti realitě. V uvedené fázi jedinec zavrhuje všechny prostředky a aktivity, které mu nemohou navrátit jeho minulý stav bez daného získaného postižení. Není vůbec motivován k rehabilitaci a také ji odmítá, mohou se zde objevit i myšlenky na sebevraždu. Čtvrtou fází je fáze adaptace. V této fázi se již jedinec začíná

přizpůsobovat nové situaci, tedy adaptuje se na vzniklou situaci. Přijímá i fakt, že je nutností používat pomůcky ke kompenzaci. Mimo jiné již klade požadavky na sebeobsluhu v obstarávání denních činností. Se získaným zdravotním postižením se v dané fázi již vyrovnává a bere toto postižení jako součást svého života.

U jedince se získaným zdravotním postižením je doba trvání vyrovnávání se s tíživou situací u každého individuální (Nováková, 2015).

1.8.5 Model dle Vodáčkové

Dle Markové, Petra a kol. (2014) je důležité mít na paměti, že lze rozlišit několik fází v průběhu krize, které probíhají relativně rychle, v rozsahu několika desítek minut až dnů.

Vodáčková (2012) dělí fáze vyrovnávání do čtyř fází. V prvních fázích pocit ohrožení jedince, u kterého se zvýší pocit vnitřního strachu, tlaku a obav. Situaci se osoba snaží zvládnout pomocí osvědčených copingových strategií. Jedinec se v dané fázi snaží pomoci sám sobě, a to prostřednictvím průchodu emocí, brekem, křikem, vypovídáním se, alkoholem, různými relaxačními aktivitami. Pokud nedojde ke zlepšení, nastává druhá fáze. Ta slouží k tomu, že si jedinec uvědomuje, že vyrovnávací strategie selhaly. Nemá zde kontrolu nad situací a není si jistý řešením této situace. Dochází k tomu, že jedinec vybírá náhodné způsoby řešení, nebo je pasivní, hledá rady prostřednictvím přátel, internetu. Pokud ani tato fáze nepomůže a stále problém přetrvává, přichází další fáze. Třetí fáze je charakteristická vyhledáváním a přijímáním externí pomoci. Čtvrtá fáze přichází, pokud dojde k tomu, že vyrovnávací strategie nejsou účinné. Jedinec se dostává do stavů paniky.

Pokud stále nedojde k žádnému řešení dochází k náhradnímu opatření. Stav se zlepší, ale v budoucnu se znovu objeví ve změněné podobě (Vodáčková, 2012).

1.8.6 Model dle M. J. Horowitze

Ve své publikaci tento model zmiňuje Paulík (2017). Autor zde uvádí že tento model je dělen do pěti fází. Ve fázi výkřiku dochází k emocionálním reakcím jedince, zmatek, rozrušení až depresivní stavy. Ve fázi popření dochází k neuvědomělému odepření stresové situace. Osoba se snaží tuto situaci si nepřipouštět, jedinec má problém se spánkem, může být dokonce apatický. Další je fáze intruze, ve které se myšlenky na kritickou situaci vtírají čím dál více do mysli jedince. Dochází ke zhoršení výkonnosti až celkové únavě. Ve fázi vyrovnání se jedinec snaží s danou situací vyrovnat, hledá

různé možnosti, které by mu pomohly ve vyrovnávání se s danou událostí. Poslední je fáze smíření, ve které se jedinec smiřuje s danou situací, přijímá její následky již bez záporných emocí.

1.9 Pomoc v krizi

1.9.1 Neodborná pomoc v krizi

Dle Kopecké (2015) je neodborná krizová pomoc takovou pomocí která není poskytována odborníky. Dále je dle Špatenkové a kol. (2017) tato pomoc nejběžnější možností pomoci v zátěžové situaci. Do uvedené pomoci je zahrnována svépomoc a vzájemná pomoc.

Svépomoc je dle Špatenkové a kol. (2017) pojem, který zahrnuje možnost pomoci vlastní osobě, kdy jedinec využívá vlastní zkušenosti, možnosti aj. „V rámci svépomoci se uplatňují především obranné mechanismy a tzv. coping“ (Špatenková a kol., 2017, s. 22). Vzájemná pomoc je pomoc od okolí jedince, konkrétně od důvěrného okolí, které poskytne radu, vyslechnutí, emocionální podporu aj. Jedná se o přátele, spolupracovníky, sousedy, známé, partnery. Tato pomoc může jedinci velmi přispět, také mu usnadnit vyrovnávání se s krizí (Špatenková a kol., 2017). Dle Kopecké (2015) může vzájemná pomoc také pomoci při finanční krizi, kdy blízké okolí poskytne jedinci možnou finanční podporu. Dle Špatenkové a kol. (2017) je nevýhodou této pomoci, že blízké okolí situaci jedince zlehčuje, a naopak jedince potlačuje, a to má poté následky, které mohou vést až ke zhoršení stavu jedince. Blízké okolí také může být důvodem vzniku závislosti na návykových látkách, kdy přátelé chtějí pomoci jedinci tím, že daný problém například zapijí alkoholem. A proto je důležité, aby při jedinci v krizi stála hlavně rodina, která mu poskytne pomoc. Dle Špatenkové (2017) je to z toho důvodu, že rodina je prostředím, ve kterém jedinec vyrůstal a také je ochotna ho podpořit a pomoci. Může se ale stát, že rodina není ochotna pomoc poskytnout, a to proto, že v rámci neblahé situace je rodina narušena nebo se jedná o dysfunkční rodinu.

1.9.2 Odborná pomoc v krizi

Tato pomoc je poskytována odborníky, částečnými odborníky nebo neodborníky, kteří prošli určitým vzděláváním (Kopecká, 2015). Takovou pomoc můžeme, dle Tomáše, Markové a kol. (2014), rozčlenit do čtyř typů. Jedná se o ambulantní krizovou pomoc, terénní krizovou pomoc, lůžkovou krizovou pomoc a telefonickou krizovou pomoc. Špatenková a kol. (2017) se také zmiňují o psychologické první pomoci.

Ambulantní krizová pomoc je poskytována v krizovém centru odborníky, kteří jsou v tomto směru kompetentní. Možnost této pomoci v krizi je umožněna pouze lidem, kteří se do zařízení dostávají sami. Dále je uvedena krizová pomoc provozována v určitých komunitních centrech nebo denních stacionářích (Tomáš, Marková a kol., 2014). Terénní krizová pomoc je umožněna klientům v jejich domácím prostředí, kam pracovník přímo vstupuje. Může se jednat o prostředí, ve kterém se klient často objevuje, jako je například práce, škola, nebo se může jednat o místo, kde se daný problém odehrál. Může se jednat i o doprovod pracovníkem do zařízení, ve kterém je umožněna širší pomoc klientovi (Šrobárová, 2016, in: Špatenková a kol., 2017). Tomáš, Marková a kol. (2015) se také zmiňují, že tato pomoc je nejvyužitelnější v případě, pokud se jedinec nemůže z nějakých závažných důvodů dostavit do zařízení. V tomto případě se může jednat například o tělesně postiženého jedince. Lůžková krizová pomoc je poskytována osobám, které se vyskytují v závažné situaci, kdy je pro ně ohrožující i pobyt v domácím prostředí. Pobyt na lůžku není dlouhodobý, pouze na pár dní (Tomáš, Marková a kol., 2014). Tato pomoc je zprostředkovávána „v krizových centrech, krizová lůžka mohou být také zřizována v nemocnicích, domovech pro seniory nebo diagnostických ústavech“ (Tomáš, Marková a kol., 2014, s. 149).

Telefonická krizová pomoc je pomoc, která je poskytována klientovi prostřednictvím telefonického hovoru. Možnost uvedené krizové pomoci má výhodu v tom, že je anonymní, a proto se klient nemusí bát, že bude odhalen (Vodáčková, 2012). Nejčastější formy telefonické krizové pomoci jsou linky důvěry, které se nezaměřují na konkrétní problémy, ale jsou poskytovány všeobecně. Dále se jedná o specializované linky, také jinak hot line linky určené pro určitý typ problému (Tomáš, Marková a kol., 2014). Kopecká (2015) se dále také zmiňuje o elektronickém kontaktu s klientem, který je dle Špatenkové a kol. (2017) nejjednodušší možností kontaktu s klientem. Jedná se zde o e-mailovou komunikaci, chatovací komunikaci nebo komunikaci přes webové stránky (Špatenková a kol., 2017).

Vymětal (2010) do odborné pomoci v krizi řadí také psychoterapii. Terapie se zaměřuje na pomoc v krizové životní situaci jedince, na změnu jeho chování a projevů. Dle Burnse a Burns-Lundgrenové (2015) je psychoterapie určitou formou léčby, která se zaměřuje na emocionální a psychologické problémy poskytována prostřednictvím porozumění a verbálních projevů.

Je poskytována lidem, kteří jsou ohroženi vnitřní nestabilitou nebo si tímto problémem již procházejí. Psychoterapie má za cíl pomoci lidem pochopit své pocity a problémy a utřídit si je tak, aby s nimi mohl jedinec dále pracovat. Snaží se o vnitřní stabilizaci člověka, který trpí vnitřní destabilizací a absencí vnitřní jistoty. Učí více důvěřovat sám sobě a svému rozhodnutí. Zaměřuje se na psychické i na psychosomatické problémy (Vymětal, 2003).

Předmětem psychoterapie je především zdraví jedince, poruchy zdraví, jejich léčba a rehabilitace. Je zde důležitá interakce mezi klientem a psychoterapeutem a jejich vzájemný vztah (Vymětal, 2003). Psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba, tedy osoba psychoterapeuta. Využívá se zde direktivní přístup, ve kterém je terapeut dominantní, také je zde uveden nedirektivní přístup, ve kterém má terapeut jistou doprovodnou roli (Vymětal, 2003).

Pro osoby se zdravotním postižením je velmi vhodná humanistická psychoterapie. Dle Nykla (2012) je vhodné do této psychoterapie zařadit rogersovský přístup, metodu pojmenovanou podle C. R. Rogerse.

Humanistická psychoterapie se dle Vymětala (2010) vyznačuje tím, že zdůrazňuje lidskou jedinečnost a schopnosti jedince směřující k jeho rozvoji a růstu. Přístup považuje osobu za jedinečnou a samostatnou, zodpovídá jí za své jednání. Vztah terapeuta a klienta je založen na rovném vztahu a osobním setkání. „Cílem psychoterapie je obnova a podpora plného osobnostního rozvoje klienta tím, že pozná a odstraní svá vnitřní omezení a vyrovná se se sebou“ (Vymětal, 2010, s. 35).

Pro osoby se zdravotním postižením je vhodné zařadit i hlubinnou psychoterapii. Dle Müllera a kol. (2014) je spojována se jmény Sigmund Freud, Alfred Adler a Carl Gustav Jung. Tato psychoterapie se zaměřuje na procesy, které se odehrávají na nevědomé úrovni. Terapeut zde pomáhá klientovi pochopit procesy, které se odehrávají v jeho nevědomí. Zaměřují se na obsahy, které se vztahují k problémovým situacím z jeho dětství až k současnosti, přicházejí na určité obranné mechanismy, které komplikují léčebný proces. Je zde důležitý interpersonální vztah mezi klientem a terapeutem.

Následující užitečnou psychoterapií pro osoby se zdravotním postižením je kognitivně-behaviorální psychoterapie, dále pouze KBT. Dle Müllera a kol. (2014) vznikla tato

terapie vzájemným propojením kognitivní a behaviorální terapie. U KBT není tak důležitý vztah mezi terapeutem a klientem a je zaměřena spíše na příznaky problémů jedince. Dle KBT jsou psychické obtíže, špatné navazování sociálních kontaktů a podobně, výsledkem toho, že jedinec má vlivem sociálního učení naučené nevhodné zvyky a způsoby chování, proto tato terapie působí na naučení vhodných vzorců chování, ke změně špatných zvyků, které se následně objeví v konečném jednání jedince (Vymětal, 2010). Přístup je direktivní, manipulativní, krátkodobý, časově omezený, nezaměřuje se na minulost ani budoucnost, pouze na přítomnost a na jasný problém jedince, stanovuje jasné funkční cíle. Tento přístup je veden k tomu, aby byl terapeut zpočátku aktivní a poté přenesl aktivitu na klienta, aby dokázal být klient soběstačný v řešení jeho cílů. Je zde kladen důraz na napodobování (Vymětal, 2010). „KBT využívá velmi úspěšně např. metod podmiňování, expozice, relaxace, desenzibilizace v léčbě nejrůznějších fobických a jiných neurotických poruch“ (Müller a kol., 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem této práce je popsat, jak se jedinci se získaným zdravotním postižením vyrovnávají. Dílčím cílem je zjistit, zda jedinci v průběhu vyrovnávání se s tíživou situací využili odbornou či laickou pomoc.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem se dotazovaní vyrovnávali se získaným zdravotním postižením?
2. Jakou pomoc vyhledali, odbornou či laickou v řešení své závažné životní situace.

3 Metodika

3.1 Metodický postup

V praktické části této práce byla uplatněna kvalitativní metoda výzkumu, jeden hlavní cíl, jeden dílčí cíl, dvě výzkumné otázky.

Účastníkem na výzkumu, který využívá kvalitativní výzkum, je výzkumník, který na základě zjištěných informací analyzuje a vyhodnocuje aktuální situaci dotazovaných. Výzkum je prováděn v přirozeném prostředí účastníka (Hendl, 2016).

Hendl (2016) popisuje kvalitativní výzkum jako proces, u kterého se v úvodní části musí nejprve výzkumník určit základní výzkumné otázky. Otázky se v průběhu výzkumu mohou doplňovat či měnit, proto je také považován za velmi flexibilní. Výzkumník v průběhu výzkumu hledá odpovědi či vysvětlení výzkumných otázek, které si určil v úvodní části, proto je výzkumník považován za jakéhosi detektiva. Proces analýzy a sběru dat probíhá určité delší časové rozmezí a je prováděn v terénu, tedy přirozeném prostředí dotazovaných.

Kvalitativní výzkum má určité cykly, ve kterých probíhá analýza a sběr dat, následné vyhodnocení a poté dle výsledků dojde k rozhodnutí, jaké informace potřebuje a které mu chybí a následně začne znovu se sběrem dat a další analýzou. Výsledkem tohoto výzkumu je výsledná zpráva o kvalitativním výzkumu, která obsahuje rozsáhlou citaci získaných informací poznámky, které si výzkumník dělal v průběhu rozhovorů a popis místa, kde výzkumník prováděl výzkum. Je také důležité zmínit, že získané informace jsou velmi rozsáhlé a osobní (Hendl, 2016).

Pro sběr dat k získání cílů této bakalářské práce byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru, metoda dotazování. Polostrukturovaný rozhovor, také jinak částečně standardizovaný rozhovor, má jasně danou strategii a volnější postup. Tazatel v tomto rozhovoru postupuje dle plánu, který si předem zadal a díky němuž má určitý řád, kterého se může, ale také nemusí striktně držet. Může si například otázky, které připravil, měnit nebo přidávat další dle aktuální situace. Technika dovoluje tazateli značnou volnost a dotazovaný se tak může cítit více uvolněný (Jedlička et al., 2018).

Polostrukturované rozhovory v rámci kvalitativního výzkumu v této bakalářské práci obsahují celkem 13 základních volných otázek, které jsou rozděleny do dvou částí.

První část se zaměřuje na téma modelu psychické krize osob se získaným zdravotním postižením a druhá část obsahuje otázky, které se zaměřují na vyhledání odborné či laické pomoci osob se zdravotním postižením (viz příloha č. 4). Tyto rozhovory byly provedeny celkem se čtyřmi komunikačními partnery v období od února až do května 2019. Mezi uvedenými osobami, se kterými byly rozhovory uskutečňovány, nebylo žádné bližší spojení

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor bakalářské práce je tvořen skupinou osob se získaným zdravotním postižením. Výběr komunikačních partnerů v tomto výzkumu je variabilní a náhodný, velmi rozmanitý, co se týče druhu postižení. Výzkumný soubor se konkrétně sestává ze dvou osob se získaným tělesným postižením, jedné osoby se získaným kombinovaným postižením a jedné osoby se získaným zrakovým postižením. Dané osoby jsou různé věkové kategorie a různého bydliště, konkrétně tři jedinci jsou zvoleni z Prahy a pouze jeden jedinec z Jihočeského kraje.

3.2.1 Výběr výzkumného souboru

Komunikační partneři byli vybráni na základě kvótního výběru, jehož kritériem bylo získat alespoň čtyři osoby se získaným zdravotním postižením. Jedinec se získaným tělesným postižením byl nalezen na základě doporučení známých, osoba se získaným kombinovaným postižením byla oslovena na doporučení nejmenované organizace, osoba se získaným zrakovým postižením byla také zkontakтовána na doporučení nejmenované organizace.

3.3 Průběh výzkumu

S komunikačními partnery byl rozhovor uskutečněn po předchozím kontaktu. Osobám byla zaslána žádost o spolupráci, ve které byli informováni o anonymitě rozhovoru a o použití informací pouze pro účely této bakalářské práce. Žádost je uvedena v příloze č. 3. Účastníci byli informováni o tom, jak bude rozhovor probíhat a na co se mají připravit. Po odpovědi každého z účastníků byli jedinci individuálně telefonicky kontaktováni a následně došlo k domluvě na osobní schůzce a na dni schůzky. Osobám bylo umožněno vybrat si místo, které by pro ně bylo nejvhodnější a nejpohodlnější, aby se v něm cítili co nejlépe. Se všemi účastníky byla schůzka domluvena v kavárně či restauraci v blízkosti jejich bydliště. Rozhovory se uskutečnily v období od února až května 2019. V úvodní části rozhovoru byli komunikační partneři

obeznamení s průběhem rozhovoru, také se vším potřebným, co se k práci vztahuje a následně jim bylo znovu zopakováno, že rozhovor je anonymní a pouze pro účely této bakalářské práce. Trvání rozhovoru bylo variabilní, s některými jedinci byl rozhovor veden maximálně hodinu, s komunikační partnerkou č. 3 byl rozhovor veden přes dvě hodiny, účastnice byla velmi sdílná a rozhovor šel velmi těžko přerušit.

3.4 Etika v výzkumu

Miovský (2006) uvádí základní body týkající se etiky v výzkumu.

- respekt k soukromí účastníků,
- zachování anonymity,
- informovaný souhlas,
- zajistit psychické a emoční bezpečí,
- zpřístupnit výsledky proběhlého rozhovoru účastníkům výzkumu.

V této bakalářské práci byli všichni komunikační partneři před samotným výzkumem informováni o anonymitě rozhovorů, zejména na citlivé údaje, jako je jméno, příjmení, bydliště. Účastníci byli obeznámeni s tím, že pokud získané informace budou příliš intimní a nebudou je chtít zveřejňovat, tak v rozhovorech tyto informace nebudou zveřejněny. Dále byli ujištěni, že veškeré poskytované informace budou použity pouze pro účely této bakalářské práce. Všichni komunikační partneři se zúčastnili rozhovoru dobrovolně a poskytli ústní souhlas k nahrávání rozhovorů na mobilní zařízení prostřednictvím záznamu zvuku.

4 Výsledky v ýzkumu

V ýsledky v ýzkumu v t éto práci jsou subjektivní projevem dotazovaných, proto je jako takové nelze zobecnit. Výsledky v ýzkumu byly zapisovány do textové podoby a následně byla zpracována data, která vedou ke zjištění výzkumných otázek a potvrzují informace z teoretické části. Nejprve ve výzkumu byly zjišťovány obecné informace k uvedení základních informací o komunikačních partnerech a následně byly kladeny dotazy vedoucí k výzkumným otázkám. Otázky byly rozděleny do dvou částí jedna část obsahovala pouze dotazy, které směřovaly k výzkumné otázce č. 1 a druhá část obsahovala dotazy vedoucí k výzkumné otázce č. 2. Samotný rozhovor dohromady obsahoval 13 otázek (viz. příloha 4). V kapitole analýza výsledků výzkumu jsou uvedeny zanalyzované výsledky v ýzkumu.

4.1 Komunikační partner č. 1

Pohlaví – muž

Věk – 22 let

Narozen – rok 1996 v Českých Budějovicích

Volnočasové aktivity – jízda na kole, kvadru-ragby

Získané zdravotní postižení – kvadruplegie

Komunikační partner žije poblíž Českých Budějovic se svým otcem. Úraz se mu přihodil v osmnácti letech. „*Do té doby by mě ani nenapadlo, že se mi něco takového může někdy přihodit*“.

Úraz se mu přihodil 9.7. 2015. Toho dne v podvečerních hodinách se na návštěvě u přátel rozhodl, že se osvěží v nedalekém rybníce. „*Rozeběhl jsem se a skočil jsem do rybníka s rukama u těla*“. Hladina měla pouhých dvacet centimetrů vody, došlo ke zlomenině pátého a šestého obratle, také došlo k neurologické míšní lézi čtvrtého krčního obratle a následkem toho i k poúrazové tetraplegii. „*Začaly mě hrozně bolet záda a nemohl jsem se skoro pohnout*“. Pouze si pamatuje moment, kdy se nemohl nadechnout a kamarád se ho snažil dostat z vody a vyžadoval po něm stoupnout si na nohy, ale k tomu již nedošlo. „*V tu chvíli jsem cítil, že jsem ve velkém problému, chtěl jsem hrozně křičet, ale v tom šoku jsem nemohl nic*“. Přátelé po tomto zjištění okamžitě přivolali záchrannou službu

„Z té chvíle si pamatuju pouze útržky, všechno se stalo tak rychle“. „Doktoři tvrdí, že jsem možná mohl chodit, kdyby mi nebyla poskytnuta špatná první pomoc“.

Po tomto incidentu byl hospitalizován v nemocnici v Českých Budějovicích, kde byl dva týdny v hlubokém bezvědomí, následně byl přesunut do Fakultní nemocnice v Brně, ve které byl hospitalizován dlouhé dva měsíce. V nemocnici došlo k částečnému uvědomění faktu, že se s velkou pravděpodobností nepostaví na své dolní končetiny. *„Zhroutil se mi doslova celý svět a nechápal jsem fakt, že můj kamarád bydlel kousek od toho rybníka a nemohl mi říct, že v rybníce není voda“.* V nemocnici v Brně procházel velmi náročnou a intenzivní rehabilitací, kde se jeho horní končetiny staly mobilní za pomoci profesionálního týmu. *„To byl pro mě ten největší úspěch a stále jsem věřil, že budu chodit a byl jsem moc vděčný za péči, která mi byla poskytována“.* Prostřednictvím takového pokroku začal věřit, že z nemocnice odejde jako zdravý člověk. Také tlak otce měl velký vliv na motivaci komunikačního partnera. *„Byl jsem velmi tvrdohlavý a chtěl jsem pořád cvičit, oči se mi otevřely až v rehabilitačním ústavu.“*

Procházel si fázi hněvu a agrese, která se projevovala velkým vztekem na sebe i na svého kamaráda, který ho dopředu neinformoval o situaci v rybníce. *„Cítil jsem hrozný vztek, stále jsem se ptal sám sebe, proč se mi to muselo stát. Cítil jsem se hrozně, měl jsem pocit, že už se nic nezlepší. Pořád jsem myslel na to, jak jsem ještě mohl chodit“.* Procházel si pocity smutku, bezmoci a stesku po svém bývalém životě. Procházel si občasnými pocity deprese a beznaděje, ve kterých nechtěl s nikým být, ani hovořit *„Byly i chvíle, kdy jsem nechtěl s nikým mluvit kvůli tomu, že jsem byl na všechny naštvaný, protože mi nemohli nijak pomoci“.* Jeho rodina mu byla velkou oporou a podporovala ho při léčbě, každý den ho navštěvovali. *„Nejhorší bylo zjištění, že jsem to neměl vůbec přežít a potom mi oznámili, že jsem měl hýbat pouze hlavou“.*

Informant se smířoval se svým handicapem velmi těžce, ale jeho otec, se kterým bydlí, mu velmi pomohl, okamžitě, jakmile se dozvěděl o synově postižení, si sjednal půjčku a začal předělávat jejich byt na prostředí, které by bylo vhodné pro handicapovaného. *„Táta mě celou dobu držel, s mamkou jsme tak dobrý vztah neměli“.* Po náročné léčbě v brněnské fakultní nemocnici byl převezen do Rehabilitačního ústavu Kladruby, kde se seznámil s mnoha dalšími, kteří se nacházeli v obdobné situaci. První dny v tomto zařízení byl velmi apatický vůči svému okolí a také si procházel velkým vztekem, co se týče osob v jeho blízkosti. *„V rehabilitáku jsem prostě nechtěl s nikým navazovat kontakt,*

neměl jsem chuť ani náladu.“ V průběhu pobytu se začal více zapojovat, získal v zařízení nové přátele a byl ve velmi příjemném kolektivu. *„Nov íkamar ádi mi byli velkou oporou, v podstatě mi otevřeli oči“.*

V rehabilitačním ústavu si informant uvědomil, že jeho postižení je trvalá záležitost. *„Bylo to pro mě to nejhorsší uvědomění, tam jsem zjistil, že už žádná naděje opravdu není a budu se s tím prostě muset nějak vyrovnat“.* Prožil si zde fázi šoku. *„Nevěděl jsem, co budu dělat se svým novým životem, byl jsem naštvaný a zároveň jsem cítil beznaděj, že mi nikdo nemůže už vrátit ten pocit chodit“.*

V zařízení se mu nakonec tak líbilo, že se nechtěl ani vrátit zpět do svého obydlí. *„Bylo to tam vše upravené pro vozíčkáře a já se bál, že doma to bude složité“.* V zařízení došlo u komunikačního partnera ke smíření s touto tíživou situací poté, co zjistil, že jeho handicap je trvalý. Rozhodl se tedy bojovat a vyrovnat se s tímto postižením. *„Tam jsem pochopil, že jsou na tom ostatní dokonce lépe než já, takže je jasné, že já chodit prostě už nebudu“.* Aktivně se podílel na různých rehabilitačních aktivitách v zařízení, jako je plavání a různé cvičení. *„Najednou jsem neměl čas ani na přemýšlení nad mým postižením, měl jsem tolik aktivit, že na to prostě nebyl čas.“*

Procházel si velkými obavami vztahující se k návratu z rehabilitačního zařízení zpět do jeho místa bydliště. Jeho obavy obsahovaly hlavně strach z reakcí místních obyvatel. *„Měl jsem velké obavy z návratu domů, vždyť najednou přijedu jako kluk na vozíku a všichni se budou ptát, co se stalo“.* Samozřejmě se jeho obavy potvrdily a po návratu domů se nevyhnul zvědavým pohledům obyvatel, tyto pohledy pro něj byly velmi nepříjemné, ale inicioval snahu tuto věc ignorovat a aktivně fungovat. *„Teď už neřeším, jestli se na mě někdo dívá nebo ne, prostě jsem si nějak zvyknul. Zpočátku to pro mne bylo dost nepříjemné a nechtěl jsem ani vylézat z domu“.* V domácím prostředí se aktivně učil sebeobsluze, která obsahovala například to, že účastník musel zvládnout mnoho běžných aktivit v sedavé poloze, být mobilní a invalidní vozíku a fungovat v běžných úkonech. *„Zpočátku to bylo dost obtížné, ale myslím, že jsem si hodně rychle zvyknul. Do toho byla maturita, takže jsem si musel zvyknout“.* (Smích)

Otec informanta mu byl velkou oporou, a to i co se týče studia. Účastník byl ve třetím ročníku střední školy a čtvrtý ročník této střední školy s podporou otce dokončil. *„Bylo toho hrozně moc, takže jsem neměl ani čas přemýšlet nad mým postižením, neměl jsem v tu chvíli ty černé myšlenky a depky“.* Maturitní vysvědčení si už převzal na invalidním

vozíku. „*Cítil jsem se hrozně blbě, skoro všichni na mě hodně koukali, ale já byl hrdý, že jsem to přes to vše zvládl.*“

První prázdniny s tímto handicapem prožíval velmi těžce, cítil se velmi slabý a osamocený. Jak je již zřejmé, procházel si zde krátkodobou fází deprese. „*První prázdniny po úraze byly dost obtížné, měl jsem málo síly, nemohl jsem chodit na brigádu a ani jsem neměl kamarády, ti se na mě prostě vykašlali. Byl jsem z toho dost smutný.*“ Cítil se sám, ale motivovalo ho to k tomu, aby se naučil řídit, zvládl sám přelézat apod. „*Začal jsem hodně cvičit a posilovat, abych měl více síly a cítil se soběstačný.*“ Komunikační partner v rozhovoru také uvedl, že zkrátka nechtěl být nikomu na obtíž a chtěl vše zvládnout sám, stát se soběstačným. „*Prostě jsem nechtěl být na nikom závislý, chtěl jsem si vše udělat a zařídit sám.*“

Otec, mu pomohl se naučit v domácím prostředí soběstačnosti, dostudovat střední školu a dostat se na vysokou školu a vyrovnat se s jeho handicapem. O své staré přátele v průběhu hospitalizace přišel. „*Asi jsem si své minulé kamarády špatně vybral, nebo se jen báli a nevěděli, jak se ke mně chovat.*“ Uvedl, že ho nenavštívili ani jednou, a proto s nimi přerušil kontakt. Velkou oporou mu také byli jeho noví kamarádi a zbytek rodiny. „*Jsem moc rád, že mi pomohlo mé okolí, bez nich bych to takhle dobře nezvládl.*“

Po získání postižení se začal aktivně věnovat rugby vozíčkářů a rozhodl se také založit v Českých Budějovicích kvadru-ragby tým. Má v plánu tímto způsobem motivovat jiné lidi na invalidním vozíku k aktivitě a sportu. Nyní již aktivně vede kvadru-ragby tým a dostudoval vysokou školu. „*Na vysoké škole jsem našel také mnoho nových přátel, zjistil jsem, že je pro mne nejvíce důležitá rodina a přátelé.*“ Ze svého postižení si rád udělá srandu. „*Černý humor rád používám a jsem rád, když lidi kolem sebe rozesměju.*“

4.2 Komunikační partner č. 2

Pohlaví – muž

Věk – 34 let

Narození – rok 1985 v Praze

Volnočasové aktivity – Velmi aktivní ve sportu: fotbal, občas hokej, čas s přáteli, odborné výcviky

Získané zdravotní postižení – spastická kvadruparéza

Informant se obvykle zúčastňoval odborných výcviků a jeden z nich se mu stal osudným. „*To jsem tehdy nevěděl, že tenhle odborný výcvik se mi stane osudným a bude to pro mne poslední úden, kdy se postavím na nohy*“.

Úraz se mu přihodil 4.12. 2001, kdy se opět zúčastnil odborného výcviku, tentokrát na lesnickém učilišti Křivoklát u Písku. „*Pádem ze stromu jsem si poranil krční páteř v oblasti pátého a šestého obratle*“. Z toho dne si pouze pamatuje hrozný zmatek a bolest, kterou cítil. „*Ta bolest byla nesnesitelná, každý pohyb tak neskutečně bolel*“. Byl převezzen do písecké nemocnice a následně byl hospitalizován na dětském ARO ve Fakultní nemocnici Motol v Praze. Následovala operace krční páteře, která podle dotazovaného měla vést k brzkému uzdravení. „*Doufal jsem, že se brzy uzdravím a stihnou program, který jsem měl naplánovaný na nejbližší víkend*“.

S postupem týdnů se začalo ukazovat, že k uzdravení nedojde tak rychle, jak se předpokládalo. Stále věřil a byl si jist, že dojde ke zlepšení jeho zdravotního stavu. „*Pořád jsem si říkal, že to bude dobré, že brzy zase budu fit, v tu chvíli mě nenapadlo ani ve snu, že bych neměl chodit*“. Lékaři ho obeznámili s rizikem, že už nebude moci používat své končetiny, ale on si nechtěl připustit fakt, že by mohlo dojít k trvalému poškození míchy. „*Stále jsem si říkal, že mně se tohle stát nemůže a že určitě budu v pořádku*“. Velkou oporou v těchto chvílích byla komunikačnímu partnerovi rodina a také víra v to, že vše je na dobré cestě. Rodina také věřila, že dojde k brzkému uzdravení dotazovaného.

V prvních měsících po úrazu se potýkal se stavy náhlých přepadů úzkosti, které byly doprovázeny strachem z neúspěšné léčby a se stavy lítosti z jeho tíživé situace. „*Začínal mě přepadat strach z toho, že se nevyléčím, že nebudu moci chodit, velmi často jsem brečel. Bylo mi to lito, a to se střídalo se stavy naděje*“. Procházel si pocity štěstí, při kterých cítil velkou sílu uvnitř sebe bojovat s tímto problémem a velkou radost z každého malého pokroku kupředu. „*At' už to byla chvíle, kdy jsem začal sám dýchat, den, kdy jsem začal kašlat sám, každý přesun na další oddělení, opuštění nemocnice a přesun do lázní, první pohyb palce na pravé ruce a mnoho dalšího*“. Doprovázela ho také velká víra v Boha, a to ho drželo ve velké naději. „*V řa v naší rodině hrála velkou roli*“.

Za svůj úraz nikoho neobviňoval. „*Svůj úraz jsem si způsobil já svou nešikovností, takže ani z objektivního hlediska nebyl důvod hledat vinu v někom jiném*“. V tomto období se potýkal s mnoha pocity, bylo mu velmi líto této skutečnosti, ale nikdy neobviňoval nikoho kolem sebe. „*Obviňoval jsem za své postižení osud, kladl jsem si otázky typu proč*“.

se to stalo zrovna mně, proč jsem lezl zrovna tak špatně na strom, proč jsem se nemohl držet pořádně“. Rodina mu byla v každé chvíli velkou oporou a tuto skutečnost chápali takovou, jak á byla, „*Moji rodiče byli natolik soudní a moudří, že se neuchylovali k obviňování kohokoli, včetně osudu“.*

Zpočátku cítil velký vztek na situaci, která nastala. „*Vztek jsem ventiloval velmi často pláčem, cítil jsem se bez sil a naděje mne pomalu ale jistě opouštěla, měl jsem pocit, že mě nikdo nechápe, že nikdo neví, jak se zrovna teď můžu cítit“.* V tomto období se potýkal s pocitem lítosti z toho, že nemůže být tam, kde chce být, že nemůže vykonávat své běžné aktivity. „*Velmi se mi stýskalo po blízkosti přátel a kamarádky, se kterou jsem chodil do tanečních a dělali jsme velké pokroky. Velmi často jsem snil o tom, jaké by to mohlo být, kdybych vstal z postele, odpojil se od přístrojů a mohl prostě jen tak odejít“.*

„*Vytvářel jsem si představy o tom, co bych mohl dělat, kdybych byl uzdraven, co všechno bych mohl udělat, kdybych věděl, že se tato situace uskuteční“.*

K f ázi sm řu s touto situac íse informant dostal v průběhu léčby, díky vykonávání nových aktivit a pochopen ínov ěho života a jeho následky. Došlo i k aktivnějšímu navštěvování společnosti. „*Dos ěhl jsem sm řu s novým životem tím, že jsem začal dělat nové aktivity“.* Po dvou letech od úrazu započal studium na Obchodní akademii Olgy Havlové (dříve Obchodn íakademie pro tělesně postižené v Janských lázních), zde poznal nové přátele, kteří na tom po zdravotní stránce byli obdobně a měli stejná témata k hovoru, o kter áse mohli navzájem podělit. „*Studium na obchodní akademii mi hodně pomohlo, konečně jsem věděl, že na to nejsem sám“.* Při studiu se začal věnovat i florbalu na elektrických vozících, lize a také organizovat mezinárodní turnaje. „*Díky studiu jsem se začal více věnovat novým zálibám, a to mě posunulo dál“.*

Na střední škole došlo u dotazovaného k vyrovn ání se s jeho postižením. „*Hlavně díky tomu, že jsem s novými přáteli začal opět chodit, tedy jezdit do společnosti, hlavně do hospody, do kina a podobně“.* Toto vyrovnávání zpočátku přicházelo postupně, s nov ými přáteli, aktivitami. Po absolvování střední školy se začal věnovat studiu na vysoké škole, obor počítačová grafika, tomu se věnuje dodnes. Začal také hodně psát poezii. „*Psan ími hodně pomohlo, co se týče vypsání se z mých tehdejších pocitů z nového života s postižením“.*

„Velmi často jsem se potýkal s otázkami, zda mě chce Bůh uzdravit, co je boží vůle pro můj život, ale postupem času jsem svůj přístup k víře změnil“. Získal mnoho nových přátel s tělesným postižením a mnoho z nich se potýkalo s většími problémy. „Pochopil jsem, že jsou na tom někteří lidé mnohem hůře, co se týče tělesného postižení“. „Zjistil jsem, že trápení do života patří a cílem není vyhnout se utrpení, ale v utrpení obstát“.

Komunikační partner si procházel i pocity bezvýchodnosti. Po pobytu v nemocnici pobýval v rehabilitačním ústavu. *„Vždy, když jsem se vrátil na několik týdnů domů, na mě padala velmi často velká bezmoc, chtěl jsem pokroky a ty stále nepřicházely, i na rodinu toho bylo mnoho“.* Jeho starí přátelé se přestávali ozývat, na návštěvy tak často nejezdili

a on se cítil osamocen. *„Cítil jsem se hrozně sám. V počátcích svého postižení jsem se nedostal sám ani k umyvadlu, ani do druhého patra v našem domě. Modlil jsem se, aby mě Bůh vzal k sobě“.* Pro něj byly tyto chvíle jedny z nejtěžších. Vždy, když se vracel na další rehabilitace, kde bylo mnoho dalších v jeho situaci, tak se cítil mnohem lépe.

Po prodělaném úraze se začal věnovat i dalším aktivitám a koníčkům, které ho dovedly ke smíření se s danou situací. Je to již zmiňovaný florbal na elektrických vozících, kterému se dotazovaný věnuje dodnes. Také je předsedou České federace Powerchair Hockey, stará se o organizaci ligové soutěže, provádí propagační kampaň sportu, aj.

Blízké okolí mu bylo velkou oporou. Zpočátku, kdy dotazovaný pobýval na dětském ARO, měl návštěvy každý den. *„Někteří přicházeli s lítostí a mnozí nevěděli, jak mají na můj stav reagovat. Ale i tak se mi všichni snažili být jednoznačně tou nejlepší oporou“.* Postupem času zájem přátel začal utíchat, což dotazovaný chápal. *„Každý máme svůj život“.* Co se týče pomoci, komunikačnímu partnerovi velmi pomohla již zmíněná obchodní akademie v Janských Lázních, kde poznal spoustu nových přátel a začal se zde věnovat novým aktivitám. *„Velmi mi pomohlo také centrum Paraple, které mi pomohlo v těžkých chvílích a také ke zlepšení soběstačnosti – přesuny z vozíku na postel apod. Zažil jsem s nimi i mnoho pěkných chvílí, na které dodnes vzpomínám“.* Pomoc blízkého okolí a odborníků hodnotí velmi kladně. *„Jsem šťastný, že žiji v době a ve společnosti, kde se mi dostalo takové pomoci“.*

4.3 Komunikační partner č. 3

Pohlaví – žena

Věk – 60 let

Narozen í- 1959

Volnočasové aktivity – cestování s přáteli, tanec, malování

Získané zdravotní postižení – slepota následkem získané pigmentózy, vrozený Usherův syndrom

Ve třiceti letech se informantce projevila slepota následkem pigmentózy. Nepatrné problémy se zrakem se začaly vyskytovat ve dvanácti letech, ale tento problém byl vyřešen brýlovou korekcí. Ve třiceti letech ji manžel velmi často upozorňoval, že její pohyby jsou nekoordinované. *„Cítala jsem, že vidím velmi špatně a mám problém s koordinací“*. *„Zašla jsem si k lékaři, který mi oznámil, že přicházím důsledkem pigmentózy o zrak a brzo plně oslepu“*. *„V tu chvíli se mi zhroutil celý svět a nevěděla jsem, co si počnu a kdo mi pomůže v téhle bezvýchodné situaci“*. Komunikační partnerka se s touto situací nedokázala a nechtěla smířit. *„Nevěděla jsem ani, kdy úplně oslepu“*. V následujících pěti letech se onemocnění plně projevilo a jí zbylo pouhých deset procent zraku. V tomto období přišla o manžela, a navíc i o velkou část zraku. *„Cítala jsem se tak bezmocná a už nechybělo k tomu, abych se úplně zhroutila“*. Stále si nedokázala připustit, že o zrak opravdu přišla. *„Ztratila jsem veškerý přísun k informacím a také jsem přišla o velkou část soběstačnosti“*.

Zpočátku se učila různými způsoby naučit ve svém obydlí aktivně fungovat. Velkou oporou v tomto období byla její vnučka, která se o ni starala a pomáhala jí se soběstačností. V tomto období si procházela těžkými depresemi, stavy úzkosti a bezmoci. *„Byly dny, kdy jsem nechtěla vylézt z postele, pořád jsem brečela a byla jsem zoufalá, nevěděla jsem, co si se sebou počnu. Došlo to až do fáze, kdy jsem musela docházet ke klinické únu neuropsychologovi, ke kterému chodím dodnes“*.

„Vinila jsem a viním pouze osud za to, že mi vzal i zrak. Když jsem se potýkala se stavy úzkosti, tak jsem hodně vinila i lékaře, kteří na to nepřišli dřív, protože by se s tím možná mohlo něco ještě udělat, aby nedošlo k tak brzké ztrátě zraku.“ V té době si také

procházela pocity závidění vůči ostatním, kteří vidí a slyší. „*Jediné co bylo mé velké plus bylo to, že jsem uměla odezírat a měla ještě těch 10 procent zraku*“.

Měla velké pocity vzteku. „*Byla jsem velmi plačtivá a agresivní vůči své rodině a blízkým přátelům*“. „*Potýkala jsem se i se stavy naštvanosti vůči tomu, že musím být neustále na někom závislá*.“ Musela využívat neustále doprovody své vnučky nebo dobrovolníků z organizace Okamžik. V té době trpěla velkými depresemi, měla i suicidální myšlenky, na základě, kterých musela docházet častěji ke svému neuropsychologovi. „*Velmi často jsem přemýšlela nad tím, že chci z tohoto světa pryč*“.

Informantce velmi pomáhala přítomnost vnučky a doprovody za asistence dobrovolníků z organizace Okamžik. „*Na doporučení psychologa jsem se snažila trávit více času procházkami a aktivitami, i když to pro mne zpočátku bylo velmi těžké*“. Přibližně po roce od určení diagnózy si začala uvědomovat, že se s tímto postižením musí smířit a začít žít. „*Uvědomila jsem si, že to takhle nejde a že musím začít fungovat a užívat si každý den*“. Začala se více věnovat novým aktivitám jako byl tanec, malování cestování. Navštěvovala organizaci Lorm, kde získala nové známosti, přátele se kterými jezdí na výlety a na dovolené a kteří jí pomohli zlepšit její psychický stav. „*Uvědomila jsem si, že musím žít přítomností a nemyslet na to, co bude*“. „*Je třeba si důvěřovat, abych nepropadala depresi*“.

Ve fázi smíření se začala plně aktivně zapojovat do Klubu přátel červenobílé hole. Přihlásila se na plno kurzů, které vždy úspěšně absolvovala. Třetím rokem se učí Braillovo písmo a snaží se si užít každý den. „*Užívám si každý den, protože brzo neuvidím a neuslyším vůbec nic a potom půjdu do pečovatelské služby*“. Absolvovala kurz pracovníka v sociálních službách, může se tomu věnovat ale pouze teoreticky. Momentálně se schází i s novým přítelem, se kterým je spokojená, ale nežijí spolu. „*S tím se nedá smířit, s tím se dá naučit žít*“.

Velice ji podporuje její rodina. „*Vnučka je se mnou pořád, dojíždí za mnou a doprovází mě na místa, kam potřebuji. Jsem jí velmi vděčná*“. Také využívá pomoc dobrovolníků z organizace Okamžik. Využívá i pomoc psychologa a psychiatra, díky kterým se dostala z depresí Pomáhá jí také internet, pomocí jehož může zjistit, jaké je venku počasí a další důležité informace. „*Všude s sebou nosím tablet s internetem, protože ten je pro mne velký rádce*“.

4.4 Komunikační partner č. 4

Pohlaví – žena

Věk – 45 let

Narozen – 1974

Volnočasové aktivity – plavání a procházky

Získané zdravotní postižení – slepota následkem cukrovky (diabetes mellitus)

Získaná slepota se u komunikační partnerky projevila vlivem cukrovky ve 26 letech. Již v deseti letech u ní došlo ke zhoršení zraku a k získání velmi silných dioptrií. *„Cukrovku mi diagnostikovali v mých dvanácti letech a mnohokrát mě upozorňovali na fakt, že toto onemocnění může doprovázet i řada dalších problémů, a jeden z nich byla ztráta zraku“*. V té době informantku nenapadlo, že se slova doktorů opravdu jednou vyplní. Jednoho dne, když se věnovala obvyklé práci doma, náhle přestala vidět na levé oko. V tom okamžiku začala panikařit a byla ve velkém šoku, kdy ustavičně plakala. *„Byla jsem v naprostém šoku, neustále jsem brečela a měla strach, co se mnou bude“*. Volala okamžitě příteli, aby jí umožnil odvoz do nemocnice, kde po mnoha vyšetřeních zjistili, že došlo k celkovému přerušení nervu v postiženém oku a podle lékařů byla velká pravděpodobnost, že přijde o zrak i na druhém oku. V ten den se jí zcela zhroutil svět a nevěděla, co s ní bude. *„Po tom, co mi řekli, že se mi přerušil nerv a je jen otázka času, kdy přijdu zcela o zrak, jsem byla v tak velkém šoku, že jsem nemohla přestat brečet“*. Byla ponechána v nemocnici na pár dní na pozorování a během těchto dnů došlo k poškození nervu na druhém oku. *„Z nemocnice jsem odcházela zcela bez zraku a pohlcena ve tmě“*.

Po stanovení diagnózy se s danou situací vyrovnávala velmi těžce. *„Každou noc v nemocnici jsem se budila a říkala jsem si, že to je jen pouhý sen, že se ráno probudím a bude to dobré“*. Neustále se potýkala se záchvaty breku, nespavosti a po přechodu do domácího prostředí si procházela velkými pocity zoufalství. *„Trpěla jsem velkými stavy deprese a bezmoci. Měla jsem pocit, že mě nikdo nechápe a že to nemůžu ani nikomu říct, věděl to pouze přítel a rodina, kteří mne velmi litovali, a to mi vůbec nepomáhalo“*. Velmi často si nechtěla připustit danou situaci a věřila tomu, že se jí brzy zrak vrátí a uvidí, tak jako doposud. *„Některé dny jsem ustavičně plakala a záviděla všem, kteří mohou vidět.“* Občas svou rodinu a přítele přesvědčovala o tom, že brzy uvidí a nechápala, proč jí přesvědčují o tom, že tento stav je trvalý. *„Bylo to jako na*

horské dráze, některé dny jsem věřila, že ještě uvidím a další dny mi pomalu docházelo, že se tomu tak nestane“.

Své okolí za své postižení nevinila. *„Nemohla jsem nikoho vinit, vždyť za to nikdo nemohl. Vinila jsem pouze svou nemoc a možná i částečně osud.“* Procházela si v té době velkými depresemi, stavy bezmoci a chvillemi, kdy se u ní vyskytovaly i suicidální myšlenky. *„Byly chvíle, kdy jsem nechtěla žít ve tmě, chtěla jsem prostě odejít“.*

Po propuštění z nemocnice nevěděla, jak ventilovat svůj vztek, nemohla na nikoho být naštvaná, protože za situaci nikdo nemohl. *„Byla jsem hodně agresivní a asi nejvíce vůči svému příteli, který při mně po celou tu dobu stál“.* Když se jí něco nepodařilo, tak reagovala záchvaty breku a křiku hlavně na svého přítele. *„Nechtěla jsem se s nikým bavit, protože mě nikdo nechápal. Musela jsem se učit vše nanovo, cestu do obchodu jsem se musela naučit, trvala mi najednou dvakrát tak dýl, než když jsem viděla“.* Procházela si i stavy zoufalství ve kterých se nedokázala orientovat v prostředí, nevěděla, na koho se obrátit nebo kde sehnat kompenzační pomůcky. *„Byla jsem hrozně zoufalá, pořád mi něco padalo nebo jsem neustále něco hledala, do všeho jsem narážela, nemohla jsem v podstatě bez doprovodu nikam jít“.* V té době musela navštívit psychologa a psychiatra, i když ustavičně odmítala. *„Bylo to opravdu hrozné období, to bych nepřála ani tomu největšímu nepříteli“.* Dotazovaná očekávala větší pomoc od psychologa a psychiatra, podle jejich slov jí nepomohli, tak jak by očekávala.

Dotazovaná si v té době kladla mnoho otázek a stále velmi často doufala, že se ráno probudí a znovu se podívá na svět. Také vyhledávala mnoho zázračných léků a bylin, které by jí pomohly ji pomohli v její tíživé situaci. *„Byla jsem naivní, našla jsem na internetu mnoho bylin a léčitelů, kteří vysvětlovali, že je možné znovu opět alespoň částečně vidět a já jsem tomu v té chvíli věřila, přemlouvala jsem osud, ať se probudím a uvidím a ptala jsem se sama sebe, proč se to děje zrovna mě, že jsem ještě mladá a musím si ještě užít života, který není ve tmě“.*

„Nechtěla jsem s nikým mluvit, svému okolí jsem hrozně záviděla, že mohou vidět ten svět kolem sebe.“ Měla pocit, že celá její situace je bezvýchodná, že to nezvládne. Stále se potýkala se stavy deprese, mnohokrát měla velké záchvaty breku a agresivity vůči svému příteli. *„Neustále jsem na něj křičela, pak jsem plakala a takhle pořád dokola“.* Už v té době navštěvovala psychiatra a psychologa, ale trvalo velmi dlouho, než se její stav uklidnil.

Na otázku „Jak jste se smířila s touto situací?“ dotazovaná odpověděla „S danou situací se nejde smířit, spíš jsem se naučila si na svůj handicap zvyknout, zvykat si na nový život ve tmě“. Věděla, že při ní stojí rodina a přítel a že kvůli nim to musí zvládnout.

„Potřebovala jsem neustále doprovod a cítila jsem se velmi nesoběstačná. V průběhu celého roku mě musel přítel doprovázet všude a já mu byla moc vděčná, i když to tak občas nevypadalo“. Přítel dotazované pomohl vyhledat určité aktivity, protože v té době nechtěla dělat nic smysluplného. Jednou z aktivit, kterou si tehdy velmi oblíbila, bylo plavání, které poskytovalo pro zrakově postižené Pražské centrum zrakově postižených plavců. „Díky plavání jsem se dokázala krásně odreagovat a prostě nemyslet na to všechno kolem“. Na plavání si našla mnoho přátel, díky kterým se začala cítit lépe. Začala více chodit do společnosti s novými přáteli za asistence doprovodu od SPOLUMAT.

V okolí dotazované měla velkou oporu, a to hlavně v rodině, přátelích a příteli. „Rodina i přátelé mne velmi často navštěvovali doma, i když občas nevěděli, jak se mnou komunikovat“. Přítel byl dotazované velkou oporou, díky kterému se dokázala rychleji osamostatnit, například pomáhal dotazované naučit se dojíždět do obchodu, doprovázel ji, kam potřebovala. „Přátelé mne velmi často litovali, hodně mě to rozčilovalo, potřebovala jsem od nich tehdy více vcítění se do mé situace, a ne lhostejnosti. Nechtěla jsem si připadat jako chudák“. Její matka stav dotazované nesla velmi špatně „Chtěla jsem od ní podporu a spíše jsem utěšovala já ji“. Dotazovaná také využila pomoc psychologa a psychiatra, tato pomoc byla v její situaci nezbytná. Také využívala doprovody od SPOLUMAT poradenství zprostředkované organizací OKAMŽIK. „Jsem velmi vděčná za pomoc, kterou mi poskytli. Jsem ráda, že žiji v době, ve které je poskytována taková pomoc“.

4.5 Analýza výsledků výzkumu

Všichni komunikační partneři si prošli fází popírání, ve které popírali své postižení. Nechtěli se zpočátku smířit se skutečností, že jejich postižení je trvalé. Každý z účastníků si touto fází procházel individuálním časovým rozmezím (různě dlouho). Každý z účastníků si v této fázi kladl typické otázky pro danou fázi: tohle se přeci nemůže dít mně, o zrak nemůžu přeci přijít, probudím se a bude to dobré, z nemocnice odejdu po svých. Následně si všichni komunikační partneři procházeli fází hněvu a agrese. Každý ze zúčastněných si v této fázi procházel jinými projevy emocí. Někteří vyjadřovali své emoce pláčem, agresivitou, či křikem vůči svým blízkým, měli vztek na svůj osud, či lékaře nebo své přátele. Většina komunikačních partnerů nesla velmi těžce závislost na svém blízkém okolí, kterou jim přinesl jejich handicap.

Pouze jedna komunikační partnerka si prošla i fází smlouvání, ve které vyhledávala alternativní metody léčby, konkrétně určité byliny, které svými účinky slibovaly zlepšení jejího stavu.

Veškeré zúčastněné osoby si prošly fází deprese. Dva ze zúčastněných se dostali do fáze deprese v období rehabilitace. U všech osob se tato fáze projevovala pasivitou vůči různým aktivitám a svému okolí. Tři z těchto osob si procházeli suicidálními myšlenkami projevující se pocitem prázdnoty, nechutí k životu, myšlenkami na smrt a prosbami Boha o pomoc. Dvě zúčastněné musely v této fázi vyhledat odbornou pomoc, kterou pouze jedna osoba hodnotí kladně.

Do fáze smíření se dostali pouze dva komunikační partneři za pomoci nových přátel. Pouze u jednoho došlo ke smíření díky rehabilitačnímu zařízení, u druhého účastníka došlo ke smíření při studiu na obchodní akademii pro osoby s tělesným postižením. Ke smíření u každého došlo individuálně po jiném časovém rozmezí. Daná fáze vedla oba komunikační partnery k aktivnímu zlepšení jejich stavu. Naopak dvě zúčastněné osoby se do této fáze nedostaly, v rozhovorech uvedly, že se s touto situací nelze smířit, pouze si na ni zvyknout.

Do opakované fáze deprese se následně dostal pouze jeden komunikační partner vlivem svého okolí po návratu do domácího prostředí. Tato fáze mu pomohla v následném aktivnějším rozvíjení jeho soběstačnosti.

Své postižení pouze dva komunikační partneři kompenzovali prostřednictvím pozitivní kompenzace, která se projevovala aktivním založením sportovního týmu, či aktivní účastí v florbalovém sportu pro vozíčkáře.

Každá ze zúčastněných osob využila laickou pomoc prostřednictvím svých přátel, rodiny nebo životních partnerů. Jedné z osob pomohla v úvodu v Boha. Pouze jedna zúčastněná hodnotí negativně pomoc své rodiny, konkrétně své matky. Tři komunikační partneři využili odbornou pomoc prostřednictvím psychologa, psychiatra, neuropsychologa či organizace, která těmto osobám poskytuje odbornou pomoc a doprovody dobrovolníků. Pouze jeden z komunikačních partnerů hodnotí tuto pomoc negativně.

Rozhovory se všemi komunikačními partnery proběhly v klidném a přirozeném prostředí účastníků. Všichni komunikační partneři na všechny dotazy plně odpověděli. Pouze u jedné komunikační partnerky bylo nutné položit doplňující otázky.

5 Diskuze

Každý jedinec reaguje na získané zdravotní postižení individuálně, proto je zde důležité pamatovat na individualitu. Zdravotní postižení zasahuje nejen jedince, ale i jeho blízké okolí

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak se jedinci se získaným zdravotním postižením vyrovnávají. Dílčím cílem následně bylo zjistit, zda se jedinci v průběhu vyrovnávání se s tíživou situací využili odbornou či laickou pomoc. Na základě těchto cílů došlo k oslovení čtyř osob se získaným zdravotním postižením. Otázky byly rozděleny do dvou částí: „Jakým způsobem se dotazovaní vyrovnávali se získaným zdravotním postižením“ a druhá část se vztahovala k otázce: „Jakou pomoc vyhledali, odbornou či laickou, v řešení své závažné životní situace“.

V práci je uvedeno celkem šest modelů psychické krize dle odlišných autorů, kteří se navzájem doplňují a inspirují. Za nejdůležitější model je možné uvést model Elisabeth Kübler-Rossové. Dle uvedeného modelu se inspirují další autoři, kteří se zabývají problematikou psychické krize.

Špatenková a kol. (2017) se zmiňuje o tom, že každá osoba se s krizí vyrovnává jiným způsobem, záleží na jeho osobnosti, jeho zkušenostech a vlastnostech. Práce dle získaných informací z rozhovorů s komunikačními partnery tento fakt potvrzuje. Každý z komunikačních partnerů na své získané zdravotní postižení reagoval jiným způsobem, v jiném časovém rozmezí a na základě zkušeností, které v životě získal. Prvnímu účastníkovi se úraz přihodil v jeho osmnácti letech a od dětství byl veden k cílevědomosti, proto na své postižení reagoval s větším rozhodnutím bojovat, vyplývá i z uvedené citace dotazovaného „*Začal jsem hodně cvičit a posilovat, abych měl víc síly a cítil se soběstačný*“. Naopak u komunikační partnerky č. 4, která své získané postižení nesla velmi těžce. Potýkala se s častými stavy deprese, záchvaty breku a agresivity vůči svému okolí. Jde tu také o to, o jaký typ postižení se jedná a jaká je závažnost. Práce zde pouze poukazuje na tomto příkladu, že jde opravdu o individuální reakce jedince.

Nováková (2015) ve svém modelu zmiňuje, že doba trvání vyrovnávání se s tíživou situací je u každého individuální. Uvedený fakt souhlasí s komunikačním partnerem č. 1, který se s tíživou životní situací vyrovnával přes půl roku, na rozdíl od komunikačního partnera č.2, který se s touto situací vyrovnával v šesti jak rok.

Nováková (2015) také uvádí, že velkou roli ve vyrovnávání se s tíživou životní situací hraje prostředí, ve kterém jedinec žije. Uvedený vzržen í potvrzuje komunikační partnerka č. 3, která má vnučku a ta jí pomáhá v mnoha ohledech, jako jsou například doprovody na různé akce, úřady apod. Vnučka u ní ale není vždy, a proto si musí často pomoci sama, což pro účastnici bylo velmi složité. Komunikační partner č. 2 měl po celou dobu vyrovnávání se se svým postižením u sebe své blízké, kteří ho neustále podporovali, a to na něj mělo velký vliv. U komunikační partnerky č. 4 byl velkou oporou její přítel, ale velký vliv na ní měla i rodina a přátelé, a to spíše negativně. Byla pod tlakem i fosti svého okolí a to ji vedlo k větším pocitům zoufalství. Komunikační partner č. 1 měl velkou oporu ve svém otci, bez kterého, jak uvedl, by nebyl tam, kde je. Otec mu velmi pomohl v oblasti sebeobsluhy, se školními povinnostmi apod.

Kopecká (2015) uvedla, že jedinec v krizi si prochází velmi stresovou situací ve které nejsou přítomny pozitivní emoce. Ale takové negativní emoce mohou vést k posílení jedince v jeho dalším jednání. To potvrzuje rozhovor s komunikačním partnerem č. 1, kterému získané postižení pozitivně pomohlo v cestě k dospělosti a k založení kvadru ragby týmu, díky kterému tak pomohl aktivizovat osoby se zdravotním postižením ve svém okolí. Komunikační partnerce č. 3 tato skutečnost pozitivně pomohla ve změně pohledu na svět. „*Užívám si každý den, protože brzo neuvidím a neuslyším vůbec nic*“.

Nováková (2015) se také zmiňuje o nevhodném zvládnání nově vzniklé situace. Jedinec vyjadřuje své smíšené pocity agresivním chováním, neustále se mu mění nálady a velmi často srovnává dobu před postižením s aktuálním stavem. Uvedený fakt lze přiřadit ke komunikační partnerce č. 4, která reagovala velmi často agresivním chováním, to se projevovalo častým křikem na své okolí, zejména na svého přítele. Informantce se často měnily nálady, některé dny byla plná odhodlání a naděje, kdy věřila, že může postupem času alespoň trochu vidět, naopak následující dny reagovala častými záchvaty breku a agrese doprovázené pocitem bezmocnosti.

G. Caplan (1964) definoval čtyři fáze vyrovnávání se s krizovou situací. Jde o krátkodobé zvýšení napětí, plně uvědomované napětí – zvýšení napětí – úzkost a nepohoda – další zvýšení napětí, dezorganizace, krize. Uvedené fáze se objevují u komunikačního partnera číslo 2. Ke krátkodobému zvýšení napětí lze charakterizovat chvíli, kdy se dozvěděl o svém postižení a o rizicích, které toto postižení budou doprovázet. Následně se zde objevila i další fáze zvýšení napětí, ve které docházelo k většímu uvědomování si svého

postížení a jeho následků a poté docházelo k úzkosti a nepohodě, která se projevovala prostřednictvím úzkostných stavů, emocionálních projevů apod.

E.K. Rossová ve svém modelu uvádí fázi šokovou, u které dle Paulíka (2017) dochází k tzv. odmítnutí reality. Situace nastala u všech dotazovaných. Dle Paulíka (2017) je důležité, aby jedince nikdo nepřesvědčoval o jiném tvrzení. Uvedený fakt se potvrdil u komunikačního partnera č. 2, kdy i rodina věřila spolu s dotazovaným v brzké uzdravení a nepřesvědčovali jedince o opaku. U komunikační partnerky č. 4 došlo ve fázi šoku k tomu, že své okolí přesvědčovala o tom, že se v brzké době uzdraví. Zde ji její okolí přesvědčovalo o opaku, což dotazovaná nezlepšilo její situaci a upadala do hlubších depresivních stavů.

Špatenková a kol. (2017) se s fázemi E. K. Rossové ztotožňuje, pouze tyto fáze jinak pojmenovává G. Caplan (1964) vychází z modelu E. K. Rossové, proto je zřejmé, že model E.K. Rossové je nejdůležitějším modelem, ze kterého čerpají různí autoři těchto modelů psychické krize.

Kopecká (2015) se zmiňuje o osmi Tobinových základních copingových strategiích. U komunikačního partnera č. 2 docházelo velmi intenzivně ke copingové strategii nazvané jako vyjádření emocí. Informant své emoce vyjadřoval velmi často pláčem v situacích, kdy měl velký strach, že nebude moci chodit a steskem po svém bývalém životě, který vyjadřoval pláčem. Následně se uvedené stavy střídaly s pocity štěstí z každého dalšího pokroku. Jedinec měl v těchto chvílích velké pocity naděje a sílu bojovat. Komunikační partnerka č. 4 své emoce velmi často ventilovala pláčem a křikem vůči svému příteli a okolí, a to v situacích, kdy se cítila plně bezmocná a zoufalá z učení se novým úkonům v sebeobsluze. Často plakala ze zoufalství a strachu, co bude s jejím životem.

U jedinců se uplatnila copingová strategie vyhledávání sociální opory, ve které se dotazovaní snažili v určitých chvílích vyhledat blízkou osobu, které by se mohli svěřit. Komunikační partner č. 1 měl ve svém blízkém okolí sociální oporu poskytovanou zejména od otce. Otec mu byl velkou oporou, pomohl mu s vyrovnáním se s tíživou situací, následně i se studiem a bojem se získaným zdravotním postižením. Komunikační partner č. 2 měl sociální oporu od své rodiny a nově získaných přátel. Rodina ho podporovala po celou dobu vyrovnávání se s danou situací. Ale největší pomoc mu poskytli nově získaní přátelé, kteří byli v obdobné situaci. Komunikační partnerka č. 3

získala sociální oporu ve své vnučce, která informantce poskytuje doprovody na různé akce. Dotazovaná Komunikační partnerka č. 4 má oporu ve svém příteli, který ji pomáhal neustále se všemi potřebnými věcmi a také se snažil být informantce nabídkou, co se týká emocí a stránky věci.

V copingové strategii úniku do fantazie komunikační partnerka č. 4 zpočátku velmi často nevěřila situaci, ve které se právě nachází. Neustále samu sebe přesvědčovala o tom, že brzy uvidí. Také se u účastníků projevil obranný mechanismus sociální izolace, kdy se daný jedinec izoloval od společnosti a snažil se řešit svůj problém sám. Uvedené vyrovnávání se s tíživou situací se projevilo u komunikačního partnera č. 1 ve chvíli, kdy byl účastník v domácí péči a snažil se ne být na nikom závislý tím, že cvičil a neustále se věnoval aktivitám, které by ho mohly posunout blíže k soběstačnosti.

Novák (2013) uvádí obranné mechanismy jako zcela přirozené. S autorem tato bakalářská práce zcela souhlasí a potvrzuje tento výrok v tom, že všem účastníkům tyto obranné mechanismy zcela přirozeně pomohly a zcela přirozeně se objevily. Novák (2013) zde uvádí projekci. Projekce se projevila u komunikační partnerky č. 4, kdy své negativní myšlenky projektovala na druhé, zejména na svého přítele. Projekce je zde zřejmá z výroku dotazované „*Neustále jsem na svého přítele křičela a do toho plakala*“. Také se zde objevuje útek do fantazie. Uvedený obranný mechanismus se projevuje u komunikačního partnera č. 1, kdy si představoval odchod z nemocnice po svých. U komunikačního partnera č. 2, který si představoval, jak se bude moci odpojit od přístrojů a odejít z nemocničního lůžka. U komunikační partnerky č. 4, která se každý den budila a představovala si, jak opět vidí svět kolem sebe, to doprovázela velmi častá nespavost.

Špatenková a kol. (2017) se zmiňuje o neodborné pomoci v krizi, do které je zahrnuta svépomoc a vzájemnou pomoc. Jak je z rozhovorů zřejmé, svépomoc využili všichni účastníci prostřednictvím obranných mechanismů, o kterých se autorka zmiňuje.

Špatenková a kol. (2017) uvádí vzájemnou pomoc, kterou využili všichni účastníci. Může mít pozitivní charakter, ale také negativní. Negativní charakter se objevuje u matky komunikační partnerky č. 4, která reagovala velmi plačtivě a účastníci litovala, to vedlo ke zhoršení jejího stavu. Lze souhlasit se Špatenkovou a kol. (2017) v tom, že je důležité, aby měl jedinec kolem sebe v dané tíživé situaci své blízké okolí. Všichni účastníci tento fakt v jednotlivých rozhovorech potvrzují. Každý z jedinců měl ve svém okolí podporu blízkých přátel, rodiny, partnerů apod.

Většina účastníků využila odbornou pomoc. Komunikační partner č. 1 využil pouze laickou pomoc v podobě svého otce, který mu se vším pomohl, následně v podobě nově získaných přátel, odbornou pomoc pouze prostřednictvím rehabilitačního ústavu, psychologickou ani psychiatrickou pomoc nevyužil. Komunikační partner č. 2 využil také pouze laickou pomoc, a to zejména skrze blízké přátel a rodiny, která mu byla po celou dobu velkou oporou. Komunikační partnerky č. 3 a č. 4 využila odbornou i laickou pomoc. Odbornou pomoc využily prostřednictvím psychologa a psychiatra. Komunikační partnerka č. 3 využila pomoc prostřednictvím neuropsychologa a pouze ona hodnotila tuto pomoc jako kladnou. Komunikační partnerka č. 4 pomoc nehodnotí kladně, v rozhovoru uvedla, že očekávala více podpory od odborníků. Daná skutečnost může být obecně vysvětlena tím, že se účastníci raději svěřili svým blízkým, kterým důvěřovali než odborníkům, u kterých si získávali důvěru delší dobu.

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že se se svým postižením všichni účastníci dokázali v určité míře smířit. Pouze komunikační partnerky č. 3 a 4 se se svým postižením zcela nesmířily a v rozhovoru uvedly, že se s daným postižením nedá zcela smířit, pouze naučit žít. Výsledky tohoto výzkumu potvrdily, že zdravotní postižení je velmi těžká životní situace a je složité se s touto situací zcela smířit a naučit žít. Práce potvrzuje i výrok Caplana (1964), který se o krizi vyjadřuje jako o těžko překonatelném a nesitelném problému. Je zde důležité zmínit a potvrdit tvrzení Cimrmanové (2013), která uvádí, že vlivem krize může dojít k nalezení nového smyslu života. Tři z účastníků našli novou životní cestu, díky které se posunuli dál.

Dalším významným faktem je, že limitujícím jevem v této bakalářské práci byl velmi odlišný výzkumný soubor, který měl zcela odlišné znaky, co se týče věku, postižení a dalších parametrů. Je možné, že pokud by měl výzkumný soubor více společných znaků, že by došlo k lepšímu vyvození závěrů. Je důležité, že každý jedinec měl zcela jiné vlastnosti a zkušenosti v životě, proto se každý odlišně vyrovnával se svým získaným postižením. Bylo velmi náročné s komunikačními partnery vést rozhovor, zejména tedy s komunikační partnerkou s kombinovaným zdravotním postižením. V rozhovorech bylo klíčové vypěstovat si důvěru, kterou ovšem nebylo snadné v tak krátkém čase získat.

6 Závěr

Téma této bakalářské práce najde jistě uplatnění v mnoha směrech. Například v oblasti sociální práce, psychologie, zdravotnictví aj. Práce by mohla být vhodným informačním materiálem pro osoby se získaným zdravotním postižením či pro blízké těchto osob.

Teoretická část je zaměřena na přiblížení problematiky zdravotního postižení. Zaměřuje se na vysvětlení pojmu zdravotního postižení dle různých autorů, kteří se tímto pojmem zabývají, obsahuje také typologii zdravotního postižení, pojmy vrozené a získané zdravotní postižení a následné dělení zdravotních postižení. Dále se zaměřuje na pojetí psychické krize, přiblížení tohoto pojmu a jeho následné dělení. Zabývá se rovněž zvládnutím nepříznivé životní situace a obrannými mechanismy a taktéž se věnuje modelům psychické krize. Závěrečná část práce je věnována neodborné a odborné pomoci v krizi.

Výzkumná část je zaměřena na cíl práce a výzkumné otázky, metodiku, charakteristiku komunikačních partnerů a výsledky výzkumu, tedy samotné rozhovory. Ve výzkumné části byl uveden jeden hlavní cíl: „Popsat, jak se jedinci se získaným zdravotním postižením vyrovnávají“. Dále je dílčím cílem této výzkumné části „Zjistit, zda se jedinci v průběhu vyrovnávání se s tíživou situací využili odbornou či laickou pomoc“. Na hlavní výzkumnou otázku bylo z polostrukturovaného rozhovoru zjištěno, že každý jedinec je individuální, a proto nelze obecně shrnout jediný výsledek. Z rozhovorů bylo zjištěno a pak také potvrzeno, že komunikační partneři se s daným problémem vyrovnávali různými způsoby. U každého z jedinců bylo zjištěno, jak se s danou situací vyrovnal za pomoci doplňujících otázek k rozhovoru (viz příloha 4). Je tedy zřejmé, že každá osoba je osobou individuální a jedinečnou. Lze pokládat za fakt, že u každého z komunikačních partnerů se objevila fáze šoku a určitého smíření s danou situací.

V rámci dílčího cíle bylo zjištěno, že každý z účastníků využil laickou pomoc, což se týče emocionální podpory a pomoci od přátel, rodiny, partnerů a podobně. U komunikačních partnerů č. 3 a č. 4 byla využita odborná pomoc formou psychologa a psychiatra.

U těchto rozhovorů s účastníky bylo nezbytné vybudovat vzájemnou důvěru. Po získání této důvěry byly rozhovory příjemnější a jedinci působili uvolněnějším dojmem. Někteří z komunikačních partnerů měli zpočátku obavy a o dané situaci se nechtěli vyjadřovat

obšírněji. V průběhu rozhovoru pomocí doplňujících otázek byly získány potřebné informace a dotazovaní tyto otázky rádi zodpověděli.

Dle mého mínění stanovené cíle byly naplněny a zjištěny. Výsledky této práce mohou být vhodné pro studenty psychologie, zdravotnických předmětů či sociální práce. Také by mohla být tato práce vhodná pro pracovníky organizací zaměřujících se na zdravotní postižení.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BLATNÝ, M. (ed.), 2017. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum. 292 s. ISBN 978-80-246-3524-8.
2. BURNS, T., LUNDGREN-BURNS, E. (eds.), 2015. *Psychotherapy: A Very Short Introduction*. Velká Británie: Oxford university press, ISBN 978-0-19-968936-1.
3. CAPLAN, G., 2017. Principles of preventive psychiatry. In: ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada Publishing a.s., s. 11., ISBN 978-80-247-5327-0.
4. CIMRMANOVÁ, T. a kol., 2013. *Krize a význam pom. Prvního kontaktu*. Praha: Karolinum, 200 s., ISBN 978-80-246-2205-7.
5. CRESWELL, J., W., 2016. Kvalitativní výzkum. In: HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
6. DUŠEK, K., PROCHÁZKOVÁ – VEČEŘOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 648 s., ISBN 978-80-2474-826-9.
7. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika*. 1. vyd., Praha: Triton s.r.o. 205 s., ISBN 978-80-7387-014-0.
8. GELBARD, F. 2017. *Psychoanalytic Defense Mechanism in Cognitive Multi-Agent Systems*. Routledge. 200 s., ISBN 978-13-5186-768-9.
9. GRUBER, H., LENDL, V. 2004. 2. vyd. *Allgemeine Sonderpädagogik: Grundlagen des Unterrichts für Schüler mit Schulschwierigkeiten und Behinderungen: ein Studien – und Arbeitsbuch*. Wien: Verlag Jugend & Volk Ges.m.b.H., 255 s., ISBN 3-7100-0706-2.

10. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psycholog slovník*. 3. vyd. Praha: Portál. 776 s., ISBN 978-80-262-0873-0.
11. HÁDKOVÁ, K., 2016. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 302 s., ISBN 978-80-7290-619-2.
12. HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd., Praha: Portál. 438 s., ISBN 978-80-262-0982-9.
13. HEŘMÁNKOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing., 200 s., ISBN 978-80-247-3469-9.
14. JEDLIČKA, R., KOŤA, J., SLAVÍK, J., 2018. *Pedagogická psychologie pro učitele: Psychologie ve výchově a vzdělávání*. Praha: Grada Publishing, 528 s., ISBN 978-80-271-0586-1.
15. KLENKOVÁ, J., BOČKOVÁ, B., BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2012. *Kapitoly pro studenty logopedie*. Praha: Karolinum. 103 s., ISBN 978-80-7315-229-1.
16. KNOTOVÁ, D. a kol., 2014. *Školní poradenství*. Praha: Grada Publishing a.s., 264 s., ISBN 978-80-247-4502-2.
17. KOČOVÁ, H. a kol., 2017. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada Publishing a.s., 352 s., ISBN 978-80-247-5705-6.
18. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl*. 3. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 264 (8) s., ISBN 978-80-247-3877-2.
19. KRHUTOVÁ, L. 2013. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Ostrava: Albert. 243 s., ISBN 978-80-7326-232-7.
20. KROUPOVÁ, K. a kol., 2016. *Slovník speciálně pedagogické terminologie*: Praha: Grada Publishing a.s., 328 s., ISBN 978-80-271-9345-5.

21. LAZARUS, R., S., FOLKMAN, S., 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. 2. vyd. Springer Publishing Company, 456 s., ISBN 0-8261-4191-9.
22. MARTINS, E., 2019. *Consciential Hygiene: Regaining Homeostasis in the Consciential Microuniverse*. Braz íie: Editares. 384 s., ISBN 978-85-8477-116-5.
23. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*, 2008. [online]. ÚZIS. [cit. 2019-06-16]. Dostupn é z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkf-mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi>
24. MICHAL Ā, J. a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Port á. 511 s., ISBN 978-80-7367-859-3.
25. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologick é n v ýzkumu*. Praha: Grada Publishing, 332 s., ISBN 80-247-1362-4.
26. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 2. d í*. Praha: Grada Publishing, 320(4) s., ISBN 978-80-247-3185-8.
27. MRÁZOVÁ, E., 2017. *Kapitoly ze speci á n í pedagogiky*. [online] In: *EUROINSTITUT: vzděláváním proti handicapu* [cit. 2019-05-28]. Dostupn é z: <http://www.euroinstitut.cz/skolska-zarizeni/specialni-pedagogika/>
28. MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada Publishing a.s., 128 s., ISBN 978-80-247-5034-7.
29. MÜLLER, O. (eds.), a kol. 2014. *Terapie ve speci á n í pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 512 s., ISBN 978-80-247-4172-7.
30. NOVÁK, T., 2013. *Pozitivně na manželství*. Praha: Grada Publishing. 144 s., ISBN 978-80-2474-645-6.
31. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotn í nauka 2. d í*. Praha: Grada Publishing a.s., 208 s., ISBN 978-80-247-3709-6.

32. NYKL, L., 2012. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: Přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada Publishing, 184 s., ISBN 978-80-247-4055-3.
33. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 368 s., ISBN 978-80-247-5646-2.
34. PETR, T., MARKOVÁ, E. a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing a.s., 296 s., ISBN 978-80-247-4236-6.
35. PFEIFFER, D., (2013) The conceptualization of disability. In KRHUTOVÁ, L. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*, Ostrava: Albert, s.32., ISBN 978-80-7326-232-7.
36. PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J., 2016. *Přehled poruch psychického v ývoje*. Praha: Grada Publishing a.s., 296 s., ISBN 978-80-247-5452-9.
37. RŮŽIČKOVÁ, V., KRAMOSILOVÁ, Z., 2017. Možnosti podpory samostatného pohybu a prostorové orientace u osob s kombinovaným postižením. In: HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKOVÁ, V. (eds.) *Sborník příspěvků ke konferenci Koheze speciální pedagogiky v současnosti*. Olomouc: PF Univerzita Palackého v Olomouci, s. 146-157. ISBN 978-80-244-5256-2.
38. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2014. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy IV - Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 240 s., ISBN 978-80-247-4342-4.
39. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 168 s., ISBN 978-80-271-0095-8.
40. ŠPATENKOVÁ, N. a kol., 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada Publishing a.s., 288 s., ISBN 978-80-247-5327-0.

41. ŠROBÁROVÁ, S., Krizová intervencia v multidisciplinárnom ponímaní v riešení vybraných akútnych sociálnych problémov. 2017, In: ŠPATENKOVÁ, N. a kol., *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada Publishing a.s., s. 86., ISBN 978-80-247-5327-0.
42. VALENTA, M. a kol., 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. 320 s., ISBN 978-80-262-0937-9.
43. VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. a kol., 2018. *Mentální postižení*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 392 s., ISBN 978-80-271-0378-2.
44. VODÁČKOVÁ, D., 2012. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál. 544 s., ISBN 978-80-0212-7.
45. VYMĚTAL, J., 2003. Základy lékařské psychologie. In: KOPECKÁ, I. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. S. 175-176. ISBN 978-80-247-3877-2.
46. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vyd., Praha: Portál, 396 s., ISBN 978-80-7178-740-2.
47. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. vyd., Praha: Grada Publishing, 288 s., ISBN 978-80-247-2667-0.
48. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2019-6-15]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=108&r=2006>
49. ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada Publishing a.s., 112 s., ISBN 978-80-247-3856-7.

8 Přílohy

Příloha 1 - klasifikace sluchového postižení

Příloha 2 - klasifikace tělesného postižení

Příloha 3 – žádost o spolupráci

Příloha 4 - Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 1 - klasifikace sluchového postižení

Tabulka č. 1 – klasifikace sluchového postižení

Podle typu	<ul style="list-style-type: none">• Převodní vady (vady vnějšího a středního ucha – jedinec špatně slyší, jde o kvantitativní postižení sluchu)• Percepční vady (vady vnitřního ucha a CNS – jedinec špatně rozumí, jde o kvalitativní postižení sluchu)• Smíšené vady
Podle stupně (intenzity) sluchové ztráty	<ul style="list-style-type: none">• Nedoslýchaví<ul style="list-style-type: none">- Lehce (sluchová ztráta 26-40 dB)- Středně (sluchová ztráta 41-55 dB)- Středně těžce (sluchová ztráta 56-70 dB)- Těžce (sluchová ztráta 71-91 dB)• Neslyšící• Ohluchlí
Podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none">• Vrozené postižení• Získané postižení (prelingvální nebo postlingvální sluchová ztráta)
Podle etiologie	<ul style="list-style-type: none">• Organové postižení• Funkční postižení

(Slowík, 2016, s. 76)

Příloha 2 - Klasifikace tělesného postižení

Tabulka č. 2 – Klasifikace tělesného postižení

Podle typu	<ul style="list-style-type: none">• Postižení hybnosti• Dlouhodobá onemocnění• Zdravotní oslabení
Podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none">• Vrozená• Získaná
Podle etiologie	<ul style="list-style-type: none">• Tělesné odchylky a oslabení• Tělesné vývojové vady• Úrazy• Následky nemocí• Dětská mozková obrna• Dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení

(Slovák, 2016, s. 101)

Příloha 3 – žádost o spolupráci

Vážená paní/ Vážený pane,

jmenuji se Kristýna Jašková. Jsem studentkou 3. ročníku zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích oboru Rehabilitačně psychosociální péče – sociální práce.

Rozhodla jsem se Vás touto cestou kontaktovat s velkou prosbou pomoci při psaní mé bakalářské práce. Téma mé bakalářské práce má název Model psychické krize u jedinců se získaným zdravotním postižením. Zaměřuji se v ní na to, jak se jedinec se získaným zdravotním postižením vyrovnával s konkrétním postižením, které získal v průběhu života.

Také si uvědomuji, že má žádost je velmi troufalá vzhledem k tomu, že se jedná o velmi osobní informace, ale chci Vás chci ujistit, že všechny údaje, které mi budou sděleny budou uvedeny pouze v mé praktické části v této bakalářské práci.

Chtěla bych Vás tedy touto cestou poprosit to, zda by bylo možné mi poskytnout informace k mé bakalářské práci. Šlo by konkrétně o polostandarizovaný rozhovor, který spočívá v kladení otázek, na které mi budete odpovídat v rozsahu, který Vám bude příjemný, pokud bych potřebovala zjistit další potřebné informace, byly by Vám položeny doplňující otázky.

S pozdravem,

Kristýna Jašková

Email: jaskok00@zsf.jcu.cz

Příloha 4 - Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Základní otázky

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše postižení a jak se Vám přihodilo?

Jakým způsobem se dotazovaní vyrovnávali se získaným zdravotním postižením?

1. Popíral jste tuto situaci zpočátku Vaší situace? Jestli ano, tak jakým způsobem?
2. Vinil jste za to sebe nebo své okolí? Jak to probíhalo?
3. Cítil jste vztek a jak jste ho ventiloval?
4. Jak jste se smířil s touto situací a jejími následky?
5. Existovaly nějaké otázky, které jste si v té době kladl?
6. Myslel jste si/ napadlo Vás v té době, že je Vaše situace bezvýchodná?

Jakou pomoc vyhledali, odbornou či laickou v řešení své závažné životní situace.

7. Začal jste se věnovat nějaké aktivitě po získání Vašeho handicapu?
8. Našel jste nějaký koníček, který Vám pomohl s vyrovnáním se?
9. Kdy jste vycítil, že se s Vaším handicapem vyrovnáváte?
10. Jak na Vaše postižení reagovalo Vaše blízké okolí?
11. Pomohl Vám někdo z Vašeho okolí? A pokud ano, jakým způsobem?
12. Vyhledal jste nějakou organizaci či jinou odbornou pomoc? Nebo Vám byla doporučena?
13. Hodnotíte pomoc odborníků nebo Vašeho blízkého okolí jako úspěšnou nebo ne?

9 Seznam použitých zkratk

ICDH – Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů

WHO – Světová zdravotnická organizace

n. – nebo

p. – postižení

z. – zdravotní

MKF (ang. ICF) – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

KBT – kognitivně – behaviorální terapie