

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky



**Sebepojetí a psychosociální obraz jedince s tělesným
handicapem**

The self-conception and the psychosocial image of the disabled person.

Bakalářská práce

2010

Vedoucí bakalářské práce:
Doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Vypracovala:
Libuše Štumpfová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Doc. PaedDr. Vandy Hájkové, Ph.D. za použití zdrojů uvedených na závěr práce v seznamu literatury.

Praha, 9. dubna 2010

podpis

Poděkování:

Děkuji Doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za vstřícnost, odborné rady a vedení při zpracování bakalářské práce.

Anotace

Cílem bakalářské práce je přiblížit problematiku *sebepojetí a psychosociálního obrazu jedince s tělesným handicapem*.

Teoretická část poskytuje poznatky a fakta, jež se dotýkají osobnosti jedince s tělesným handicapem. Jedná se především o vymezení pojmů: postižení jako náročná životní situace, vybrané faktory ovlivňující psychický vývoj jedince s tělesným postižením, sebepojetí, pocit méněcennosti, tělesné sebepojetí.

Praktická část je zpracována na základě strukturovaných rozhovorů a pozorování. Cílem této části je udělat hlubší sondu do prožitkové oblasti několika jedinců s tělesným handicapem. Ke zpracování praktické části bylo využito metod kvalitativního výzkumu a principů zakotvené teorie.

Annotation

This bachelor's thesis has focused on the approach of the self-conception and the psychosocial problems of the disabled person.

The theoretical part includes the information and facts, which are connected with the image of the disabled person. It deals with following definitions – the handicap within the meaning of the hard life situation; selected factors, influencing the mental evolution of the disabled one; the self-conception; the sense of inferiority; the somatic self-conception.

The practical part of the thesis was elaborated on the basis of structured interviews such as the observation. The goal of this part was to make a deeper probe into the life experience of several disabled persons with focus on their subjective attitude towards their handicap. While working up this part of the thesis, the qualitative research methods and principles of stationary theory were used.

Obsah

1	ÚVOD	- 6 -
2	TEORETICKÁ ČÁST	- 7 -
2.1	Základní terminologické pojmy	- 7 -
2.1.1	Vymezení zdravotního a tělesného postižení.....	- 7 -
2.1.2	Mezinárodní klasifikace postižení	- 8 -
2.1.3	Norma a normalita	- 10 -
2.1.4	Stigma a stigmatizace	- 11 -
2.2	Jedinec s tělesným handicapem	- 12 -
2.2.1	Osobnost jedince s postižením.....	- 12 -
2.2.2	Postižení jako náročná životní situace	- 13 -
2.2.2.1	Techniky aktivního řešení.....	- 15 -
2.2.2.2	Techniky únikové.....	- 16 -
2.2.3	Vybrané faktory ovlivňující psychický vývoj jedince s handicapem	- 18 -
2.2.3.1	Doba vzniku postižení.....	- 18 -
2.2.3.2	Stupeň a rozsah postižení.....	- 20 -
2.2.3.3	Vrozené psychické vlastnosti.....	- 21 -
2.3	Problematika obrazu vlastního já	- 21 -
2.3.1	Sebepojetí.....	- 21 -
2.3.1.1	Základní aspekty sebepojetí.....	- 22 -
2.3.1.2	Základní složky sebepojetí.....	- 24 -
2.3.2	Pocit méněcennosti	- 25 -
2.3.3	Tělesné sebepojetí.....	- 25 -
2.3.3.1	Kulturní a sociální význam tělesného sebepojetí.....	- 27 -
3	Praktická část	- 28 -
3.1	Cíl výzkumu	- 28 -
3.2	Metodika výzkumu	- 28 -
3.3	Respondenti	- 29 -
3.4	Zpracování dat	- 29 -
3.5	Časový harmonogram	- 31 -
3.6	Analýza výsledků	- 31 -
3.7	Vyhodnocení	- 37 -
4	Závěr	- 38 -
5	Seznam literatury	- 40 -
6	Přílohy	- 43 -

1 ÚVOD

Tělesné postižení samo o sobě nevytváří zvláštní povahové vlastnosti člověka, ale téměř vždy nějakým způsobem ovlivní jeho psychiku. Cílem bakalářské práce je přiblížit problematiku *sebepojetí a psychosociálního obrazu jedince s tělesným handicapem*.

K tomuto tématu mě přivedla především osobní zkušenost s lidmi s tělesným handicapem. Neboť již téměř dva roky pracuji jako osobní asistentka v občanském sdružení Asistence o. s.

Náplní práce osobního asistenta je zejména pomoc a podpora při zvládnání každodenních úkolů, které by člověk zvládal sám nebýt tělesného handicapu. Jako osobní asistentka mám tedy možnost být velmi blízko každodenním situacím, které člověk s tělesným handicapem prožívá. A právě toto mě inspirovalo k zamyšlení nad osobností jedince s tělesným handicapem.

Práce je rozdělena na dvě části: na teoretickou a praktickou.

V první kapitole teoretické části jsem se zaměřila na definování základních pojmů, které souvisí s postižením.

Ve druhé kapitole se věnuji jedinci s tělesným postižením, jeho osobnosti, technikám vyrovnávání se s náročnou životní situací a v neposlední řadě také vybraným faktorům, které ovlivňují psychický vývoj jedince s handicapem.

Poslední kapitola teoretické části pojednává o problematice obrazu vlastního já. Věnuji zde pozornost sebepojetí, pocitu méněcennosti a v úplném závěru sebepojetí tělesnému.

Cílem praktické části je udělat hlubší sondu do prožitkové oblasti několika jedinců s tělesným handicapem, konkrétněji mě zde zajímá jejich subjektivní pohled na handicap. Ke zpracování praktické části bylo využito metod kvalitativního výzkumu a principů zakotvené teorie.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Základní terminologické pojmy

2.1.1 Vymezení zdravotního a tělesného postižení

Velmi často se můžeme setkat s tím, že termíny zdravotní a tělesné postižení v podstatě splývají. Někdy bývají pojímány jako synonymní výrazy, jindy zase jako souhrnný pojem. Toto používání není správné. (Fischer, 2008)

„Za žáky se zdravotním postižením se považují žáci s mentálním, tělesným, zrakovým a sluchovým postižením, s vadami řeči, se souběžným postižením více vadami, autismem a vývojovými poruchami učení nebo chování.“ (§ 16, zákona č. 561/2004 Sb.)

Defektologický slovník (2000, str. 272) uvádí, že zdravotní postižení se *„v současnosti používá jako shrnující označení pro všechny vady či poruchy, defekty či anomálie. Místo o osobách defektních, vadných či úchylných se hovoří ohleduplněji jako o osobách zdravotně postižených čili v jiném smyslu handicapovaných.“*

Z výše uvedených definic je tedy patrné, že používání těchto termínů jako synonymum je chybné, neboť je jasné, že zde platí určitá hierarchie pojmů, kdy se tělesné postižení zařazuje pod zdravotní postižení a je tak tedy jednou z jeho forem.

Gruber (1992, in Fischer, 2008, str. 34) vymezuje **tělesné postižení** jako *„přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony.“*

Jankovský (2001, str. 31) uvádí, že *„v obecné rovině tělesným (somatickým) postižením rozumíme takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými anebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka (dítěte).“*

Kraus (1964, str. 16) chápe tělesné postižení jako *„vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují postižením hybnosti.“*

Všichni jmenovaní autoři se tedy shodují v tom, že základním symptomem jedinců s tělesným postižením je omezení hybnosti, ať už celkové nebo pouze částečné. Toto tvrzení doplňuje Valenta (2003, str. 19) myšlenkou, že „*ve starších definicích si lze povšimnout jednostranného zaměření na somatické deficity. Ty dnes již nejsou rozhodujícím kritériem k označení člověka jako tělesně postiženého. V somatopedii chápeme TP¹ teprve podle míry dopadu somatických zvláštností do edukačních a sociálních dovedností jedince a možností jejich kompenzace.*“

2.1.2 Mezinárodní klasifikace postižení

Vztah většinové společnosti k lidem s postižením se v průběhu dějin měnil a vyvíjel. Se změnou pohledu na člověka s handicapem docházelo logicky i ke změně terminologie. Dříve se například hojně používaly pojmy jako odchylka, defekt a defektivita. Pro tyto termíny je typické, že podtrhují a zdůrazňují to, čeho jedinec není schopen, co nemůže dělat nebo to, v čem je jiný než ostatní. Termíny postupně vyvolávaly spíše negativizující pohled na postiženého jedince, a proto se od jejich používání upouští. (Slowík, 2007, Novosad, 2002).

V současnosti se spíše uvažuje o pojmech jako „*znevýhodnění, postižení, handicap, disabilita – (leasing) disability, impairment, speciální potřeby apod. Všechny tyto pojmy hovoří buď o tom, že jedinec je v něčem znevýhodněn nebo že má sníženou schopnost či zdatnost v nějaké oblasti.*“ (Novosad, 2002, str. 104)

Současný pohled na člověka tedy explicitně není skrze jeho postižení, ale spíše se na něj nahlíží z hlediska jeho speciálních potřeb.

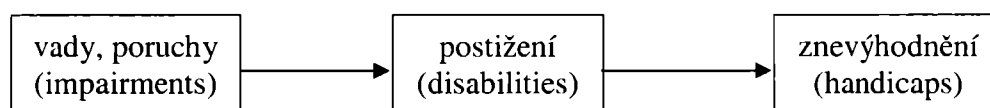
K popisu postižení se nejčastěji používají pojmy uvedené Mezinárodní zdravotnickou organizací WHO z roku 1980: impairment, disabilita a handicap.

Slowík jednotlivé pojmy charakterizuje tímto způsobem: „*Vada, porucha, defekt (impairment) je narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury či funkce. Postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. Znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení,*

¹ TP míněno tělesné postižení

které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.“ (Slowík, 2007, str. 26-27)

Tab. 1: Koncepce postižení podle ICIDH (podle WHO, 1980)



Zdroj: Slowík, 2007, str. 27

Vítková (in Hájková, 2009) a Slowík (2007) shodně uvádí, že vývoj pojmového aparátu se dále vyvíjí a pohled na situaci jedince s vadou, postižením a handicapem se mění. Dochází k nahrazení pojmů, jako jsou poškození, omezení a postižení zcela novými pojmy: poškození, aktivita a participace. „*Sleduje se funkce a stav tělesných struktur člověka namísto jejich vad a poruch, sleduje se aktivita takového jedince namísto jeho postižení a omezení, a konečně je také rozhodující jeho možnost participace na životě společnosti, nikoliv už pouze jeho vlastní handicap.*“ (Slowík, 2007, str. 28)

Tento model je prezentován jako integrativní. Klade se v něm mnohem větší důraz na aktivitu člověka a na jeho spoluúčast (participaci) na společenském dění. „*Neočekává se jenom individuální přizpůsobení jednotlivce, ale celková změna sociálního prostředí, politiky a vztahu vůči lidem s postižením.*“ (Brown, 1997, in Slowík, 2007, str. 28) V podstatě už tedy nezáleží na tom, jak je jedinec postižený, tento model se spíše zaměřuje na to, jak se může jedinec s postižením zapojit do společenského dění, popřípadě se táže, co mu v tom brání.

S názorem Slowíka se shoduje i Vítková (2006, str. 20), která uvádí, že „*nový přístup ke klasifikaci WHO směřuje podstatně více k umožnění samostatnějšího života osob se zdravotním postižením při rozsáhlé společenské integraci. Cílem společenské integrace je, aby se postižení prostřednictvím pedagogických snah se svým handicapem vyrovnali.*“

Dále Vítková (in Hájková, 2009) poukazuje na to, že nová klasifikace klade značný důraz na tzv. spolupůsobící faktory, které představují celkový životní styl člověka a jeho pozadí. Jedná se o faktory životního prostředí a faktory personální (neboli osobnostní).

Faktory životního prostředí tvoří fyzické, sociální a vztahové faktory spjaté s prostředím, kde lidé žijí. Tyto faktory působí na člověka zvenčí a mohou mít povahu facilitující (usnadňující) nebo bariérovou (omezující). Personální faktory jsou faktory, jež se vztahují přímo k jedinci, zahrnují jeho rysy, které nejsou součástí zdravotního stavu nebo zdravotních podmínek.

Tab. 2: Mezinárodní klasifikace postižení

Znění 1980		Znění 1998
Impairment	<i>poškození</i> • tělesná (medicínská) rovina (organické, mentální, psychické)	Impairment
Disability	<i>schopnosti</i> } (omezení) <i>aktivity</i> } <i>možnosti</i> • personální (psychologicko/pedagogická) rovina	Activity
Handicap	postižení/znevýhodnění <i>spoluúčast</i> • sociální (sociologická) rovina	Participation

Zdroj: Opatřilová, 2007, str. 15

2.1.3 Norma a normalita

Obecně se za normální považuje to, co je časté a běžné nebo to, co odpovídá určité normě. Tedy to, co se vyznačuje normalitou. Ale hranice pro vymezení normy, hranice mezi normalitou a abnormalitou, je velmi pohyblivá. (Vágnerová, 1999)

Hadj-Moussová popisuje, že „*hodnoty a normy dané společnosti vznikají v rámci určité kultury. (...) To, co je v jedné kultuře považováno za žádoucí, může být v druhé odmítáno nebo být považováno přímo za patologické.*“ (in Vágnerová, 2000, str. 7)

Hodnocení normy může být rozdílné i v rámci jedné kultury nebo etnika. Dochází i k rozdílům, které jsou založené na subjektivním pohledu jedince. K určitým rozdílům ve vnímání normy dochází také proto, že norma nikdy nemá definitivní platnost a v čase se

vyvíjí. Hledisko normality a abnormality je tedy do určité míry značně relativní. (Vágnerová, 1999)

„Podle původního latinského významu by se slovo norma dalo přeložit jako pravítko, měřítko nebo pravidlo. Obecně je pojem dnes chápán především ve smyslu závazné směrnice, ustáleného a obecně respektovaného zvyku, nebo dokonce zákona. Normalita je poté stav osoby, jedince, věci, situace nebo jevu odpovídající té normě, z jejíhož hlediska je normalita posuzována.“ (Slowík, 2007, str. 23)

Dle Pedagogického slovníku (Průcha, 2009, str. 172) je normální to, *„co odpovídá konvenčním normě. Normální je to, co je očekávané, přípustné, správné; nenormální jako nepřijatelné, nežádoucí, nepovolené. (...) Funkční pojetí, které považuje za normální stav, kdy nějaký systém plní svou funkci, nenormální je to, co je dysfunkční patologické, přestože může být v populaci relativně četné.“*

2.1.4 Stigma a stigmatizace

Sociologický slovník definuje stigma (2001, str. 239) jako *„označení, kterým se nějaká osoba ve své skupině negativně odlišuje od platných standardů, především od psychické, fyzické nebo sociální normality, což ji ohrožuje v její sociální identitě a plném přijetí ze strany druhých. (...) Připsáním stigma se děje stigmatizací, tedy přiřčením negativních skupinových nebo společenských atributů nějaké osobě.“*

Dle Psychologického slovníku (2002, str. 565) je stigma *„označení jedince hanlivým označením, které mu brání nebo znesnadňuje začlenit se do společnosti. Stigmatizace je předsudek vůči někomu, předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci.“*

„Stigma, sociální stigma, je punc něčeho zvláštního, odlišného, nesrozumitelného, bázeň budícího, nežádoucího. Stigmatizace je pak reakcí na odchylku od obecné normy obsahující názor na to, jak má jedinec fungovat a reagovat, čeho má být schopen, jak má vypadat, jak má vnímat, jak má komunikovat, jak se má vyjadřovat, jak se má podílet na životě společnosti, jak se má pohybovat a jak má plnit své přirozené i jemu svěřené role a úkoly.“ (Novosad, 2002, str. 102)

Z výše uvedených definic je patrné, že stigma a stigmatizace pochází z odlišnosti handicapovaných jedinců od majoritní společnosti a zpravidla jsou spojeny s více či méně

negativním významem. „Ti, kteří nejsou jako všichni ostatní, kteří se odlišují a to nejen v chování, ale i svým fyzickým vzhledem či jinými charakteristikami, jsou zpravidla vnímáni jako cizí, ohrožující nebo nebezpeční.“ (Hadj - Moussová, in Vágnerová, 2000, str. 8)

Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu přisouzeno, postižený je do stigmatizující role vtlačen okolím. Získává roli postiženého a jeho osobnost je redukována právě na jeho handicap. Sociální status postiženého je nižší. Stigma ovlivňuje to, jakým způsobem je jedinec hodnocen, akceptován, či spíše neakceptován. Vztah většinové společnosti k postiženým je do značné míry ovlivněn zakořeněnými zvyky a předsudky, které často vyplývají z neinformovanosti nebo malé a redukované informovanosti. Vytváří se tak určité postoje stereotypy, které jsou charakterizované soucitem a lítostí, netaktní účastí a zvědavostí. Méně časté, ale dosud vyskytující, jsou projevy hrubého zacházení, odporu a podceňování. Role postiženého přináší do jisté míry i určitá zvýhodnění, která vyplývají z tolerance, trpělivosti a ohledů, na straně druhé ovšem přináší ztrátu některých práv. (Kracík, 1984; Vágnerová, 2000; Krhutová, 2005)

Cílem destigmatizace, sociální akceptace neboli integrace, je přijmout postiženého i s jeho postižením tak, aby nebyl izolován. Oprostit se od zúženého pohledu na postiženého jedince a překročit tak určité stereotypní myšlení. Vnímat člověka především jako člověka bez jakéhokoli dalšího přízviska. „Proč by měl být někdo více nebo naopak méně člověkem jen proto, že nechodí, obtížně komunikuje nebo má jinou funkční nedostatečnost. Není lepší, když budeme všichni „jen“ lidmi bez přívlastku s tím, že o tom, jací jsme lidé, bude vypovídat náš život, naše skutky, naše odvaha a naše úsilí.“ (Novosad, 2002, str. 101)

2.2 Jedinec s tělesným handicapem

2.2.1 Osobnost jedince s postižením

„Osobnost člověka funguje jako integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakteristických rysech i relativně stabilní.“ (Vágnerová, 2004/a, str. 511)

Na jejím vývoji se podílí hned několik činitelů. „*V první řadě je vývoj osobnosti podmíněn biologicky a to tím, že psychické jevy jsou zakotveny v organismu a jsou projevem činnosti nervové soustavy. Odtud pak pramení jedinečnost psychiky každého jedince.*“ (Hadj - Moussová, in Vágnerová, 2000, str. 57) Dalším podstatným vlivem pro formování osobnosti každého jedince je faktor **sociální**. Člověk jako společenská bytost se vyvíjí a formuje v kontaktu s druhými lidmi. (Hadj - Moussová, in Vágnerová, 2000)

V rámci vývoje osobnosti a socializace má nezastupitelnou úlohu rodina. Hajd-Moussová (in Vágnerová, 2000, str. 94) poukazuje na to, že „*základním sociálním vztahem dítěte je vztah k rodičům. A tento vztah vytváří předpoklad vývoje osobnosti dítěte, protože první zkušenosti, které dítě prožívá, ovlivňují budování jeho vlastní identity a zásadním způsobem determinují interpretaci všech dalších sociálních zkušeností, se kterými se v budoucnosti setká.*“ Rodina je tedy nositelem primární socializace.

Hadj-Moussová (in Vágnerová, 2000) ještě doplňuje poslední velmi podstatný faktor, který ovlivňuje vývoj, a tím je **vlastní aktivita**. Tento faktor významnou měrou přispívá k sebeuvědomění, k formování představy o sobě, sebehodnocení apod.

Každé zdravotní znevýhodnění znamená určitý zásah do osobnostního a sociálního vývoje člověka. „*Osobnost, jako složitá, mnohonásobně podmíněná struktura psychických jevů se vyvíjí vzhledem k individuální situaci, ve které jedinec žije a vzhledem k vývojovým možnostem a omezením, kterých se může zmocňovat vlastní aktivitou.*“ (Hadj-Moussová, in Vágnerová, 2000, str. 65)

2.2.2 Postižení jako náročná životní situace

Během svého života se všichni lidé potýkají s řadou situací, které lze považovat za běžné a normální, zároveň se ale dostanou i do takových, jež můžeme nazvat situacemi náročnými. Je-li náročnost zpracována jako určitá výzva, jako podnět k aktivitě, tak má charakter značně mobilizující, který nutí člověka k vyšším výkonům. Člověk musí vynaložit větší úsilí nebo překonat určité překážky k dosažení kýženého cíle. Pokud je výsledek uspokojivý a je-li zátěž přiměřená, působí příznivě. Je-li ovšem zátěž nadměrná, nepřiměřená nebo se nároky neúměrně a po dlouhou dobu zvyšují, působí negativně na psychiku jedince. (Vágnerová, 2004/b)

Postižení je často považováno za náročnou životní situaci, se kterou se jedinec musí vyrovnat.

Hadj – Moussová (in Vágnerová, 2000, str. 59) uvádí, že *„každé postižení působí podle toho, jak postižený své postižení prožívá a jak toto prožívání na něj působí, jaké způsoby řešení své situace nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho osobnost.“*

Tělesné postižení je spojeno s mnoha omezeními, která mohou představovat dlouhodobý stres a frustraci. Stav, kdy postižení zasahuje do prožívání člověka, je označován jako náročná životní situace. Jedná se o dlouhodobé působení zatěžujícího vlivu na jedince. (Hadj-Moussová, in Vágnerová, 2000)

Hadj-Moussová (Vágnerová, 2000) i Valenta (2003) se shodují, že je naprosto sekundární, jakým druhem a stupněm postižení jedinec trpí. Neplatí totiž přímá úměra mezi stupněm nebo typem postižení a závažností sekundárního narušení psychiky. Rozhodující jsou techniky, které člověk používá k vyrovnání se s danou situací. Často se můžeme setkat s tím, že prožívaná závažnost postižení není přímo úměrná reálné závažnosti. Lehčí postižení může například způsobit těžší postižení psychiky, a naopak. Rozhodující je tedy to, jak dotyčný ke svému handicapu přistoupí, zda ho přijme realisticky a dokáže se s ním vyrovnat, tzn. přijme omezení, která z handicapu vyplývají.

S tímto tvrzením se shoduje i Kracík (1984, str. 24), který shodně uvádí, že *„je nutné poznamenat, že citové stavy a postoje postiženého mohou zvyšovat náročnost životní situace více, než vlastní tělesné postižení.“*

Techniky, používané pro řešení a vyrovnávání se s náročnou životní situací, se dělí na techniky aktivního řešení a techniky únikové.

„Různé způsoby vyrovnání se zátěží, resp. obranné reakce, vychází ze dvou základních, fylogeneticky starých mechanismů, kterými jsou útok a únik. Jejich cílem je udržení, respektive znovuzískání psychické pohody a rovnováhy.“ (Vágnerová, 2004/a, str. 56)

S tvrzením Vágnerová se shoduje i Hadj-Moussová (in Vágnerová, 2000), která souhlasí s tím, že u téhož jedince můžeme zpravidla najít různé typy reakcí, které vždy vychází z obou zdrojů, tj. agrese (útok) a úniku. Dále ještě dodává, že ačkoli patrně existuje určitá preference individuálními zkušenostmi jedince, jeho temperamentem a dalšími faktory, tak pravděpodobně nejvýznamnější vliv má sociální působení a učení.

2.2.2.1 Techniky aktivního řešení

Mezi techniky aktivního řešení patří agresivní řešení, identifikace, upoutání pozornosti, negativismus, hledání viníka a kompenzace.

Agresivní řešení: Člověk může zaútočit přímo na předpokládaný zdroj ohrožení, anebo se zaměřit na náhradní objekt - na věci nebo přímo na lidi. Agresivní reakce se objevuje i tehdy, pokud se jedinec cítí objektem nepřiměřené péče. Nejčastěji se vyskytuje agrese verbální - narážky, popichování, ironie, jízlivost atd. Často se můžeme setkat i s agresí, která je obrácena proti sobě samému, proti jedinému dostupnému objektu u těžce zdravotně postižených. Agrese namířená proti sobě samému se může projevit verbálním sebeobviňováním, ale i sebepoškozováním, v krajním případě i sebevražednými pokusy. (Hadj-Moussová, in Vágnerová, 2000)

„Dispozice k agresivnímu chování jsou vrozené, geneticky podmíněné, ale mohou se rozvíjet i prostřednictvím učení. Významnou funkci má jeho efektivita, tj. zda vede k žádoucímu účinku. Důležitá je rovněž tolerance společnosti k agresivním projevům.“ (Vágnerová, 2004/a, str. 56)

Identifikace: Identifikace je pokusem o posílení vlastní hodnoty, ztotožněním s někým, zpravidla s nějakým vzorem, silnější osobností nebo skupinou, institucí. Jeví se jako určité východisko ze situace způsobené vlastní slabostí, či omezením. Identifikace je variantou sociálního učení, která pomáhá ve vývoji dítěte. (Hadj-Moussová, in Vágnerová, 2000, Valenta, 2003)

Upoutávání pozornosti: Technika upoutávání pozornosti se může projevovat určitými nápadnostmi v chování, častým zlobením, hlasitým smíchem nebo křikem. Tato technika je mnohdy doprovázena určitým egocentriem, kdy se jedinec soustředí pouze na sebe a na své problémy. Často tak zastírá frustraci sociálních kontaktů. (Valenta, 2003)

„Tento mechanismus je popisován jako reakce na zkušenost citové deprivace, kdy určitý typ dětí reaguje tak, aby vyvolal alespoň negativní emoce, když už nemůže vyvolat pozitivní.“ (Vágnerová, 2004/a, str. 56)

Matějček upozorňuje *„na smysl provokujícího sociálního chování citově strádajících dětí, které „chtějí“ dostat alespoň pohlavek, když už nemohou dostat pohlazení.“* (In Vágnerová, 2004/a, str. 56)

Negativismus: U dětí je negativismus v určitém vývojovém stadiu projevem a potvrzením vlastního já. Pro určitý věk je to projev zcela přirozený, který ovšem může za

nepríznivých okolností pretrvávajú i v pozdějším veku. Jedinec pak není schopen řešit situaci pozitivně. Odmítá jakoukoli spolupráci a aktivitu. Prosazuje sebe sama cestou odporu. (Hadj-Mousová, in Vágnerová, 2000, Valenta, 2003)

Hledání viníka: Tento způsob reagování často přejímají děti z reakcí svých rodičů. Dítě pak například připisuje vlastní chyby ostatním, zříká se tak odpovědnosti za své činy. (Valenta, 2003)

Kompenzace: Kompenzace je technika, jež napomáhá jedinci vyrovnat deficit nebo neúspěch v jedné oblasti zvýšenou výkonností v oblasti jiné. Jedná se o přesun zájmů do oblasti, která je dostupná. Např. lidé, kteří kvůli svému tělesnému handicapu nemohou dosahovat sportovních výkonů, zaměří svou aktivitu na vzdělávání, nebo postižený po úraze dolních končetin se zaměří na posilování svalů horních končetin. U této techniky hrozí nebezpečí tzv. hyperkompenzace, kterou můžeme charakterizovat jako přehnanou, nepřiměřenou a extrémní snahu po kompenzaci za každou cenu. (Hadj-Mousová, in Vágnerová, 2000)

2.2.2.2 Techniky únikové

Mezi techniky pasivního řešení se řadí izolace, únik do nemoci, racionalizace, regrese, popření a potlačení.

„Pasivní řešení situace vyjadřuje tendenci utéci ze situace, která se zdá neřešitelná. Způsob, jakým lze uniknout před problémy, může být různý: může jít např. o faktický útek, přenesení odpovědnosti nebo o rezignaci na uspokojení.“ (Vágnerová, 2004/a, str. 56-57)

Izolace: Izolace je způsob řešení, kdy se jedinec fakticky nebo vnitřně uzavírá a izoluje od vnějšího světa. Jedná se o jakési sociální stažení, které může vést až k sekundární introverzi, jež je způsobena z obavy ze sociálního styku. Tělesné postižení a zhoršená mobilita přináší lidem s postižením omezení v sociálním kontaktu. Tendence je ještě zesílena architektonickými bariérami. (Hadj-Mousová, in Vágnerová, 2000, Valenta, 2003)

Únik do nemoci: U jedince mohou být přítomny psychosomatické symptomy nebo jedinec užívá svůj handicap jako prostředek k zajištění určitých výhod či jako omluvu a zdůvodnění toho, že něco nemůže. (Valenta, 2003, Hadj-Mousová, in Vágnerová, 2000)

Racionalizace: Tato technika představuje pokus o zvládnutí situace jejím zdánlivě „logickým“ přehodnocením, spočívá v rozumovém vysvětlení neúspěchu před sebou samým a i před ostatními. Rozumové zdůvodnění často nabývá povahy ryze iracionální. Racionalizací se jedinec snaží snížit hodnotu a význam cíle, kterého se nepodařilo dosáhnout. Omlouvá tak rezignaci na dosažení určitého cíle, zdůvodňuje tak, proč něco nejde. (Hadj-Mousová, in Vágnerová, 2000, Vágnerová, 2004/a)

Regrese: Regrese obecně znamená pohyb zpět, ústup. U handicapovaných lidí se pak jedná o návrat na nižší vývojovou úroveň chování.

Vágnerová (2004/a, str. 59) uvádí, že regrese obvykle vyjadřuje *„odmítnutí samostatnosti a větší potřebu závislosti na podpoře okolí. Postižený jedinec touží být ochraňován jako malé dítě. Upíná se na nějakou autoritu, která by mu mohla pomoci, a může se na ní stát až nepřiměřeně závislým.“*

Popření a potlačení nepřijatelné skutečnosti: Jedinec se brání tím, že se snaží vytěsnit vše, co je ve vztahu k jeho postižení, nepřipouští si jeho význam nebo závažnost. Člověk přesvědčuje sebe samého, že to není tak hrozné. Nepřipouští si existenci obtíží. U získaných postižení se jedinec projevuje tak, jako by se v jeho životě nic nestalo. Velmi těžce nese jakoukoli zmínku o jeho handicapu. (Hadj-Mousová, in Vágnerová, 2000, Kracík, 1984)

Závěrem k této kapitole můžeme říci, že handicap jako zátěžová situace explicitně nezpůsobuje změny v osobnosti člověka. Na druhou stranu ovšem musíme brát zřetel na to, že se jedinec nachází ve stálých frustračních a konfliktních situacích, ve kterých se kombinuje snaha být takovým jakým je, přijmout svůj handicap, a zároveň snaha být jiným. Handicap obecně činí životní podmínky náročnějšími, jedinec se s nimi snaží vyrovnat a používá k tomu celou škálu technik, které jsou stejné i pro intaktní společnost. Hadj-Mousová (in Vágnerová, 2000, str. 64) uvádí, že *„tyto techniky je obtížné jednoznačně hodnotit jako dobré či špatné východisko ze situace postiženého. Každá z nich může za určitých okolností pomoci člověku vyřešit alespoň dočasně jeho situaci, v jiném případě však může vést až k patologickým důsledkům. Pro poznání osobnosti postiženého je důležité vědět, že určité způsoby chování, případně i rysy osobnosti mohou být právě důsledkem více či méně přiměřeného používání některých technik řešení náročných životních situací, souvisejících s postižením.“*

2.2.3 Vybrané faktory ovlivňující psychický vývoj jedince s handicapem

Psychický vývoj dítěte s handicapem prochází stejnými fázemi jako vývoj dítěte zdravého, ale u dítěte s handicapem se navíc mohou vyskytnout i případné problémy, překážky a odchylky. Vágnerová (1985, str. 120) poznamenává, že *„psychický vývoj postiženého jedince probíhá poněkud odlišným způsobem a přináší různé problémy a následky.“* Dále uvádí, že *„jakýkoliv defekt nepostihuje pouze určitý orgánový systém, ale ovlivňuje i celou osobnost dítěte a jeho psychický vývoj. U dítěte s postižením dochází k nějaké modifikaci vývoje, v závislosti na charakteru postižení.“* (Vágnerová, 1995, str. 4)

Na vývoji dítěte se odráží doba vzniku postižení, jeho stupeň a rozsah a v neposlední řadě také vrozené psychické vlastnosti jedince a jeho osobnost.

2.2.3.1 Doba vzniku postižení

Důležitým faktorem, jenž ovlivňuje vývoj dítěte, je doba vzniku postižení. Svým dopadem se liší postižení vrozená od postižení získaných. Většinou platí, že *„čím dříve vzniklo tělesné postižení, tím více ovlivní vývoj rozumových schopností i osobnost dítěte. Na druhé straně musíme vzít v úvahu, že děti se lépe vyrovnávají s vrozenou vadou, kterou přijímají jako samozřejmost, protože si na svá omezení během vývoje zvyknou.“* (Vágnerová, 1985, str. 157)

Novosad (2002, str. 107) uvádí, že lze říci, že *„jedinec s vrozeným či velmi časně získaným postižením mívá k dispozici časový prostor a škálu podpůrných opatření k tomu, aby se adaptoval na svoji reálnou situaci, přijal ji, našel vlastní cestu k seberealizaci a naučil se žít co možná nejúplněji. Tuto možnost či příležitost (nikoli výhodu) člověk po úrazu, operaci s neuspokojivým výsledkem nebo po akutním, destruuujícím průběhu nemoci, při prudké, náhlé změně své zdravotní i sociální situaci nemá.“*

Stejný názor zastává i Hadj-Mousová (in Vágnerová, 2000), která uvádí, že se dítě s vrozeným postižením na svůj handicap mnohem lépe adaptuje, neboť si na své postižení dlouhodobě a přirozeně zvyká. Ostatní složky osobnosti se vyvíjejí kompenzačně vlivem omezení v motorické oblasti.

„Získané tělesné postižení přináší vždy změnu životní situace a úkolem je nejprve vyrovnávání s touto změnou a potom teprve následuje vývoj za ztížených podmínek. Náhle získané postižení přináší už samo o sobě pro dítě silný šok, který je ještě zesilován zoufalými a úzkostnými reakcemi jeho nejbližšího sociálního okolí, osobní bezmocností a silným pohybovým omezením.“ (Kracík, 1984, str. 15)

S tímto tvrzením se shoduje Vágnerová (1985, str. 118), která též uvádí, že *„získané postižení přináší trauma a negativní změnu životní situace. Hlavním problémem je adaptace na nové horší podmínky a přijetí defektu jako součásti své osobnosti.“* Dále Vágnerová (1985) ještě poukazuje na to, že čím později k postižení dojde, tím méně bude porušen psychický vývoj dítěte. Dojde-li totiž k postižení až v pozdějším věku, zůstávají dítěti zachovány dřívější zkušenosti, které mohou být pro další vývoj velmi užitečné.

„Vrozené postižení tedy podstatně více ovlivní psychický vývoj dítěte než vady získané v pozdějším věku. Zvláště výrazně se projeví v období raného dětství, které je pro celkový rozvoj osobnosti nejdůležitější. Vývoj takového dítěte probíhá vždy za více nebo méně ztížených podmínek.“ (Vágnerová, 1985, str. 116)

U dítěte s těžkým tělesným postižením například hrozí nedostatek podnětů, které jsou nezbytné pro jeho vývoj. Dítěti chybí příležitost aktivně poznávat svět a získávat zkušenosti. Hlavní prostředek, jak dítě může poznávat okolní, je jeho tělo. Je to první věc nabízená k prozkoumání. U tělesně handicapovaných je příležitost poznávat skrze pohyb, dotek a hmat velmi omezena, mnohé dovednosti si tak nemohou osvojit spontánně, ale musí se využít tzv. speciálních metod, např. masáží, polohováním, rozmístěním hraček atd.

Dále může tělesné postižení přinášet určitá omezení v sociálním kontaktu. Valenta (2003, str. 25) upozorňuje na to, že *„porucha mobility omezuje jedince v získávání dostatku sociálních zkušeností. Tělesné postižení má mnohostranný vliv na komunikační situace již od narození dítěte s tělesným postižením, neboť negativně ovlivňuje sociální interakce s matkou. Rozsáhlé postižení zabraňuje reagovat dítěti na podněty, které dostává od své matky, obvyklým způsobem – nemusí být schopné se např. usmát, natahovat ruce, otáčet hlavu aj.“*

2.2.3.2 Stupeň a rozsah postižení

Obecně můžeme říci, že čím lehčí je tělesné postižení, tím přináší méně náročnou situaci. Na straně druhé musíme brát v úvahu, že ne každý se s postižením vyrovnává stejně a ne každý svůj handicap stejně vnímá a prožívá. Proto někdy lehčí primární postižení může vyvolat těžší sekundární postižení psychiky.

*„Tělesné postižení může mít z psychologického hlediska dva základní aspekty. Je to: a) pohybový defekt tj. **funkční handicap**, b) tělesná deformace, která mění zevnějšek jedince, tj. **estetický handicap**.“* (Vágnerová, 1995, str. 126)

Vágnerová (2004/a) uvádí, že pro psychický vývoj dítěte je důležitá možnost lokomoce. Rozlišuje se, zda je dítě zcela nepohyblivé, upoutané na vozík nebo zda může chodit za pomoci ortopedických pomůcek. Dalším důležitým aspektem je pohyblivost horních končetin, jež má především význam pro sebeobsluhu a pro aktivní kontakt s prostředím. Posledním důležitým faktorem je hybnost mluvidel a mimická pohyblivost, které jsou významné pro verbální i neverbální komunikaci.

Schopnost lokomoce a samostatného pohybu má pro člověka nesmírný význam. Mnozí tělesně postižení pociťují nesoulad mezi jejich psychickou nezávislostí a často mnohdy i totální závislostí na svém okolí, a to i v nejběžnějších a nejjednodušších úkolech péče o svou osobu. (Vágnerová, 2004, in Slowík, 2007)

Pohyb bezpochyby patří k základním projevům člověka a lze konstatovat, že *„přímo působí na socializaci člověka i na vývoj jeho osobnosti. Bezprostředně ovlivňuje jeho samostatnost, fyzické a psychické zdraví, schopnost prožívat a spoluvytvářet, i jeho schopnost sdružovat se, komunikovat a vyvíjet cílenou, smysluplnou aktivitu.“* (Novosad, 2002, str. 92)

V interakci mezi lidmi hraje velikou úlohu nejen mobilita, ale také i komunikační dovednosti postiženého jedince. Komunikace je přímo narušena sníženou hybností mluvidel, objevují se problémy s artikulací, plynulostí a intonací. Postižený se obtížně vyjadřuje, je mu špatně rozumět. (Vágnerová, 2004/a)

Další překážkou v komunikaci mohou být odlišné mimické projevy, které nemají standardní očekávaný význam. *„V závislosti na typu postižení mohou být minimalizované, neadekvátním způsobem aktivizované nebo deformované.“* (Vágnerová, 2004/a, str. 260). Kromě neadekvátních mimických projevů je komunikace často ovlivněna i

nepotlačitelnými pohyby rukou, které opět mohou vést k nepochopení komunikačního partnera.

V obtížné situaci se nachází i jedinec, jehož funkční postižení nemusí být nikterak významné, postižení se týká především fyzického vzhledu. Jedná se o viditelnou tělesnou deformaci, která je obvykle velmi negativně vnímána a vzbuzuje pozornost okolí.

„Nápadné změny a odlišnosti snižují sociální status postiženého jedince a nepříznivě ovlivňují jeho sociální hodnocení i akceptaci okolím. (...) Handicap v oblasti tělesného vzhledu ovlivňuje celkové sebehodnocení postiženého člověka, někdy v ještě větší míře, než kdyby šlo jen o postižení pohybových funkcí.“ (Vágnerová, 2004/a, str. 253)

2.2.3.3 Vrozené psychické vlastnosti

Prožívání a reakce na zátěžové situace je dána vrozenými dispozicemi, které do určité míry ovlivňují odolnost organismu. Různé reakce na postižení vysvětlují vrozené psychické vlastnosti. (Novosad, 2002)

Novosad (2000, str. 17) dále poznamenává, že dalším determinantem, jenž ovlivní život s postižením je určitá *„schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci, která je dána zejména charakteristickými vlastnostmi, volní a motivační složkou osobnosti.“*

Matějček (2001) uvádí, že v této souvislosti se zkoumá zvláště otázka tzv. frustrační tolerance. *„Myslí se tím stupeň odolnosti vůči zátěžím, které nervovému systému člověka přináší opakované frustrace.“* (Matějček, 2001, str. 21)

2.3 Problematika obrazu vlastního já

2.3.1 Sebepojetí

Sebepojetí neboli představa o sobě samém je specifickým rysem osobnosti, se kterým se nerodíme, vzniká a vyvíjí se v průběhu celého našeho života na základně interakce s druhými lidmi. Vytváří se až v procesu socializace. (Vágnerová, 2004/b)

Vágnerová (2004/b, str. 258) uvádí, že „*vědomí vlastní identity, tj. prožívání a uvědomování sebe sama, své jedinečnosti a odlišnosti od ostatních slouží potřebě orientace a zároveň potřebě jistoty a bezpečí.*“

„*Z vývojového hlediska je obsah sebepojetí charakterizován postupným narůstáním informací o sobě, ať už na základě zpětných informací z prostředí, nebo na základě vlastního úsudku v průběhu pozorování vlastní činnosti a duševních procesů a stavů.*“ (Blatný, 2003, str. 105)

Fialová (2001, str. 28) sebepojetí chápeme jako „*celkový postoj k vlastní osobě*“. Tento názor sdílí i Vágnerová (2004/b), která poznamenává, že je nutné odlišit sebepojetí od vlastní identity a to z toho důvodu, že sebepojetí má více kognitivní charakter. Sebpoejetí je totiž vyjádřením toho, co si člověk o sobě myslí a jak se posuzuje. Zatímco identita je vědomí toho – kdo jsem a jaký jsem. Lze ji tedy chápat jako uvědomování si sebe sama a své jedinečnosti.

Fialová dále uvádí (2001, str. 28), že celkový obraz sebe sama a „*postoj k vlastní osobě má prvky kognitivní (sebezpoznání, sebedefnování...), emocionální (sebehodnocení, sebeúcta...) a činnost regulativní (sebeprosazování, sebeuplatnění, sebekontrola...).*“

2.3.1.1 Základní aspekty sebepojetí

Se sebepojetím úzce souvisí i **sebehodnocení**. „*Sebehodnocení vyplývá ze srovnání představy a přání s realitou, tj. z difference mezi reálným a ideálním já.*“ (Vágnerová, 2000, str. 122) Sebehodnocení tedy závisí na míře spokojenosti či naopak nespokojenosti se sebou samým. U tělesně postižených může být sebehodnocení mnohem zranitelnější, neboť míra sebeakceptování je v neustálém napětí. Dochází k rozporu mezi přáním a skutečností - tedy tím, čím bych chtěl být a tím, čím jsem. Vágnerová (1988, str. 154) poukazuje na to, že nepříjemné zážitky, které z tělesného defektu vyplývají, mohou vést k narušenému sebehodnocení a v některých případech dokonce až k pocitům méněcennosti. Tomuto tématu se budu věnovat níže v kapitole 2.3.2 Pocity méněcennosti.

„*Sebehodnocení je vázáno na nejružnější zkušenosti, které jedinec v průběhu život získal. Závisí tedy i na době vzniku postižení a liší se u jedinců s vrozenou vadou nebo později vzniklým postižením. Obě varianty mají charakteristické, pozitivní i negativní stránky.*“ (Vágnerová, 2000, str. 124)

Dítě, které se s postižením narodilo, považuje své postižení za normální, a proto se neodráží do jeho sebehodnocení. Určitý zvrat nastává nástupem do mateřské školy nebo do školy, kdy se začne porovnávat se svými vrstevníky. Začne si uvědomovat, že je v něčem jiné a tento fakt se už v jeho sebehodnocení odráží. (Vágnerová, 2000)

U získaných a později vzniklých postižení je nejkrizovějším obdobím doba těsně po vzniku postižení. Toto období je velmi těžké a náročné, jedinec se musí na nově vzniklou situaci adaptovat. Člověk s později vzniklým postižením měl možnost vyvíjet se normálně, často se nedokáže vyrovnat se svou novou, do určité míry změněnou identitou. Často by chtěl dokázat mnohem více než je vzhledem k jeho fyzickým možnostem reálné. I zde je tedy sebehodnocení značně ovlivněno a ohroženo. (Vágnerová, 2000)

Sebedůvěra a sebeúcta: „*Sebehodnocení zahrnuje sebepoznání, ale zároveň dává tomuto obrazu vlastního já určitou hodnotu. Jeho součástí je vědomí vlastních kompetencí. To se projevuje jako představa vlastních možností v aktuálním sociálním kontextu. Z toho vyplývá i očekávání úspěšnosti. Míra sebedůvěry bude spoluurčovat další motivaci, úroveň cílů, které si jedinec troufne stanovit. Přijatelná sebedůvěra je spojena s pocitem kontroly, možnosti nějak ovlivňovat svůj život.*“ (Vágnerová, 2004/b, str. 256)

Výše sebedůvěry je značně subjektivní a variabilní. Do určité míry závisí na tom, zda se daří dosáhnout vytyčených cílů, či nikoliv. Jiným faktorem, který též může ovlivnit míru sebedůvěry, je rozpor mezi reálnými a ideálními schopnostmi a možnostmi. Někteří lidé mají sklony k podceňování se, a to se pak odráží na jejich úspěchu (např. v zaměstnání, osobním životě, ve škole atd.). Tito jedinci si obvykle netroufají usilovat o dosažení vyšších a náročnějších cílů, o splnění svých představ, a jsou spíše pasivní. Vágnerová (2004/b, str. 256) uvádí, že „*naučená bezmoc je jedním z možných projevů sebedůvěry, vede ke ztrátě pocitu kontroly, takový člověk nevěří, že by on sám mohl výsledek nějak ovlivnit, a proto raději rezignuje.*“

Sebeláska: „*Součástí postoje k sobě samému není jen rozumové hodnocení, ale i citový vztah, sebeláska. Je vyjádřena mírou sebeakceptace, která je výsledkem různých dílčích ambivalentních pocitů.*“ (Vágnerová, 2004/b, str. 257)

2.3.1.2 Základní složky sebepojetí

Vágnerová (2004/b) uvádí, že lze rozlišit tři základní složky sebepojetí, které jsou výsledkem zobecnění zkušenosti se sebou samým.

Psychická identita: „*psychické já je souhrnem individuálně typických duševních procesů a vlastností, které vytvářejí představu o sobě samém, o své vlastní psychice. Člověk chápe svoje psychické projevy jako součást já, zaujímá k nim určitý postoj a umí je odlišit.*“ (Vágnerová, 2004/b, str. 254) Psychickou identitu lze rozdělit na dvě složky na kognitivně-receptivní a na integrující a regulativní složku. „*První kategorie zahrnuje pocitové schéma vlastního já, to znamená, jak člověk vnímá své psychické projevy a prožívá svou existenci. Dále k ní patří kognitivní schéma vlastního já, které zahrnuje rozumové zpracování všech informací, jež se stanou obsahem vědomí.*“ (Vágnerová, 2004/b, str. 254) Integrující a regulační složka zahrnuje vědomí, že „*je člověk schopen aktivně reagovat a regulovat vlastní psychiku.*“ (Vágnerová, 2004/b, str. 254)

Sociální identita: „*Součástí sebepojetí je i příslušnost jedince k určitým sociálním skupinám, jeho role, které zde získal, a míra jejich prestiže, kterou svému nositeli přináší. Jednotlivé role jsou pak nějakým způsobem integrovány do celkového sebepojetí. V tomto směru není bez významu ani osobní vztah k vlastním rolím, mohou mít rozdílný subjektivní význam a člověk se s nimi v nestejně míře identifikuje. Mohou být akceptovány či odmítány, mohou přinášet odlišnou míru uspokojení.*“ (Vágnerová, 2004/b, str. 254)

Sociální roli si člověk nevybírám, ale je mu přisouzena okolím. Jedinci s postižením je pak přisouzena role postiženého. „*Znakem této role je přiznání určitých privilegií, ale na druhé straně ztráta některých práv, která mají jen zdraví. Postižený má právo na ohledy, trpělivost a toleranci nedostatků, jež z jeho handicapu vyplývají. Avšak zároveň je považován za nesrovnatelného se zdravými, až méněcenného.*“ (Pávková, 1996, str. 76 in Vágnerová, 1999, str. 100)

Tělesná identita: „*Člověk svoje tělo určitým způsobem vnímá, pociťuje ho a hodnotí. Ví, jaké jsou hranice mezi tělovým já a ne-já. Významnou součástí tělesné identity je tělové schéma. Člověk zaujímá určitý postoj, hodnotí je, má k němu nějaký citový vztah, akceptuje ho, anebo odmítá, atd. Je důležité, aby člověk přijal svoje tělové schéma takové, jaké je, aby byl sám se sebou identifikován.*“ (Vágnerová, 2004/b, str. 253)

Vnímáním tělesného schématu u lidí s tělesným postižením se podrobněji budu zabývat v kapitole 2.3.3. Tělesné sebepojetí.

2.3.2 Pocit méněcennosti

Pocit méněcennosti úzce souvisí se sebehodnocením jedince a vyplývá z jeho nepříjemného prožitku vlastní nedostatečnosti nebo závislosti na ostatních. Matějček (in Koluchová, 1989, str. 43) definuje pocit méněcennosti jako *„zážitek tísně, zahanbení, vzdoru i závisti, že nestačíme na situaci, do které jsme se dostali, že jiní jsou úspěšnější a o mnoho lepší a že se jim nemůžeme vyrovnat.“*

Koluchová (1989, str. 43) pak ještě dodává, že *„pocit méněcennosti se všemi svými komplikacemi provází především jedince se zjevnými odchylkami tělesného vzhledu. Z tohoto hlediska jsou zvláště nepříjemnou zátěží všechny deformity v obličeji (případně na rukách), protože obličej a tvář má osobitý význam v kontaktu s lidmi a je tedy nejvíce vystaven pozornosti.“*

Křivohlavý (2001, str. 78) upozorňuje na to, že sklon k pocitu méněcennosti mají především lidé s nízkým sebehodnocením. *„Cítí se totiž příliš slabí tváří v tvář těžkostem a mají dojem, že rozdíl mezi jejich skutečným „já“ a jejich sebeideálem je mimořádně veliký.“*

2.3.3 Tělesné sebepojetí

V předchozí kapitole jsem uvedla, že tělesné sebepojetí je jednou ze složek celkového sebepojetí. *„Obraz těla je tedy neoddělitelnou součástí obrazu, který si vytváříme o své osobě, o vlastním Já. Vnímání těla a tělového schématu je úzce spjato se sebehodnocením. Nemá-li rádi své tělo, nemáme obvykle rádi ani sebe sama a naopak.“* (Novosad, 2002, str. 49)

Protože je lidské tělo důležitým elementem identity člověka, tj. součástí vlastního „já“, je velmi důležité, aby se jedinec dokázal se svou odlišností vyrovnat, aby byl sám se sebou ztotožněn.

U tělesně handicapovaných se můžeme setkat s tím, že mají zkreslenou představu o vlastním těle a o jeho možnostech. Toto může být způsobeno tím, že ho mnohdy ani

nemohou vnímat stejným způsobem, jakým ho vnímají děti nepostižené. Na straně druhé může zkreslenou představu vlastního těla ovlivňovat i složka emocionální, a to především v tom případě, kdy jedinec nechce vnímat skutečnost takovou, jaká je a svůj handicap si nepřipouští. (Vágnerová, 2000)

Někteří lidé s postižením se snaží svůj „tělesný nedostatek“ kompenzovat zdůrazněním hezké části těla. U tělesně postižených jedinců tedy není neobvyklý extravagantní účes, piercing v obličeji, výrazné líčení, péče o nehty nebo značné množství prstýnků. Tímto způsobem se snaží zdůraznit svou nepostiženou část a upoutat na ni pozornost.

Jiným mechanismem, který používá tělesně postižený jedinec, aby se vyrovnal se svým nedostatkem, je snaha vyniknout v určité oblasti nebo oboru - a to většinou v takovém, který je obyčejně na základě obecného přesvědčení v důsledku postižení považován za nedostupný a nedosažitelný. Častým prostředkem kompenzace je například intelektuální úspěch. Vágnerová cituje doktorku Neumannovou, která této strategii využila: *„Možná to bude znít komicky, ale tohle byl jeden z důvodů, proč jsem si vybojovala doktorát. Před určitým druhem lidí se dávám zásadně titulovat ‚paní doktorko‘. Je to pro ně šok. A je to moje zbraň“* (Vágnerová, 2004/a, str. 254). Podobný princip kompenzace lze pozorovat i na osudech lidí se získaným handicapem, kteří se znovu naučí chodit, plavat, jezdit na koni apod.

Přestože je lidská vůle opravdu veliká, tak i přesto zůstanou některé oblasti, které jsou vzhledem k postižení, nedosažitelné a snaha o překonání obtíží za každou cenu může vést k maladaptivnímu chování, tj. k chování sociálně nežádoucímu. Ve většině případů je hlavní příčinou takové chování především to, že jedinec nechce nebo nedokáže přijmout skutečnost takovou, jaká je.

Obraz sebe sama tedy zahrnuje představu o svém těle, o jeho hranicích, o jeho velikosti, povrchu, jednotlivých částech a vztahu těchto částí. Jedinec je v podstatě schopen určit to, čím je a čím už není, tedy to, co už je jeho okolí. U dětí s handicapem může být toto vymezení značně limitováno. Protože *„představa vlastního těla je spojena s celou řadou sensorických zkušeností a tělesných pocitů. Není ovlivněna jen srovnáním s ostatními lidmi v okolí. (...) Ochrnutému člověku někdy tyto pocity chybějí, jeho vědomí vlastního těla se ztratilo, má pocit odtělesnění.“* (Vágnerová, 2004/a, str. 255)

2.3.3.1 Kulturní a sociální význam tělesného sebepojetí

Tělesné sebepojetí je jednou ze složek celkového sebepojetí. To, jak člověk vnímá své tělo, se odráží na jeho identitě. Tělo je tedy objektem osobního prožívání a reflexe, ale mimo to má i svůj sociální význam. Vágnerová (1995, str. 133) uvádí, že *„tělesné schéma neboli zevnějšek člověka lze pojímat jako jeden z aspektů sociální prezentace vlastní osobnosti. Tělo je mnohdy prvním informačním signálem o určitém člověku.“*

Představu o těle si vytváříme z vlastních vnitřních zkušeností, představ a počitků, které jsou pak také regulovány vnějším okolím. Vnímání a hodnocení vlastního těla je tedy na jedné straně značně individuální záležitostí, ale na straně druhé se ve svém hodnocení jedinec nevyhne působení dalších faktorů, které ho v jeho úsudku ovlivní. Jedním takovým faktorem jsou společenské trendy a normy, které definují ideál krásy. V tělesném sebepojetí se tedy odráží i společenský tlak. (Novosad, 2002)

Dnešní společnost vyžaduje, aby člověk dbal o svůj zevnějšek a tělesnou atraktivitu. Tělo by mělo být zdatné, zdravě vypadající, opálené a štíhlé. Jedinec, který tyto požadavky splňuje, je většinou okolím mnohem lépe hodnocen. Vágnerová (2004/a, str. 253) poznamenává, že *„nápadné změny a odlišnosti naopak snižují sociální status postiženého jedince a nepříznivě ovlivňují jeho sociální hodnocení i akceptaci okolím.“*

Každá kultura i společnost si vytváří jinou image těla, která potom ovlivňuje naše sebepojetí. Ideál tělesné krásy v průběhu dějin měnil, ale v každém z nás zůstává zakořeněná touha se co nejvíce přiblížit „ideálu krásy“. Tělesně handicapovaní mají značně ztíženou situaci, neboť často pociťují rozpor mezi estetickým ideálem a vzhledem vlastního těla. (Novosad, 2002)

3 Praktická část

3.1 Cíl výzkumu

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na sebepojetí a psychosociální obraz jedince s tělesným handicapem. Cílem praktické části je udělat hlubší sondu do prožitkové oblasti takto postiženého jedince – konkrétněji jsem se zaměřila na to, jak vybraní jedinci vidí a prožívají svůj handicap, zajímal mne tedy jejich subjektivní pohled.

3.2 Metodika výzkumu

Pro účely praktické části práce jsem použila metod kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkumná strategie pracuje s relativně malým počtem participantů a podává informace jen o malé skupině jedinců. Generalizace na celou populaci je proto velmi náročná, někdy i nemožná. (Švaříček, 2007) Tento přístup kvalitativního výzkumu se mi jevil jako velmi vhodný, neboť se domnívám, že není tolik důležité přímo definovat to, jak se „všichni“ jedinci s handicapem cítí, jak svůj handicap prožívají a vnímají. Důležité je spíše snažit se o pochopení a porozumění lidem v této konkrétní situaci.

Těžiště práce spočívalo ve strukturovaném rozhovoru s otevřenými otázkami. *„Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami se sestává z řady pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět.“* (Hendl, 2005, str. 174)

Další pouze však doplňkovou technikou bylo pozorování, které se týkalo hlavně chování při rozhovoru, ale také chování a jednání v každodenních situacích – a to v prostředí známém a běžném, ale i v prostředí zcela novém. Hendl (2005) uvádí, že jednou ze zásad kvalitativního výzkumu je to, že se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu se situací jedince nebo skupiny jedinců. Tyto situace obvykle reflektují jejich každodennost.

Jednotlivé respondentky byly vždy seznámeny se záměrem rozhovoru, tedy s tím, že slouží pro účely praktické části bakalářské práce. Dále byly informovány o tom, že

veškeré informace budou použity zcela anonymně. Se smluvenými podmínkami všechny respondentky souhlasily.

Strukturované rozhovory vždy probíhaly na základě připraveného schématu, které lze rozdělit na několik dílčích částí. První část obsahovala otázky, které měly navodit téma rozhovoru. Dále pak následovaly fáze, jež lze označit za stěženi, neboť se týkaly oblasti subjektivního hodnocení vlastního handicapu a míry vyrovnání se s handicapem.

3.3 Respondenti

Pro uskutečnění praktické části jsem zvolila tři respondentky, které mají společných několik charakteristik: vrozený tělesný handicap, dětská mozková obrna, studují. Další společnou vlastností je, že jsou to všechno ženy. Věková hranice byla 19 – 39 let, rozdíl mezi nejmladší a nejstarší respondentkou je tedy cca 20 let.

3.4 Zpracování dat

Jednotlivé rozhovory byly vždy provedeny osobně a probíhaly na předem smluveném místě. S některými respondentkami jsem se sešla i několikrát, protože bylo třeba některé odpovědi upřesnit či dále rozvést. V průměru trval celý rozhovor 1 – 1,5 hodiny.

Pro práci se získanými rozhovory jsem se nechala inspirovat metodou vyhodnocování, která využívá principů zakotvené teorie.

Prvním úkolem bylo všechny rozhovory přepsat. Pro tento účel jsem využila doslovnou transkripci. Kdy jsem přepsala mluvené slovo z rozhovorů do písemné podoby. Rozhovory jsem neupravovala z toho důvodu, že pro další práci s daty může být důležitý sebemenší detail.

Všechny rozhovory jsem si zpracovala do úhledné tabulky, kde jsem měla přehledně uvedeny jednotlivé otázky a odpovědi všech respondentek. Data jsem si takto vizualizovala pro účel lepšího vyhodnocování, abych si mohla všimnout rozdílů při odpovědích, porovnávat jednotlivá místa textu a opatřovat je svými komentáři.

Hendl (2005) uvádí, že během prvního průchodu daty provede výzkumník otevřené kódování. Lokalizuje témata v textu a přiřazuje jim pojmenování. Témata mají vztah k položeným otázkám výzkumného šetření, k přečtené literatuře a k pojmům používaným účastníky. Samotným kódováním se rozumí rozkrytí dat, hledání souvislostí a rozdílů, které následně vedou k jejich interpretaci. Dále Hendl (2005) uvádí, že otevřené kódování lze aplikovat různým způsobem, lze kódovat slovo, odstavce, významové celky, nebo celé texty a případy.

Švaříček (2007, str. 211) uvádí, že nejdříve by se mělo začít tak, že „*analyzovaný text rozdělíme na jednotky. Jednotkou může být slovo, sekvence slov, věta, odstavec.*“ Dále upozorňuje na to, že je nutné „*nevolit hranice jednotky formálně, nýbrž podle významu, to znamená, že se jednotkou stává významový celek různé velikosti (jednou to může být slovo, podruhé delší souvětí).*“ Dále pak poznamenává, že „*ačkoli je někdy zakotvená teorie ztotožňovaná s analýzou hloubkových rozhovorů, v metodologické literatuře se klade důraz na mnohazdrojový sběr dat. Datový korpus tak může obsahovat přepisy rozhovorů, záznamy z pozorování, dokumenty atd.*“ (Švaříček, 2007, str. 87)

Tento princip se mi jevil jako velmi vhodný, proto jsem jako jednotku kódování volila významový celek.

Nejdříve jsem tedy začala porovnávat jednotlivé odpovědi mezi sebou, všímala si podobností či rozdílů. Pokládala si otázky, zda se odpovědi v něčem shodují, zda mají něco společného. Nebo naopak, zda se v něčem rozcházejí.

V průběhu kódování jsem si začala postupně uvědomovat, že se určité výpovědi v různých modifikacích opakují. Takto tedy vzniklo několik základních témat, které byly pojmenovány a seskupeny do kategorií. Jednotlivé kategorie se vždy vztahovaly k výzkumné otázce. Jedná se o kategorie: *šance, překážka, přirozenost*. Tyto tři kategorie jsem následně analyzovala i v axiálním kódování.

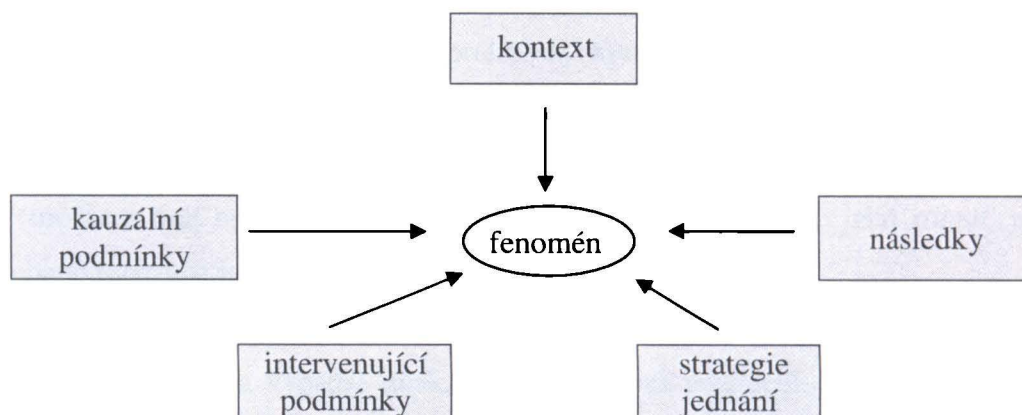
Axiální kódování je technikou, jež navazuje na otevřené kódování. V této fázi výzkumník uvažuje příčiny a důsledky, podmínky a interakce, strategie a procesy. Pro účely této fáze se užívá paradigmatický model: kauzální podmínky, intervenující podmínky, kontext, strategie jednání, následky. (Hendl, 2005) „*Axiální kódování může být použito v analýze dat jedenkrát (je seskupeno kolem centrální kategorie), nebo i vícekrát (je seskupeno kolem několika důležitých kategorií).*“ (Švaříček, 2007, str. 232)

V poslední fázi, tj. selektivním kódování, se provádí především integrace získaných poznatků. Hendl (2005) uvádí, že fáze integrace začíná již v první fázi analýzy dat, neboť

jednotlivé fáze kódování nelze striktně rozdělit, vždy se do určité míry prolínají. Nejtěžším bodem této fáze je vytvoření ústřední kategorie nebo kategorií.

„Výsledná teorie bývá jednak vyložena slovně, jednak bývá zobrazena v podobě schémat či diagramů.“ (Švaříček, 2007, str. 95)

Základ axiálního kódování



Zdroj: Hendl, 2005, str. 250

3.5 Časový harmonogram

Příprava strukturovaného rozhovoru a vyhledávání respondentů: únor 2010

Teoretická příprava výzkumného šetření + výzkumná část: únor – březen 2010

Zpracování výsledků + interpretace: březen – duben 2010

3.6 Analýza výsledků

Cílem praktické části bylo udělat hlubší sondu do prožitkové oblasti jedince s tělesným postižením. Zajímalo mě zde, jak se jedinci vnímají a prožívají svůj handicap. Co pro ně handicap vlastně znamená a jak jej třeba definují. Na základně analýzy rozhovorů vznikly určité charakteristiky toho, jak respondentky vnímají svůj handicap.

Níže uvádím schéma nejčastějších pojmů, které se vyskytly v odpovědích, a dávám je do příčinných vztahů podle zásad axiálního kódování.

Vnímání handicapu jako šance prožít plnohodnotný život za změněných podmínek

Respondentky kromě určitých překážek, které s sebou postižení jistě přináší, pojmenovaly i pozitivní aspekty postižení, které nejčastěji vnímají jako určitou šanci. Tu lze rozdělit na dvě další subkategorie – postižení jako určitá *možnost*, která otevírá nové obzory (možnost hrát boccii, možnost změněného bydliště...), nebo jako *stimul*, jenž je možné charakterizovat jako něco, co člověka posune.

Respondentkám jsem položila otázku, zda se domnívají, že postižení ovlivnilo jejich život, zda by třeba vypadal jinak, kdyby byly bez postižení. Na tuto otázku jedna respondentka odpověděla: „*Můj život by vypadal určitě jinak, neboť postižení ovlivnilo můj život veskrze pozitivně. Když přehlédneme některé negativní aspekty, které s postižením holt souvisí. Kdybych své postižení neměla, nikdy bych nedělala to, co dělám teď a nikdy bych se nepřinutila dělat tolik věcí, jako dělám. ... A to by mi přišla opravdu velice krutá změna mého života.*“ (Z1²D³) Tatáž respondentka na jinou otázku odpověděla: „*Nebýt postižená, nedokážu si představit, že bych měla tolik drzosti na to, abych napsala americké ministryni nebo napsala knížku.*“ (Z1F)

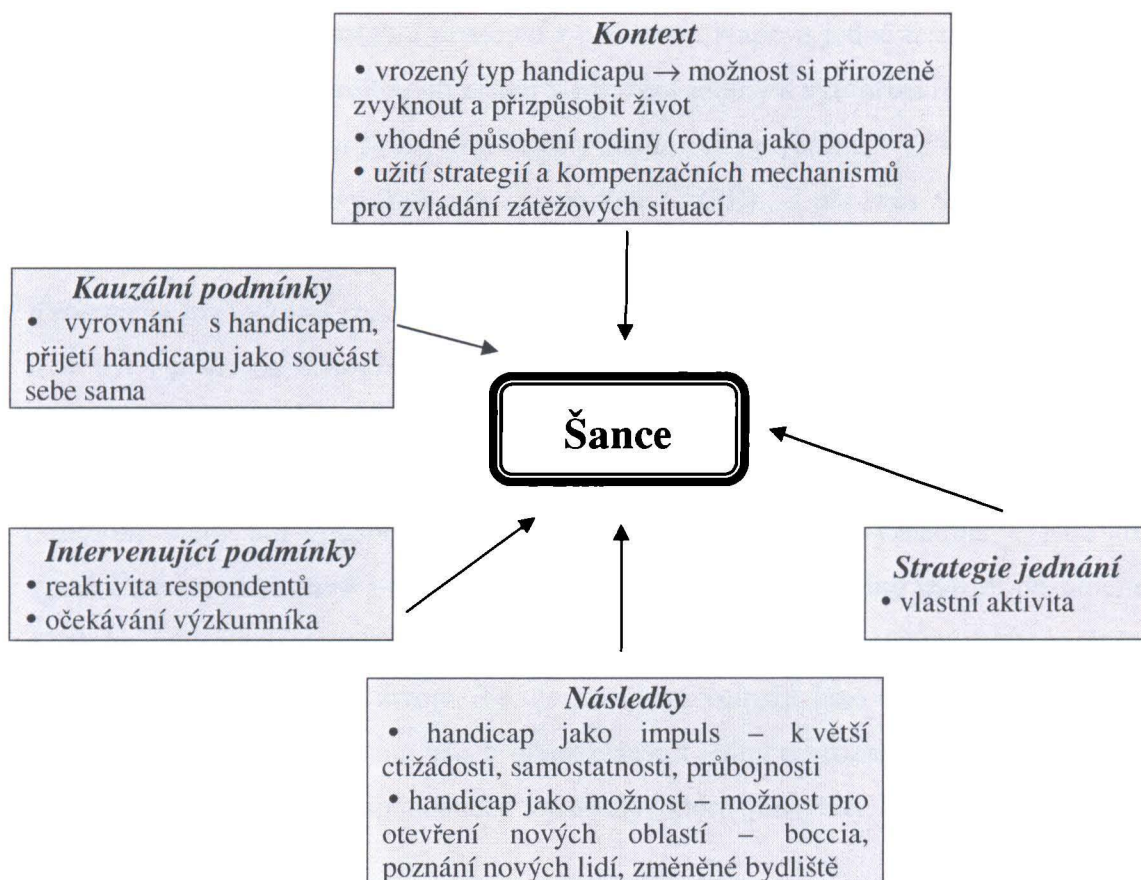
Jiná respondentka ve svém postižení spatřuje pozitivum v tom, že jej vnímá jako důvod, proč se dostala do České republiky.⁴ „*No, tak víš, že nejsem Češka a chci se jí stát, postižení mi přineslo to, že jsem tady začala přes dva roky žít. Že jsem se odstěhovala z Rumunska sem. To by asi bez postižení nebylo. A za to jsem moc ráda.*“ (Z3F) Když jsem této respondentce položila otázku, zda si myslí, že je někdo za její postižení zodpovědný, tak odpověděla: „*Ne. To tak mělo být, abych se právě dostala sem, abych třeba poznala*

² Z1, Z2, Z3 – odpovídá jednotlivým respondentkám

³ písmeno odkazuje na jednotlivé otázky, které jsou uvedeny v Příloze I

⁴ Tato respondentka je národnostní Rumunka, se svými rodiči jako malá jezdila na rehabilitační pobyty do České republiky, kterou si, jak říká ona sama, velmi zamilovala. V dospělosti se rozhodla přestěhovat.

tebe. Já to беру tak, že bych fakt byla v Rumunsku, nikdy bych neměla tohle plus, nepoznala bych ČR.“ (Z3I)



Zdroj: vlastní

Nepřeceňování významu překážek

Kromě toho, že respondentky vnímají pozitivní stránky handicapu, tak si také uvědomují i negativa nebo překážky, které přináší. Zároveň vždy ale poznamenají, že těmto omezením nepřikládají příliš veliký význam.

Z odpovědí je patrné, že respondentky spatřují v postižení určitá omezení, která ovšem pokládají za méně významná. „Určitě jsou věci, ve kterých mi postižné brání. Něco by se našlo, ale že by to bylo nějak významné, že bych strádala, tak to ne. Jsou to spíš takové banality.“ (Z2E) Další odpověď se téměř shoduje. „...nepopírám, že jsou drobnosti nebo i důležité věci, ve kterých mě omezuje, ale pro mě jsou to jen podružné aspekty, které

k tomu prostě patří...“ (Z1E) Zde si tedy můžeme povšimnout téměř synonymních odpovědí.

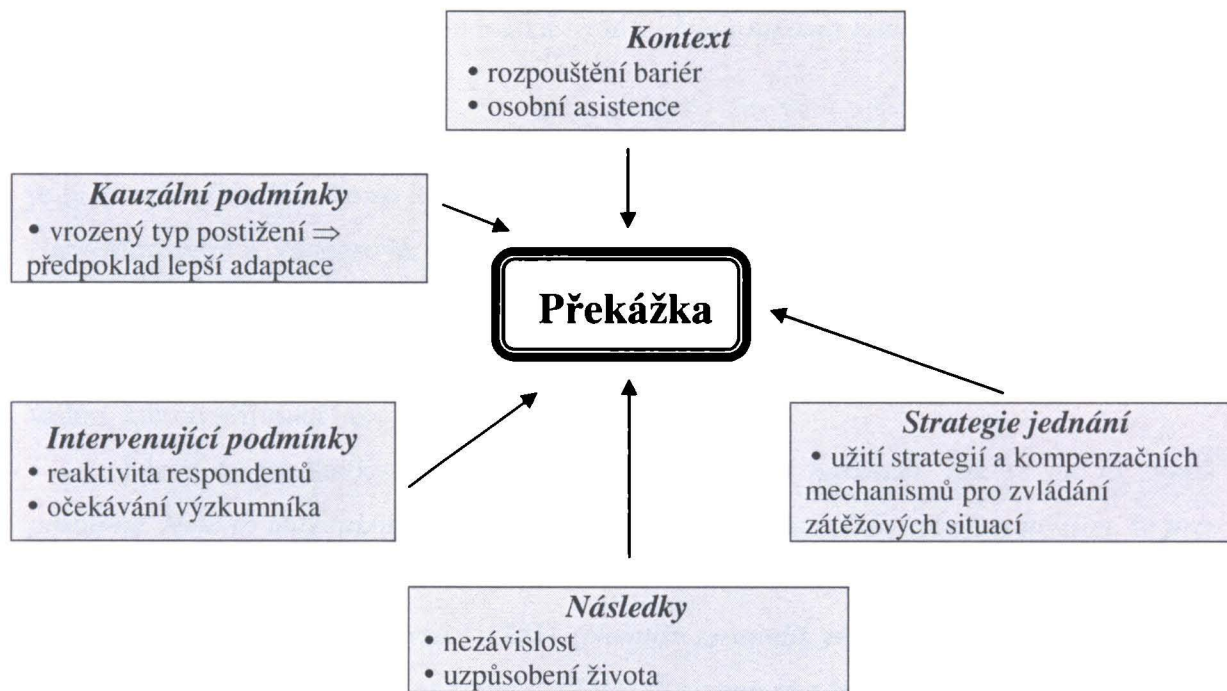
Na omezení si tedy nestěžují, spíše je berou tak, jak přichází, jsou ovšem i oblasti, kde zásadně vnímají omezení plynoucí z postižení. Např. u jedné respondentky je zjevné, že postižení bere jako určitou překážku v založení rodiny a vytvoření trvalého partnerského vztahu. *„Asi by vypadal jinak, člověk by chodil, měl by rodinu.“* (Z3D) *„S postižením je náročnější mít partnerský vťah a založit rodinu.“* (Z3E) *„...ale stále ve mně zůstává pocit, že kdyby třeba nebyla postižená, tak bych se více začlenila do kolektivu. Hlavně že bych třeba měla svojí vlastní rodinu.“* (Z3G) *„Já jsem takový ten rodinný typ. Ideální by pro mě bylo být v práci od 8 hodin do tří, pak z práce jít na nákup, přijít domu a vařit dětem. Tohle bych si opravdu přála a asi mi to bude chybět celý život...“* (Z3H)

Je jasné, že aby jedinec dospěl k „nepřeceňování významu překážek“, k tomu, že omezení, která mu způsobuje jeho handicap, nejsou tolik významná a jsou to spíš *„podružné aspekty, které k tomu prostě patří“*, tak musel k tomuto názoru postupem času nějakým způsobem dozrát. Respondentky musely přijmout postižení jako součást sebe sama, jako součást svého života. To, že postižení vnímají jako svou přirozenost, je jistě ovlivněno jednak tím, že se u všech dotazovaných jedná o vrozený typ postižení, ale také prostředím, ve kterém respondentky vyrůstaly, které jim vždy bylo významnou oporou v dosahování jejich cílů.

Jednotlivé oblasti, kde respondenty vnímají, že je handicap omezuje, jsou většinou nahrazeny jinými, ve kterých mohou naopak vynikat. Zde tedy využily řady kompenzačních mechanismů pro vyrovnávání se se zátěžovou situací. Např. jedna respondentka, která vnímá své postižení jako překážku sportovat podle svých představ, našla své uplatnění v bocciie, ve které je velmi dobrá. *„...třeba bych opravdu chodila víc ven a dělala vyloženě sporty, který teď dělat nemůžu. (...) Ráda bych si zahrála fotbal, byli jsme na škole v přírodě a hráli jsme ho tam, ale to není ono s tím vozejkem.“* (Z2D) Respondentka si tedy uvědomuje omezení vzniklá postižením. Je si vědoma toho, že postižení jí brání v tom, aby si zahrála fotbal, ale stejně tak si uvědomuje, že kdyby byla bez postižení, tak by nemohla hrát bocciu. *„Boccia byt' mě baví, tak bych ji nedělala, protože bych jí zas dělat nemohla.“* (Z2D) *„Určitě. Třeba tu bocciu. Kdybych byla zdravá, tak bych se třeba k tomu dostala, ale ne jako hráč.“* (Z2F)

Jiná respondentka uvedla, že jí na postižení vadí asi nejvíce to, že *„musí otravovat lidi okolo sebe.“* (Z1G) U této respondentky je patrné, že její fyzická omezení jsou

kompenzována intelektuálním úspěchem. Sama říká: „Čeho si na sobě nejvíce vážím? Tak to je jednoznačně můj intelekt, na kterém si velice zakládám.“ (Z1B) Její odpověď se shoduje s tvrzením Vágnerové, která uvádí intelektuální úspěch jako jednu z metod kompenzace handicapu.



Zdroj: vlastní

Postižení jako svá přirozenost

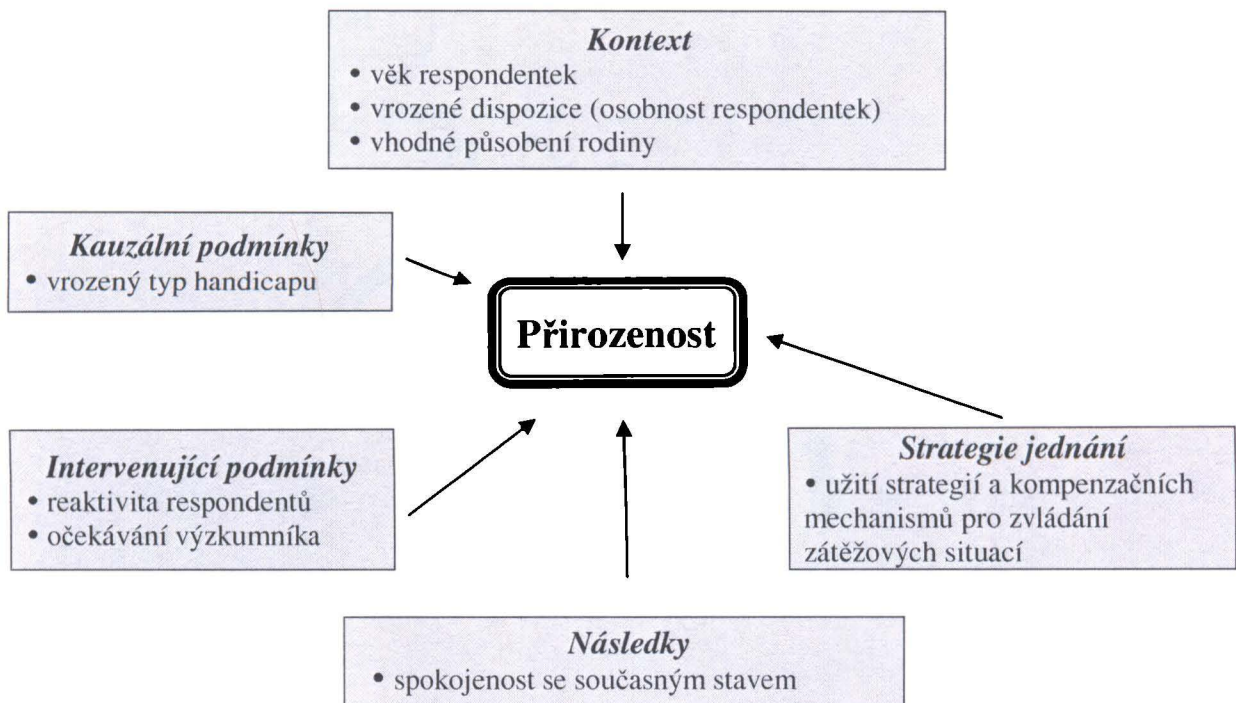
To, že respondentky vnímají postižení jako součást sebe sama, jako svoji přirozenost, je nepochybně do značné míry ovlivněné tím, že se jedná o vrozený typ postižení.

Respondentkám byla položena otázka, zda by si troufaly říci, že se se svým postižením vyrovnaly. U všech dotazovaných zazněla v různých obměnách odpověď, že nikdy nepocítily, že by se s něčím musely vyrovnávat. „Prostě postižení beru jako přirozenou věc.“ (Z2L) „Pokud můžu mluvit za sebe, tak jsem nikdy neměla, s čím bych se měla vyrovnat.“ (Z1L) „Nikdy jsem to nijak neřešila. Říkám, že přijdu. Moje kola jsou moje nohy.“ (Z3L) „Nikdy jsem neměla pocit, že se s tím někdy potřebuju vyrovnat.“ (Z3L)

Dále respondentkám byla položena otázka, zda ze svého postižení někoho obviňují, zda dávají někomu vinu. Z odpovědí vyplynulo, že nikoho neobvinují, častěji to vnímají, jako „zásah vyšší instance“. „V den, kdy jsem se narodila, jsem kromě svého života dostala od Boha ještě jeden obrovský dar – on totiž dopřál mému mozku několikasekundový kyslíkový půst. (Z1I) Jiná respondentka uvádí: „Vinu nikomu nedávám, stalo se to, co se mělo stát.“ (Z3F)

Výše jsem uvedla, že to, že respondentky vnímají postižení jako svou přirozenost, je jistě ovlivněno tím, že se jedná o vrozený typ postižení. Toto koresponduje i tvrzením Hadj-Mousové a Vágnerové, kdy Hadj-Mousová (2000) uvádí, že se dítě na s vrozeným postižením na svůj handicap mnohem lépe adaptuje, neboť si na postižení dlouhodobě zvyká. Podobně i Vágnerová (1985), která tvrdí, že děti se lépe vyrovnávají s vrozenou vadou, kterou přijímají jako samozřejmost.

Samy respondentky uvádí: „Když je člověk od narození, tak se na to zvyká postupně. Není to tedy takový šok.“ (Z2J) Jiná respondentka: „Já osobně si myslím, že pro lidi s vrozeným postižením je to mnohem snadnější, jednak nepoznali nic jiného a také mají dostatek času, aby si na to zvykli.“ (Z3J) „Nemůžu posoudit, jestli mi ovlivnil život, nemám to srovnání. Pro mě normální tohle.“ (Z3D) Vrozený typ handicapu se tedy jeví jako kauzální podmínka ve vnímání postižení jako své přirozenosti.



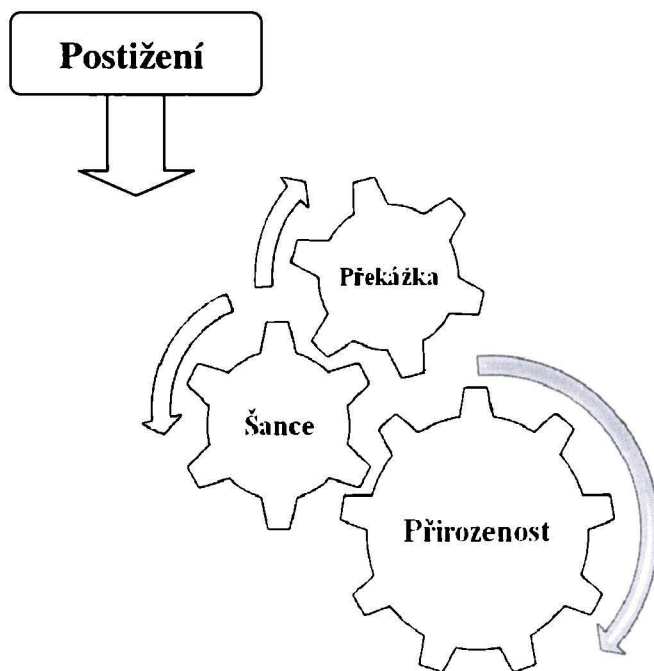
Zdroj: vlastní

3.7 Vyhodnocení

V praktické části práce jsem se zaměřila na vylíčení prožitku handicapu. Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že postižení berou jako **přirozenost**, jako součást sebe sama. Respondentky samy tvrdí, že jsou s postižením smířené, přesněji řečeno, že nikdy neměly pocit, že se s něčím musí vyrovnat. Zároveň ovšem nepopírají, že si uvědomují, že existují určité oblasti, ve kterých to mají vzhledem ke svému postižení složitější. Necítí ovšem, že by jim postižení v něčem zásadním bránilo. **Překážkám** a omezením nepřikládají až na některé výjimky příliš veliký význam. Vedle omezení umí pojmenovat i pozitivní aspekty postižení, jež vnímají jako určitou **šanci** jak prožít plnohodnotný život za změněných podmínek. Postižení není vnímáno jako pouhé omezení, spíše jako určitá výzva.

Z praktické části tedy vyplývá, že respondentky nahlíží na svůj handicap z několika úhlů pohledu, které spolu souvisí, nestojí odděleně a vždy se nějakým způsobem ovlivňují a doplňují. Tvoří celkový náhled jednice na jeho postižení.

Níže uvádím schéma nejčastěji uvedených kategorií. Tyto kategorie pak tvoří základ pro pochopení toho, jak jedinec pojímá svůj handicap.



Zdroj: vlastní

4 Závěr

Cílem a smyslem této práce bylo přiblížit problematiku *sebepojetí a psychosociálního obrazu jedince s tělesným handicapem*.

Těžiště praktické části spočívalo v pozorování a ve strukturovaných rozhovorech se třemi respondentkami. I z tohoto důvodu bych ráda upozornila na to, že je tedy zřejmé, že vyvozené závěry nelze generalizovat jako obecnou definici, přesto však zjištěné výsledky přináší několik důležitých poznatků.

Není výjimkou, že značná část společnosti vnímá tělesně postižené jako objekty lítosti, jako někoho, kdo má těžký a trýznivý osud, jako chudáky apod. Ale podíváme-li se na to z pohledu jedinců s tělesným postižením, tak zjistíme, že své postižení nevnímají pouze jako něco, co je omezuje a co jim znesnadňuje život, ba naopak – ve svém postižení vidí určitou možnost a výzvu. Jsou schopni pojmenovat i pozitivní stránky postižení. Berou ho jako součást sebe sama, jako svojí přirozenost. A jakkoli se nám to může zdát zarážející, tak omezením, která z postižení vyplývají, nepřikládají až na některé výjimky tak veliký význam, jak by se na první pohled mohlo zdát. Samy respondentky uvedly, že omezení „berou jako podružné aspekty, které k tomu prostě patří“ jako „banality“. Na tomto místě je ale vhodné poznamenat, že je to zřejmě také ovlivněné tím, že se jedná o vrozený typ postižení. Dá se tedy říci, že respondentky měly příležitost (nikoliv ovšem výhodu) si na své postižení zvyknout a uzpůsobit mu život, což se shoduje s názory mnohých odborníků (Hadj-Mousová, Novosad, Vágnerová), které jsou uvedeny v teoretické části.

V teoretické části také bylo popsáno mnoho technik, které se využívají ke zvládnání zátěžových situací. V rozhovorech jsme si mohli povšimnout, že u vybraných reponodnetek bylo nejčastěji využito kompenzace, kdy respondentky přenesly svůj zájem do oblasti, která jim je dostupná a ve které je možné najít uplatnění.

Dá se tedy říci, že se teoretická východiska do určité míry téměř vždy odráží v praxi. Získané rozhovory se vskutku v určitých bodech opírají o teoretické poznatky, proto je nezbytné, aby se speciální pedagog vždy seznámil s teorií, ale stejnou měrou bych ráda upozornila, že stejně tak je velmi důležité všechny tyto „definice“ uchopovat s určitou opatrností. Musíme si uvědomit, že osobnost každého z nás opravdu funguje „jako integrovaný celek, který je individuálně typický“ (Vágnerová, 2004/a, str. 511) Čili každý

jedinice, ať už s handicapem či nikoliv, je jedinečnou bytostí a takto k němu také musíme přistupovat. Má-li tedy speciální pedagog přispívat ke zvládnutí zátěžových situací, k rozvoji osobnosti apod., je nezbytné, aby zaměřil svou pozornost nikoli pouze na teoretické poznatky, ale aby šel ve svém poznání mnohem hlouběji, zvolil komplexní přístup a snažil se pochopit a porozumět jedinci v této konkrétní situaci.

Domnívám se, že prací, jež se zabývají handicapem ze subjektivního pohledu jedince s postižením, by mělo vznikat více. Přestože opravdu došlo ke značnému posunu ve vnímání jedinců s handicapem, tak i přesto ve společnosti stále existuje mnoho zažitých mýtů a předsudků o lidech s postižením. Troufám si říci, že neznám lepší způsob, jak tuto problematiku přiblížit, než nechat „promluvit“ přímo samotné jedince s postižením. A doufám, že přestože jsem se ve své práci zaměřila pouze na některé aspekty psychosociální situace jedince s tělesným handicapem, tak tato práce může přispět k zvýšenému zájmu o tuto problematiku.

5 Seznam literatury

Knižní publikace

- 1) BLATNÝ, M.: *Temperament, inteligence, sebezpetí*, Brno a Tišnov: Psychologický ústav AV ČR, 2003. ISBN 80-86620-05-0.
- 2) EDELSBERGER, L.: *Defektologický slovník*, Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5
- 3) FIALOVÁ, L.: *Body image jako součást sebezpetí člověka*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2001, ISBN 80-246-0173-7.
- 4) FISCHER, S.: *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*, Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- 5) HÁJKOVÁ, V.: *Bazální stimulace, aktivizace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*, Praha: Somatopedická společnost, 2009. ISBN 978-80-904464-0-3.
- 6) HARTL, P.: *Psychologický slovník*, Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
- 7) HARTL, P.: *Psychologický slovník*, Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- 8) HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- 9) JANDOUREK, J.: *Sociologický slovník*, Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
- 10) JANKOVSKÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*, Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
- 11) KOLUCHOVÁ, J.: *Přehled patopsychologie dítěte I*, Praha: SPN, 1989.
- 12) KOLUCHOVÁ, J.: *Přehled patopsychologie dítěte II*, Praha: SPN, 1989.
- 13) KRACÍK, J.: *Patopsychologie postiženého dítěte: Tělesně a zdravotně postižené dítě*, Praha: SPN, 1984.
- 14) KRAUS, J.: *Tělesně postižené dítě: Jeho psychologie, léčba a výchova*. Praha: SPN, 1964.

- 15) Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením: *Sborník z konference somatopedické společnosti k 50. výročí založení Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity*, Brno: Paido, 1995. ISBN 80-85931-18-4
- 16) KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*, Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- 17) MATĚJČEK, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7
- 18) NOVOSAD, L.: *Problém tělesnosti u hendikepovaných osob z hlediska filozofie výchovy*, Praha: Univerzita Karlova, 2002. ISBN 80-7290-091-9
- 19) NOVOSAD, L.: *Základy speciálního poradenství*, Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5
- 20) OPATŘILOVÁ, D: *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*, Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9
- 21) SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*, Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- 22) STRNADOVÁ, I.: *Od marginalizace k důstojnému životu: dospělé a stárnoucí ženy s mentálním postižením*, Praha, Univerzita Karlova, 2009. ISBN 978-80-7290-413-6.
- 23) ŠVAŘÍČEK, R.: *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 24) VÁGNEROVÁ, M. a kol.: *Psychologie handicapu*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.
- 25) VÁGNEROVÁ, M.: *Kapitoly z patopsychologie dítěte*, Praha: Univerzita Karlova, 1985.
- 26) VÁGNEROVÁ, M.: *Patopsychologie dítěte pro speciální pedagogy*, Praha: SNP, 1988.
- 27) VÁGNEROVÁ, M.: *Patopsychologie I*, Liberec: Technická univerzita v Liberci, 1995. ISBN 80-7083-158-8.
- 28) VÁGNEROVÁ, M.: *Patopsychologie II*, Liberec: Technická univerzita v Liberci, 1995. ISBN 80-7083-159-6.
- 29) VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3. (a)
- 30) VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*, Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

- 31) VÁGNEROVÁ, M.: *Základy psychologie*, Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3. (b)
- 32) VALENTA, M.: *Herní specialista v somatopedii*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0763-9
- 33) VÍTKOVÁ, M.: *Somatopedické aspekty*, Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

Internetové zdroje

- 1) KRHUTOVÁ, L.: *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa* [online] [cit. 2010-02-21]. Dostupné z: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000205.pdf>>
- 2) NOVOSAD, L.: *Problematika a širší kontext ucelené rehabilitace dospělých osob s DMO* [online] [cit. 2010-03-01]. Dostupné z: <<http://www.dmoinfo.cz/modules.php?name=News&file=print&sid=128>>
- 3) BUŘVALOVÁ, D.: *Tělesně postižený* [online] [cit. 2010-02-11]. Dostupné z: <<http://www.viod.cz/editor/assets/download/postizeny.pdf>>
- 4) *Informace o vzdělávání žáků se zdravotním postižením* [online] [cit. 2010-02-15]. Dostupné z: <<http://clanky.rvp.cz/clanek/o/s/346/INFORMACE-O-VZDELAVANI-ZAKU-SE-ZDRAVOTNIM-POSTIZENIM.html/>>

6 Přílohy

Příloha I

Struktura rozhovoru:

- (A) Můžeš se prosím představit, sama sebe charakterizovat?
- (B) Čeho si na sobě nejvíce vážíš a co bys naopak na sobě chtěla změnit?
- (C) Připadáš si jiná než ostatní? Jestliže ano, v čem jsi tedy jiná a kdy sis to začala uvědomovat?
- (D) Ovlivnilo postižení tvůj život? Domníváš se, že by vypadal jinak, kdybys byla zdravá?
- (E) Připadá ti, že ti tvůj handicap v něčem omezuje, že ti brání?
- (F) Myslíš, že ti tvé postižení přináší něco pozitivního, že ti například otevřelo určité oblasti, které bys jinak nepoznala?
- (G) Stává se ti někdy, že máš pocity smutku, které souvisí nebo vyplývají z tvého postižení?
- (H) Přála sis někdy, abys mohla být alespoň jeden den bez postižení?
- (I) Myslíš, že je za tvé postižení někdo zodpovědný?
- (J) Připadá ti horší být tělesně postižená od narození nebo postižení získat až v průběhu života?
- (K) Které postižení ti připadá nejhorší (tělesné, sluchové, zrakové, mentální)?
- (L) Troufla by sis říct, že ses se svým postižením vyrovnala? Jestliže ano, co ti nejvíce pomohlo?

Kódovaný rozhovor

(A) Můžeš se prosím představit, sama sebe charakterizovat?

Jmenuji se Alena⁶, mám ráda Bocciu a jsem ráda s kamarádama.

(B) Čeho si na sobě nejvíce vážíš a co bys naopak na sobě chtěla změnit?

Váším, nevím, to je těžké. A na sobě změnit, možná tu upovídanost, někdy jsem opravdu děsně upovídaná a můžu tím někomu lézt na nervy.

(C) Připadáš si jiná než ostatní? Jestliže ano, v čem jsi tedy jiná a kdy sis to začala uvědomovat?

Tak jiná si nepřijdu, ale když se na to podívám, třeba z tvého pohledu, tak jiná jsem, protože jsem postižená.

(D) Ovlivnilo postižení tvůj život? Domníváš se, že by vypadal jinak, kdybys byla zdravá?

Určitě ovlivnilo, ale těžko asi specifikovat. Byl by jiný, třeba bych opravdu chodila víc ven a dělala vyloženě sporty, který teď dělat nemůžu. Chodila bych na diskotéky. Ráda bych si zahrála fotbal, byli jsme na škole v přírodě a hráli jsme ho tam, ale to není ono s tím vozíčkem. Boccia by mě bavila, tak bych jí neděla, protože bych jí zas dělat nemohla.

(E) Připadá ti, že ti tvůj handicap v něčem omezuje, že ti brání?

Určitě jsou věci, ve kterých mi postižení brání. Něco by se našlo, ale že by to bylo nějak významné, že bych strádala, tak to ne. Jsou to spíš takové banality.

(F) Myslíš, že ti tvé postižení přináší něco pozitivního, že ti například otevřelo určité oblasti, které bys jinak nepoznala?

Určitě. Třeba tu bocciu. Kdybych byla zdravá, tak bych se třeba k tomu dostala, ale ne jako hráč. Prostě vůbec tak všeobecně. Všeoobecně vidím výhodu v tom, že vzhledem k tomu, že jsem na vozíčku, tak jsem se musela naučit spoustu věcí řešit sama a umět se přizpůsobit. Kdybych byla zdravá, tak věci, který teď musím řešit, tak to by byl asi problém. V tomhle tom je to pozitivní. Kdybych byla zdravá, tak bych spoustu věcí neřešila, nemusela je řešit, přišly by mi nedůležité, ke spoustě věcí bych se nedostala.

⁶ Uvedené jméno je pouze fiktivní

(G) Stává se ti někdy, že máš pocity smutku, které souvisí nebo vyplývají z tvého postižení?

To jo, právě třeba mám takový to, že nevím, závidím, jak třeba můžou jít na diskotéku a vyloženě a takový bavit se s kamarádka.

postižením' => omezením' (důsledky)

(H) Přála sis někdy, abys mohla být alespoň jeden den bez postižení?

No, tak nad tím jsem nepřemýšlela, to ne. Spíš jako si to nějak nedovedu představit, že bych byla jeden den bez vozejků, najednou bych nevěděla co, teď už jsem tak nějak zajatá. Bylo by to určitě strašně divný.

postižením' jako přirozenost (эвыде)

(I) Myslíš, že je za tvé postižení někdo zodpovědný?

Ne, to ne, myslím, že to tak prostě mělo být.

neobviňovatelná

(J) Pripadá ti horší být tělesně postižená od narození nebo postižení získat až v průběhu života?

Myslím si, že určitě po úraze. Když postižení získáš po úraze, tak je člověk zvyklej na vědomí. A najednou se mu to stane a on se s tím musí rychle vypořádat. A nejen on, ale i jeho okolí. Když to, když je člověk od narození, tak se na to zvyká postupně. Není to takový šok.

úraz horší

vědění. MOC. omezením'

vrozený typ => možnost se lépe zvyknout

(K) Které postižení ti připadá nejhorší (tělesné, sluchové, zrakové, mentální)?

No, nejhorší určitě jako mentální. I když si na vozejků a nějak ti to vcelku myslí, tak si dokážeš o spoustu věcí říct. Neříkám, že člověk s mentálním postižením ne, ale je to prostě jiné. Neříkám, že člověk mentálně postižený ne. Když člověk nevidí, tak je to taky jiný, ale dokáže si říct. Mentálně – žije ve vlastním světě a nedokáže si říct. Mám kamarádka a je autistka – má zajatý svoje, když kolikrát něco nechtěla, tak zuřila. Ale úžasně hraje na klavír, má skvělý hudební sluch. Nemůžu říct, že jsou hloupý, oni to mají akorát jinak. Mají svůj svět. Který jim neumožňuje žít, nebo řešit normální běžný situace, v tom jejich světě je akorát to, co oni chtějí, v něčem jsou úžasný, v něčem vynikají víc, než kterýkoli jiný člověk.

HP. Nejhorší'

inteligentní jako moc. nezavislost

срст. дүүлелітост інтелекту -> патэлаіам'мu рыжанамu

em pacie

(L) Troufla by sis říct, že ses se svým postižením vyrovnala? Jestliže ano, co ti nejvíce pomohlo?

Určitě ano, co mi v tom pomohlo? Nevím, prostě postižení beru jako přirozenou věc. Určitě mi to hodně usnadnili rodiče, díky nim. Díky rodičům. Do dvou jsem nic nedělala, díky tomu, že se mnou cvičili, tak jsem na tom, tak jak jsem teď.

vytvořením' e postižením'

prostě jako přirozenost

rodice jako podpora