

Vnímání psychických a fyziologických potřeb u lidí s tělesným postižením

Martina Machová

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Martina MACHOVÁ

Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Vrozené a získané tělesné postižení

Zásady pro vypracování:

Analýza literárních pramenů a zpracování teoretických východisek

Příprava výzkumu, výběr a charakteristika výzkumného souboru

Provedení výzkumu

Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu

Přijetí odpovídajících závěrů

Doporučení pro praxi

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. 3.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

VÍTKOVÁ, M. Somatopedické aspekty. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

PIPEKOVÁ, J. (ed). Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. 3.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1073-7.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Hana Včelařová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

13. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

15. května 2009

Ve Zlíně dne 13. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

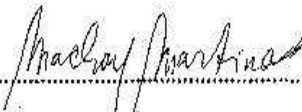
Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 10.3.2009


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může se zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělení svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 sůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přiměřeně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá vrozeným a získaným tělesným postižením, jeho příčinami, druhy a obecnou charakteristikou. Dále se snaží přiblížit vývoj tělesně postižených lidí s ohledem na vnímání a uspokojování psychických a fyziologických potřeb. V závěru se zabývá důležitými determinanty, které ovlivňují vnímání těchto potřeb. V praktické části zjišťuje, jak lidé s vrozeným nebo získaným tělesným postižením vnímají psychické a fyziologické potřeby.

Klíčová slova: vrozené tělesné postižení, získané tělesné postižení, psychické potřeby, fyziologické potřeby, vývoj psychických a fyziologických potřeb u postižených lidí.

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with congenital/inborn and acquired disabilities, the causes, types and general characteristics. In addition, it attempts to shed light on personality development of disabled people with regard to their perceptions of personal satisfaction and psychological and physiological needs. The conclusion deals with the important determinants that affect the perception of these needs.

The practical part is to find out how people with congenital/inborn or acquired disabilities perceive psychological and physiological needs.

Keywords: congenital/inborn disability, acquired disability, psychological needs, physiological needs, development of psychological and physiological needs of disabled people.

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Haně Včelařové za cenné rady a pomoc při zpracování této práce.

Rovněž děkuji všem praktickým lékařům, ortopedům, ale také respondentům, kteří věnovali svůj čas na vyplnění mého dotazníku, a také i rodičům, kteří mi poskytli významnou podporu při psaní mé bakalářské práce.

Motto:

„Značná část společnosti žije v představě, že všichni postižení lidé jsou nešťastníci, že nemají, a dokonce ani nemohou mít smysl pro humor, že zábava, radost, úspěch nebo např. sexuální život nejdou s postižením dohromady“.

(Slowík, 2007, s. 21)

OBSAH

OBSAH	9
ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA VROZENÉHO A ZÍSKANÉHO TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ	14
1.1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ	15
1.1.1 VROZENÉ TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	15
1.1.2 ZÍSKANÉ TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	16
1.2 PŘÍČINY VZNIKU TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ	16
1.3 DRUHY JEDNOTLIVÝCH TĚLESNÝCH POSTIŽENÍ	17
1.3.1 VROZENÁ TĚLESNÁ POSTIŽENÍ.....	18
1.3.1.1 Syndrom dětské mozkové obrny.....	18
1.3.1.2 Duchennova svalová dystrofie.....	19
1.3.1.3 Vrozené malforace.....	19
1.3.2 ZÍSKANÁ TĚLESNÁ POSTIŽENÍ.....	20
2 VÝVOJ PSYCHICKÝCH A FYZIOLOGICKÝCH POTŘEB U LIDÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	21
2.1 VNÍMÁNÍ PSYCHICKÝCH A FYZIOLOGICKÝCH POTŘEB U JEDINCŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	21
2.1.1 VNÍMÁNÍ.....	21
2.1.2 POTŘEBY.....	21
2.1.3 HIERARCHIE MOTIVŮ (POTŘEB) PODLE MASLOWA.....	22
2.2 VÝVOJ PSYCHICKÝCH A FYZIOLOGICKÝCH POTŘEB U JEDINCŮ S VROZENÝM A ZÍSKANÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	23
2.2.1 JEDINCI S VROZENÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	23
2.2.1.1 Kojenecké období.....	23
2.2.1.2 Batolecí věk.....	24
2.2.1.3 Předškolní věk a nástup do školy.....	25
2.2.1.4 Období dospívání.....	27
2.2.2 JEDINCI SE ZÍSKANÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	28
2.2.2.1 Psychická adaptace na získané postižení.....	28
2.2.2.2 Socializace člověka se získaným tělesným postižením.....	30
3 DETERMINANTY OVLIVŇUJÍCÍ VNÍMÁNÍ POTŘEB U LIDÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	31
3.1 SUBJEKTIVNÍ ČINITELÉ OVLIVŇUJÍCÍ VNÍMÁNÍ POTŘEB	31

3.1.1	OSOBNOSTNÍ RYSY JEDINCE.....	31
3.1.2	SEBEHODNOCENÍ JEDINCE	32
3.1.3	MOTIVAČNÍ SLOŽKA OSOBNOSTI JEDINCE	33
3.2	OBJEKTIVNÍ ČINITELE OVLIVŇUJÍCÍ VNÍMÁNÍ POTŘEB.....	33
3.2.1	POSTOJE ZDRAVÉ SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM S TĚLESNÝM POSTIŽENÝM	33
3.2.2	SOCIÁLNÍ STIGMA	34
II	PRAKTICKÁ ČÁST	35
4	CÍL VÝZKUMU A PŘEDSTAVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	36
4.1	DRUH VÝZKUMU	36
4.2	METODY VÝZKUMU	36
4.3	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	37
4.4	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	37
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	39
5.1	VYHODNOCENÍ OTÁZEK Z DOTAZNÍKU	39
5.2	ZÁVĚR VÝZKUMU	56
	ZÁVĚR	58
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
	SEZNAM OBRÁZKŮ	61
	SEZNAM TABULEK.....	62
	SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Lidé s tělesným postižením žijí mezi námi, ačkoliv si to mnozí z nás často nechtějí připustit. Můžeme je potkat kdekoliv, na ulici, na zastávce, kdy čekáme na autobus či vlak, v restauraci, v divadle, v neposlední řadě i ve škole. Pohybují se na stejných místech, kde žije tzv. zdravá společnost. Občas je přehlízíme a ignorujeme, díváme se na ně seshora, jako bychom my byli ti lepší. Je důležité si však uvědomit, že tito jedinci si své postižení nevybrali, bylo jim shodou několika nešťastných příčin bohužel dáno. To by ovšem nemělo vést k jejich ignoraci ze strany společnosti, k neposkytnutí pomoci, k povyšování se nad nimi a snižování jejich hodnoty. I člověk s postižením má svou důstojnost, která by měla být zachována, má v tomto světě stejnou hodnotu jako každý jiný. V neposlední řadě má však i své potřeby, které kvůli svým omezením, jež mu způsobilo tělesné postižení, nemůže zdaleka tak uspokojovat, jako my, zdraví jedinci.

Je potřeba si uvědomit, že člověk s tělesným postižením je závislý na naší pomoci, a proto je důležité, abychom mu tuto pomoc při uspokojování jeho potřeb poskytli. Proč bychom těmto jedincům nemohli dát stejnou dávku lásky, bezpečí, tolerance a s ní související uznání a společenskou akceptaci, která se týká jeho možnosti seberealizace a sebeaktualizace, jako jiným lidem. Za velmi důležité pokládám však porozumění ze strany nás zdravých jedinců. Pokud jim nebudeme ochotni a schopni rozumět, nebudeme brát ohled na jejich potřeby a zvláště na jejich samotném vnímání jednotlivých potřeb, bude pro nás velmi problematické jim poskytnout pomoc. Neboť ochota a schopnost porozumět jedincům s tělesným postižením je prvním významným krůčkem k nápomoci.

Toto téma jsem si vybrala proto, že mě svou problematikou zajímá a mám k těmto lidem velmi blízko. V minulosti jsem se setkala s mnoha tělesně postiženými lidmi, ať už to byly spolužačky ve škole nebo klienti různých ústavních zařízení. Praxe v těchto zařízeních mě ovlivnila natolik, že se stala významným důvodem pro zpracování mé bakalářské práce na vybrané téma. Velmi mne také zajímalo, jak lidé s vrozeným a získaným tělesným postižením vnímají psychické a fyziologické potřeby, co si přejí, co chtějí a naopak nechtějí. Významným impulzem pro výběr tohoto tématu tudíž byly i jejich přání a představy, se kterými jsem chtěla seznámit sebe a v neposlední řadě ostatní.

V teoretické části se zmíním v první kapitole o obecných charakteristikách vrozeného a získaného tělesného postižení, o jejich příčinách vzniku, o druzích tělesného postižení

s ohledem na dětskou mozkovou obrnu, Duchennovu svalovou dystrofii, malformaci a amputaci.

V druhé části kapitoly mé bakalářské práce se budu zabývat samotným vývojem tělesně postižených jedinců, s ohledem na vnímání a uspokojování jejich psychických a fyziologických potřeb. Za důležitou část této kapitoly považuji právě samotný vývoj jedinců s vrozeným nebo získaným tělesným postižením, jejich vyrovnání se se složitou životní situací, jejich odlišnostmi při vnímání jednotlivých psychických potřeb.

V závěru teoretické části se budu věnovat kapitole, jež obsahuje důležité determinanty, které ovlivňují vnímání psychických a fyziologických potřeb jedinců s tělesným postižením.

V praktické části mé bakalářské práci se zaměřím na vnímání jednotlivých psychických a současně fyziologických potřeb u lidí s vrozeným nebo získaným tělesným postižením. Cílem bude zjistit, jak jsou vnímány tyto potřeby u již zmiňovaných osob.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA VROZENÉHO A ZÍSKANÉHO TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

V této první kapitole se budeme věnovat v jednotlivých podkapitolách obecným charakteristikám vrozeného a získaného tělesného postižení, jeho příčinami a v neposlední řadě také druhy tělesných postižení.

Uvedené téma patří svou charakteristikou sice do speciální pedagogiky, konkrétně do oboru somatopedie, který se zabývá tělesně postiženými jedinci, ale podle Pipekové (1998) je speciální pedagogika nejtěsněji spjata s obecnou pedagogikou a didaktikou a proces výchovy a vzdělávání nelze naplňovat bez dostatečných znalostí odlišnosti vývoje v oblasti fyziologie a patologie, které jsou součástí biologických věd, studia psychických zvláštností v oblasti společenských věd, psychologie, patopsychologie, psychopatologie, sociologie, sociální patologie, sociální psychologie. Proto můžeme shledat toto téma jako velmi důležité, obzvláště pak z hlediska poznatků získaných z psychologie, sociologie a psychopatologie.

Na úvod nastíníme některé důležité charakteristiky pohybového postižení. Jako první můžeme zmínit dobu trvání a čas vzniku postižení, který hraje v životě postiženého člověka významnou roli. Je nesmírně důležité, kdy své tělesné postižení jedinec získal, zda se jedná o postižení vrozené, tzn. že vzniklo buď v době prenatalní nebo v době perinatální, tj. v době porodu, nebo se jedná o postižení získané, které jedinec získal v průběhu života, v postnatální době. Dalším příkladem může být průběh tělesného postižení, prognóza, to jak se bude tělesné postižení vyvíjet do budoucna, a v neposlední řadě také stupeň tělesného postižení.

Za obecný problém lidí s tělesným postižením můžeme pokládat jejich omezenou mobilitu, tj. schopnost pohybovat se sám bez pomoci druhých. Neschopnost samostatné lokomoce je pro tyto lidi velmi zatěžující po stránce psychické, neboť jsou ve většině případů odkázáni na pomoc druhých, jejich neschopnost samostatného pohybu zvyšuje závislost na druhých lidech, což se pro ně může stát zátěžovou situací. Pro nikoho určitě není snadné vyrovnat se se závislostí na druhých, avšak pro tělesně postižené jedince to může být velmi frustrující, zvláště jestli se pak jedná o tělesné postižení získané. Tento člověk byl totiž zvyklý, že se mohl pohybovat sám, neboť neměl žádné omezení. Poté, co se stal tělesně postiženým, ať vlivem autohavárie nebo amputace, tuto schopnost ztratil nebo je maximálně omezená.

1.1 Tělesné postižení

Podle Renotierové (2003) jsou za tělesná postižení považovány přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony.

Vítková (2006) charakterizuje tělesné postižení jako vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí.

Samotný pojem tělesné postižení tedy můžeme shrnout do následujících bodů. Nepochybně jde o vadu pohybového a nosného ústrojí, která je však charakteristická svou nápadností, jež může být dočasná, v tom horším případě bohužel trvalá. Tělesné postižení významně působí na jednotlivé složky osobnosti jedince, a to zejména na složku kognitivní a emocionální, ale také nesmíme opomenout oblast sociálních kontaktů, vztahů a výkonů. I zde zanechává tělesné postižení mnohdy trvalé následky.

Tělesné postižení může být vrozenou vadou, tzn. že zde z objektivního hlediska působí dědičnost, ale také např. komplikovaný a protrahovaný porod, kdy právě v tomto časovém období vada vznikla. Druhou skupinu tvoří tělesné postižení získané, které jedinec získal v průběhu svého života.

1.1.1 Vrozené tělesné postižení

Podle Vágnerové (2008) vrozené postižení ve větší míře ovlivňuje vývoj dítěte, které v důsledku toho nemůže získat určité zkušenosti. Na druhé straně není tak subjektivně traumatizující, protože jedinec s vrozeným postižením je na svůj handicap adaptován.

Vrozené tělesné postižení můžeme definovat jako pohybovou vadu, která vznikla v průběhu těhotenství, vlivem dědičnosti, působením nevhodných vnějších vlivů (alkohol, cigarety či prodělání infekční nemoci, jež jsou závažné pro zdravý vývoj plodu), ale také dlouhým, komplikovaným, protrahovaným porodem (např. klešťové porody, kdy může dojít ke zhmoždění až k deformování hlavičky dítěte). V dnešní době jsou známy spousty takových případů, které jsou pro obě strany, tj. pro rodiče dítěte a dítě samotné, velmi bolestivé a nepříjemné.

1.1.2 Získané tělesné postižení

Vágnerová (2008) charakterizuje později získané postižení jako větší psychické trauma, kdy člověk může srovnávat, uvědomuje si, co ztratil, a svůj aktuální stav považuje jednoznačně za horší, ne-li nepřijatelný. Z objektivního hlediska má podle autorky výhodu zachování dřívějších zkušeností.

Za tělesné postižení získané pokládáme pohybové vady, které vznikly v průběhu života jedince, např. vlivem autohavárie, úrazu nebo vážné nemoci.

1.2 Příčiny vzniku tělesného postižení

Příčiny vzniku tělesného postižení můžeme rozčlenit na 3 období: na období prenatální, perinatální a postnatální. Nejprve se zmíníme o době prenatální, která je nesmírně důležitá pro další zdravý vývoj plodu, na němž je pak závislý celý život narozeného jedince.

„Typickým příkladem jsou např. zarděnky (rubeola) – infekční onemocnění mimořádně rizikové pro vývoj dítěte v embryonálním (zárodečném) období (do 9. týdne těhotenství), které může způsobit vážné srdeční vady, postižení sluchu a další komplikace. V období fetálním (plodovém – od 9. týdne těhotenství do porodu) je podobně nebezpečným onemocněním třeba cukrovka (diabetes melitus), která může být mimo jiné příčinou malformací páteře a dalších ortopedických vad.“ (Machová, In Slowík, 2007)

V tomto případě můžeme shledat infekční onemocnění typu zarděnky (rubeola) za velmi nebezpečné pro plod a jeho další zdravý vývoj. Toto onemocnění nepochybně vývoj plodu ohrožuje, ale také může způsobit již zmíněné vady a komplikace. Zarděnky nejsou tak daleka ohrožující pro matku, ale pro samotný plod mohou mít katastrofální následky.

Slowík (2007) považuje za mimořádně rizikové období perinatální – tedy samotný porod a období krátce před ním a po něm. Mezi nejčastější příčiny vzniku postižení v tomto ontogenetickém období patří podle tohoto autora závažnější poškození mozku dítěte (mechanickým pohmožděním hlavičky, omezením přístupu kyslíku), novorozenecké infekce nebo vážné porodní komplikace.

Doba perinatální je z hlediska období porodu taktéž velmi důležitá. Dlouhotrvající, protrahovaný a komplikovaný porod může mít neblahé následky pro dítě samotné a jeho další vývoj ve všech oblastech jeho života. Již výše zmiňovaný klešťový porod, při kterém může dojít ke zhmoždění hlavičky dítěte, není zrovna nejlepším nástrojem. Novorozenecká žlou-

tenka, která patří do skupiny novorozeneckých infekcí, může jedinci způsobit tělesné postižení, v neposlední řadě naneštěstí i smrt.

Postižení získaná v postnatálním období jsou podle Slowíka (2007) převážně následkem, resp. doprovodným jevem vážných onemocnění nebo úrazů. Jako příklady závažných onemocnění s vysokým rizikem trvalých následků můžeme uvést např. klíšťovou encefalitidu, lymfskou borreliózu, meningitidu nebo cévní mozkové příhody (CMP).

U postižení získaných můžeme považovat za závažné onemocnění v období postnatálním klíšťovou encefalitidu a lymfskou borreliózu. Tyto nemoci jsou velmi závažné nejen z hlediska jejich průběhu u jedince, ale také z hlediska dostupnosti je získat a onemocnět jimi. Klíšťata, co by parazité, jsou přítomni všude (v lese, v parcích, ve městě, atd.), kde si hrají děti, pro které je tato infekce velmi nebezpečná. Samozřejmě je to nebezpečné i pro dospělé osoby. Meningitidu a již zmiňované cévní mozkové příhody, které společně s dalšími onemocněními patří do skupiny celosvětových onemocnění, můžeme taktéž považovat za ohrožující pro život jedince.

Podle Renotírové (2003) je častou příčinou vrozených tělesných vad prodělání různých infekčních onemocnění matkou v době těhotenství (např. zarděnky), nedostatek vitamínů, minerálů a stopových prvků v potravě, vliv léků, které matka užívala v počátečním období gravidity, rentgenové ozáření, různé poruchy vnitřní sekrece, nepříznivé vlivy prostředí, podmínky klimatické, sociální aj. Nejčastější příčinou je však, podle ní, dědičnost.

Za významné složky pro zdravý vývoj plodu považujeme také dostatek vitamínů, minerálů a stopových prvků, které by se měly vyskytovat v potravě matky, neboť tvoří významnou součást výživy plodu. Minerály a prvky jsou důležité pro vytvoření a zdravý vývoj jednotlivých kostí, kloubů a páteře plodu. Nedostatek pak může způsobit ortopedické vady, vady horních i dolních končetin.

Zmíněná 3 období na sebe velmi úzce navazují a nelze proto jednoduše říci, které z nich je pro jedince nejvíce ohrožující. Tato 3 období v sobě skrývají mnoho nebezpečí, které má vliv jak na samotného jedince, tak na matku.

1.3 Druhy jednotlivých tělesných postižení

V této kapitole se budeme zabývat druhy jednotlivých tělesných postižení, konkrétně druhy vrozených tělesných postižení a druhy získaných tělesných postižení. Nesmíme však opo-

menout to, že některé skupiny vad se mohou řadit jak do zmiňovaného vrozeného tělesného postižení, tak i do získaného tělesného postižení. Proto nelze u některých skupin vad rozlišit jejich primární postavení. Na druhé straně však můžeme do postižení získaných zařadit ty vady, které vznikly buď po úraze nebo vlivem nemoci. Zde je rozdělení více než jasné.

1.3.1 Vrozená tělesná postižení

1.3.1.1 Syndrom dětské mozkové obrny

Jako první zde zmíníme dětskou mozkovou obrnu (DMO), neboť je významným a typickým onemocněním v tomto období. Je třeba však podotknout, že toto onemocnění patří jak do skupiny vrozených tělesných postižení, tak i do skupiny získaných tělesných postižení. Avšak z hlediska většího ohrožení jej zmiňujeme právě zde. Hlavním příznakem dětské mozkové obrny je podle Vágnerové (2002) porucha motoriky, charakteristická postižením volných pohybů.

Vágnerová (2002) rozlišuje čtyři základní typy DMO. Mezi tyto čtyři základní typy patří hypotonická forma, spastický hypertonický syndrom, steroidní nebo dyskinetické syndromy a mozečkový syndrom.

Podle Vágnerové (2002) bývá hypotonická forma často v prvních měsících života a v průběhu vývoje se mění v jinou formu DMO. Spastický hypertonický syndrom je podle téže autorky způsoben postižením centrálního motoneuronu. Steroidní nebo dyskinetické syndromy se projevují mimovolnými, pomalými a kroutivými nebo přerušovanými a trhavými pohyby různých svalových skupin. V zátěži a v napětí bývají tyto pohyby nápadnější. Porucha je způsobena postižením bazálních ganglií a vyskytuje se přibližně u 20 % nemocných.

Mozečkový syndrom podle Vágnerové (2002) postihuje především pohybovou koordinaci, ale velmi často i rozumové schopnosti. Je vzácnější, vyskytuje se u 10 % nemocných.

Dětská mozková obrna má nepochybně vliv na psychiku postiženého člověka. Jedinec, který není schopen pohybu, je čím dál tím více závislý na svém okolí. To však u něj zvyšuje riziko opoždění poznávacích funkcí a v neposlední řadě také opoždění procesu socializace. Pohybové postižení má velmi vysoké riziko vzniku deprivace právě v těchto oblastech.

Tito lidé mají mnohem méně sociálních zkušeností (vztahy, kontakty apod.) než zdravý jedinec, neboť jsou často izolováni v rodině či v ústavním zařízení. Citové prožívání je u těchto postižených jedinců taktéž odlišné, neboť mohou a často vyjadřují své prožitky mimovolnými pohyby nebo zřetelnými svalovými záškuby. Dětská mozková obrna je nepochybně viditelným postižením, které může ovlivnit postoj společnosti zaujímaný k těmto lidem.

1.3.1.2 Duchennova svalová dystrofie

Podle Feráka, Sršně (1981) je Duchennova forma svalové dystrofie podmíněná recesivním genem lokalizovaným v X-chromozomu. Proto jsou jí postiženi jen chlapci. Věk nástupu tohoto onemocnění se pohybuje v rozhraní od 3 do 5 let. Progres je rychlý a prognóza velmi nepříznivá.

1.3.1.3 Vrozené malformace

Do vrozených malformací můžeme podle Fischera (2008) zařadit vrozený rozštěp páteře (spina bifida), dále spinu bifidu occultu („utajená“ spina bifida), meningokélu, meningo-myelokélu a malformace končetin.

Vrozený rozštěp páteře. Podle Fischera (2008) se nervová soustava u člověka vyvíjí jako jedna z prvních. Neurální trubice se vytváří v prvních 25 dnech těhotenství a z ní se vytváří mozek a mícha. Spina bifida vzniká v důsledku nesprávného vývoje této trubice.

Další vrozenou malformací je podle Fischera (2008), meningokéla, která je závažnější formou spiny bifidy. Skrze neuzavřené obratle dochází k vyhrěznutí míšních obalů ven z páteře. Avšak meningomyelokéla je podle téhož autora (2008) nejzávažnější formou spiny bifidy. Dochází k vyhrěznutí jak míšních obalů, tak samotné míchy z páteřního kanálu. Toto poškození má za následek postižení inervace svalů, nejčastěji dolních končetin (částečné až úplné ochrnutí). Časté mohou být rovněž potíže jako bolesti zad, skolióza, poruchy držení těla, zvýšený svalový tonus aj.

Vrozenými vadami končetin, tedy malformací končetin, můžeme podle Fischera (2008) rozumět odchylky od normálního stavu končetiny přítomné v okamžiku narození. Tato postižení se v odborné literatuře někdy označují souborným názvem dysmelie.

1.3.2 Získaná tělesná postižení

Do této skupiny získaných tělesných postižení můžeme zařadit taktéž dětskou mozkovou obrnu, která může vzniknout v době perinatální, tedy v době porodu, ale také Duchennovu svalovou dystrofií, která se projeví v průběhu života (od 3 do 5 let). Jednoznačně vymezeným získaným tělesným postižením jsou však amputace horních i dolních končetin.

Eis (In Vítková, 2006) rozumí amputací umělé odnětí části končetiny od trupu. Příčinou jsou úrazy, kdy k amputaci končetiny může dojít v okamžiku úrazu nebo těsně po něm, např. při autonehodách, poranění elektrickým proudem, výbušninou, při sportu apod. U dospělých může být podle Vítkové (2006) kromě amputací končetin v důsledku úrazů, další příčinou amputace cévní onemocnění – choroba Bürgerova-Winiwarterova. Při této nemoci vzniká akutní zánět žil a tepen, při kterém dochází k postupující trombóze. Jinou příčinou jsou zhoubné nádory na končetinách. Amputace může být i infekčního původu se sepsí, kterou nelze zvládnout konzervativními prostředky.

Všechna tato již zmíněná tělesná postižení můžeme považovat za trvalé ohrožení vývoje jedince s ohledem na jeho život, bez ohledu na to, zda se jedná o vrozené tělesné postižení nebo tělesné postižení získané.

2 VÝVOJ PSYCHICKÝCH A FYZIOLOGICKÝCH POTŘEB U LIDÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

V druhé kapitole se budeme věnovat důležitými aspekty vývoje psychických a fyziologických potřeb u lidí s tělesným postižením, kde se pokusíme zachytit významné a podstatné jevy, které ukáží určité rozdíly ve vnímání těchto potřeb. Vývoj tělesně postižených jedinců prochází stejnými fázemi, avšak v důsledku tělesného postižení se v některých fázích může lišit. Na začátku se zmíníme o psychických a fyziologických potřebách, které jsou totožné jak pro zdravou populaci, tak pro jedince s tělesným postižením. Rozdíl je však v tom, do jaké míry je jedinec dokáže uspokojovat.

2.1 Vnímání psychických a fyziologických potřeb u jedinců s tělesným postižením

2.1.1 Vnímání

Pojem vnímání je definován podle Říčana (2005) jako funkce, která nepůsobí jako izolovaná funkce, nýbrž úzce souvisí s myšlením, jemuž slouží a jež naopak slouží jemu. Obdobně je vnímání propojeno s představivostí a s city. City naše vnímání zbystrují.

Pojem vnímání tedy může představovat celek myšlení, prožívání a jednání osobnosti člověka na základě vlastních pocitů např. ve vztahu ke konkrétním psychickým a fyziologickým potřebám.

2.1.2 Potřeby

„Motiv je jakýkoli vnitřní činitel, který člověka nebo jiný organismus vede k aktivitě. V podobném smyslu jako motiv užíváme rovněž slovo potřeba.“ (Říčan, 2005, s. 177)

Čechová, Rozsypalová (2001) definují potřebu jako vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu.

Jedinci s tělesným postižením mají stejné potřeby jako zdraví jedinci, musíme však brát ohled na ztíženost jejich uspokojování. Lidské potřeby jsou podle Novosada (1997) přirozenou součástí každé osobnosti, je jen rozdíl v tom, jakým způsobem může jedinec tyto potřeby uspokojovat. Překážky a nemožnost realizovat samozřejmě, běžné lidské potřeby

vedou pak k frustraci i podnětové, citové a výkonové deprivaci a mohou tak trvale negativně ovlivňovat integritu jedince i narušovat harmonický vývoj osobnosti.

Podle Pipekové (2006) nejsou postižení jedinci jiní, mají pouze v různých fázích svého života své specifické potřeby. Podle Švingalové (2003) jsou lidem s postižením přiznána práva na plnohodnotný a důstojný život ve společnosti, do níž se narodili a jejíž povinností je vytvořit takový systém speciálních služeb a podpor, aby byly speciální potřeby těchto osob po celý jejich život adekvátně naplňovány. Novosad (1997) uvádí, že dochází k částečnému nahrazování stávajících pojmů pojmy novými, které jsou založeny na zdůraznění specifík postiženého jedince. Tyto pojmy známe jako „specifické potřeby“, „speciální potřeby“, „zvláštní potřeby“ apod. Všechny uvedené pojmy mají jedno společné, vzbuzují totiž dojem, že lidé s postižením mají nějaké mimořádné, prioritní potřeby, že prostě vyžadují něco navíc. Jaké potřeby jsou vlastně každému individuu vlastní? Na tuto otázku si můžeme jednoduše odpovědět pomocí známé Maslowovy hierarchie potřeb osobnosti.

2.1.3 Hierarchie motivů (potřeb) podle Maslowa

„Maslowova teorie konkrétně uplatňuje princip funkční autonomie. Maslow roztrídil lidské motivy (nazýval je potřeby) do několika skupin a tyto skupiny seřadil podle toho, jak se postupně vyvinuly, a zároveň podle toho, jsou-li vyšší nebo nižší ve smyslu své hodnoty. Současně byl přesvědčen, že uspokojení nižších potřeb je předpokladem toho, aby nastoupily vyšší potřeby. Toto pořadí platí při vývoji jedince a zčásti i v situacích, do kterých se dostáváme.“ (Říčan, 2005, s. 187)

Říčan (2005) uvádí pořadí od nejnižších k nejvyšším potřebám:

1. Fyziologické potřeby (potřeba potravy, tepla, vyměšování, odstranění bolesti atd.) zajišťují biologické přežití člověka jako organismu. Vyžadují přednostní uspokojení před dalšími.
2. Potřeby bezpečí se projevují uhýbáním před vším neznámým, neobvyklým, hroživým, a hledáním jistoty.
3. Potřeby sounáležitosti a lásky vedou k touze patřit někam a k někomu, být přijímán a milován (sem patří i vztah sexuální ve své lidské podobě).

4. Potřeby uznání: být druhým vážen, mít v jejich očích úspěch a na základě toho být i sám sebou kladně hodnocen – jinak řečeno: jde o úctu a sebeúctu.
5. Kognitivní potřeby: získávat poznatky nejen z praktických důvodů, ale pro poznání samo, a objevovat smysl, který pro člověka poznávaná skutečnost má.
6. Estetické potřeby: potřeba objevovat a vytvářet harmonii, řád a krásu.
7. Potřeby seberealizace: stát se tím, kým se člověk může a má stát, naplnit své možnosti duševního růstu a rozvoje. Sem patří i spirituální motivace.

2.2 Vývoj psychických a fyziologických potřeb u jedinců s vrozeným a získaným tělesným postižením

V této podkapitole se budeme zabývat samotným psychickým vývojem s ohledem na uspokojování jednotlivých psychických potřeb jedince. Zde je však potřebné zahrnout důležité vývojové fáze života od kojeneckého období až po adolescenci, neboť konkrétní psychické potřeby, které se nevyvinou již v těchto obdobích, mají významný vliv na formování osobnosti postiženého jedince a na kvalitu jeho života v dalších vývojových fázích.

2.2.1 Jedinci s vrozeným tělesným postižením

2.2.1.1 Kojenecké období

Erikson (In Vágnerová, 2001) charakterizuje kojenecké období jako období receptivní, kdy dítě přijímá od druhých.

Smyslem této fáze je podle Vágnerové (2001) získat základní pocit důvěry v život a zbavit se negativně působící nejistoty a nedůvěry v lidi a svět. Vágnerová (2008) upozorňuje na zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí u postižených dětí, jelikož jsou jejich možnosti omezeny a orientace v prostředí ztížena. Pohybové schopnosti podle Svobody (2001) ovlivňují také rozvoj vztahu s matkou a primární sociální kompetence. Takto postižené dítě, zejména pokud má postiženou i mimiku a pohyblivost horních končetin, nereaguje na matku obvyklým způsobem, resp. reaguje minimálně. Jeho chování bývá interpretováno jako projev nezájmu, což vede k útlumu mateřské aktivity a z toho vyplývající stimulace dítěte.

Vágnerová (2008) říká, že postižené dítě je vystaveno většímu riziku strádání v oblasti podnětové nebo citové, kdy postižené dítě nemusí být přiměřeně stimulováno nebo postižené dítě nemusí být citově akceptováno.

Jedinec s tělesným postižením je handicapován v kojeneckém období právě v oblasti získání pocitu důvěry a uspokojování potřeby bezpečí a jistoty. A to právě proto, že nedokáže pocítit tuto potřebu z hlediska blízkosti své matky. Jedinec s tělesným postižením má různé deformace horních i dolních končetin, páteře atd., a proto jej matka nedokáže a nemůže přitisknout co nejlíže k sobě a ke svému prsu. Taktéž zde hrozí riziko snížené frekvence kontaktu s dítětem, snížení mazlení s dítětem, které je v tomto období velmi důležité. Kojenec nepocítí adekvátní blízkost své matky, nemůže u něj být uspokojena tato potřeba v co nejvyšší míře, i přesto, že potřeba jistoty a bezpečí je u něj zvýšená. Taktéž lze obtížně uspokojit fyziologickou potřebu hladu a žízně, kdy se dítě hůře dostává k prsu své matky. Kojenec také nepocítí potřebu bezpečí a jistoty v tom případě, jestliže není citově akceptováno oběma rodiči. Pokud rodiče zaujímají odmítavý až pasivní postoj k tomuto dítěti, může docházet už v období kojeneckém k citové deprivaci.

2.2.1.2 Batolecí věk

Toto období je podle Vágnerové (2008) označováno jako fáze první emancipace. Dítě se odpoutává z mnoha vazeb, které ztratily svůj vývojový význam a dále by blokovaly jeho další rozvoj. Pro postižené dítě je toto osamostatnění alespoň v některé ze složek obtížnější, ne-li zcela nedostupné.

Důležitým vývojovým mezníkem je podle Svobody (2001) schopnost samostatné lokomoce. Pohybově postižené dítě se často samostatně pohybovat nemůže a je závislé na podnětech nejbližšího prostředí, resp. na lidech, kteří mu vzdálenější podněty zprostředkují.

Díky neschopnosti samostatné lokomoce nemůže jedinec v tomto období poznávat různé předměty, zkoumat své okolí, vydávat se na jeho průzkum, tak jako zdravé batole. Postižené dítě má kognitivní potřeby, je u něj však ztížená schopnost tuto potřebu uspokojit. Je zcela závislé na přísunu podnětů od jiných osob, které by pomohly k možnému kognitivnímu vývoji. Proto je důležité v tomto období dítě správně a efektivně stimulovat, neboť jsou často apatické, bez zájmu a neprojevují takovou zvědavost, jako zdravě vyvíjející se batole. Vzhledem k neschopnosti se samostatně pohybovat dochází i k závislosti naplňování fyziologických potřeb. V tomto věku jsou mnohé zdravé děti schopny se samy najíst, napít, jsou

schopny naučit se sami chodit na nočník. Dítě, které je tělesně postižené, je závislé na pří-
sunu jídla a tekutin od druhých osob, není schopno samo používat nočník.

Vágnerová (2008) se zmiňuje o odpoutání z vázanosti poznávání na aktuální kontakt a pře-
chod na symbolické myšlení, a také o odpoutání z vázanosti na matku, které je obtížnější u
postižených jedinců. Závislost však funguje jako významný zdroj jistoty a bezpečí, který by
mohl být osamostatňováním ohrožen.

U postiženého dítěte, které je závislé na matce nebo obou rodičích, se nevyvíjí adekvátně
potřeba seberealizace. Dítě nepocituje tak silně potřebu naplňovat své možnosti a kompe-
tence, je také bez zájmu, což má veliký vliv na jeho vnímání této potřeby. Dítě nemusí chtít
dosáhnout určitého stupně seberealizace, neboť ví, že je zde neustále někdo, kdo mu po-
může, kdo udělá věci za něj.

Batolecí věk má podle Vágnerové (2008) velký význam pro rozvoj vědomí sebe samého,
pro rozvoj vlastní identity.

S rozvojem vlastní identity, uvědomění si sebe samého, souvisí také potřeba uznání, resp.
jde o úctu a sebeúctu. Pokud dítě v tomto období nebude motivováno např. uznáním, což
může být slovní pochvala, pohlazení, mazlení, nerozvine se u něj adekvátní sebeúcta a mů-
že to vést v pozdějším období k nízkému sebevědomí, sebehodnocení.

*„Pohybové postižení, zejména pokud je spojené s nějakou tělesnou deformací, vyvolává
ambivalentní či dokonce odmítavé sociální reakce. Takové dítě je na první pohled nápadné
a jeho handicap začne mít i nepříznivé sociální důsledky. Ležící kojeneček tak nápadný ne-
byl.“* (Svoboda, 2001, s. 452-453).

Při ambivalentních nebo odmítavých sociálních reakcích okolí a celé společnosti může dojít
k neuspokojení potřeby sounáležitosti a lásky. Dítě necítí při takových reakcích lásku, není
milováno a přijímáno takové, jaké je. Dochází zde k riziku neuspokojení této potřeby,
zvláště pak tehdy, když i rodiče zaujímají negativní postoj k dítěti.

2.2.1.3 Předškolní věk a nástup do školy

V předškolním věku dochází podle Svobody (2001) k postupné stabilizaci pohybové vady,
nedostatek vlastních zkušeností může být kompenzován jiným typem stimulace, především
verbálního charakteru. Vývoj rozumových schopností může dosahovat normy, ale v oblasti
sociálních dovedností bývají pohybově postižené děti opožděny. V tomto věku je vhodné

zařazení do mateřské školy, resp. integrace do běžné MŠ, která takovému dítěti poskytne užitečné zkušenosti. Pozitivně přispívá i k odpoutání z přetrvávající závislosti na matce, resp. na rodinném prostředí.

V předškolním věku je nutná stimulace verbálního charakteru, především pochvalou a uznáním, které mají významný vliv na formování osobnosti dítěte a na uspokojování potřeby uznání, ale i seberealizace. Pokud je dítě chváleno, má v očích druhých lidí úspěch, je silněji motivováno a touží se prosadit v rámci svých možností, je také více zvědavé, má větší touhu hledat a poznávat nové jevy. Zde je důležitá role rodičů, kteří by měli dítěti poskytnout co největší podporu k tomu, aby se mohlo osamostatnit. K tomu může pozitivně prospět i zařazení do běžné mateřské školy, kdy bude dítě nuceno zbavit se závislosti na rodičích, ale také to prospěje i jeho socializaci. Kontakt s druhými vrstevníky je v daném období důležitý, izolace od společnosti není zrovna dobrým krokem.

Při nástupu do školy můžeme podle Vágnerové (2008) mluvit až o první krizi identity, protože se v této době potvrzuje stálost a neměnnost jeho znevýhodnění. Požadavky školy rodičům připomenou, že možnosti dítěte jsou omezenější, než předpokládali.

Vlivem požadavků školy a omezeným možnostem dítěte může u rodičů vzniknout opět ambivalentní až odmítavý postoj, neboť si uvědomí, že jejich dítě nemá takové možnosti jako dítě zdravé, že jeho budoucí perspektiva není příznivá. Dítě díky těmto postojům nebude pociťovat uznání svých rodičů, a i když se bude snažit, nebude mít v jejich očích takový úspěch jako jedinec zdravý. Může zde dojít k demotivaci, která nepovede k seberealizaci dítěte ani k rozvoji kognitivních funkcí či jiných dovedností. Potřeba uznání a seberealizace tudíž nebude plně uspokojena.

„Z výsledků různých výzkumů vyplývá, že postižené děti mívají v socializačním vývoji problémy, někdy ještě větší než v oblasti rozvoje kognitivních schopností.“ (Sporáková a Tomčániová, In Vágnerová, 2008, s.175).

Pro socializační vývoj postiženého dítěte jsou podle Vágnerové (2008) důležité jeho zkušenosti s vrstevníky. Ve škole dochází ke konfrontaci postiženého dítěte s jeho spolužáky, zejména pokud jsou zdraví. Dítě se naučí chápat, že má omezenější kompetence, odlišnou sociální roli a někdy získá i zkušenost s odmítáním či negativním hodnocením zdravými vrstevníky. Handicapované dítě může být ve třídě přehlíženo, může zde být v izolaci, nebo dokonce aktivně odmítáno.

I když je kontakt s vrstevníky důležitý pro socializaci, nepřináší však jen pozitiva, nýbrž i negativa. Negativem může být nedostatečně uspokojená potřeba sounáležitosti a lásky, kterou dítě nepocítuje díky odmítavým postojům zdravých vrstevníků ve třídě. Dítě získá pocit, že zde nemá své místo, nepatří do kolektivu, není přijímáno ani milováno. Proto je vnímání této potřeby u jedinců s postižením často negativního charakteru.

Trlicová, Kundrátová (In Vágnerová, 2008) ukazují na snížené sebehodnocení postižených dětí, které mají menší důvěru ve vlastní schopnosti, vykazují známky větší pasivity a rezignace na možnosti aktivního řešení vlastních problémů.

Zde můžeme vidět neuspokojení potřeby uznání, tj. nedostatečná sebeúcta k sobě samému, nízké sebevědomí a tedy i sebehodnocení. Dochází k podceňování sebe i svých schopností, u dítěte se opět vyskytne demotivace, kdy nedojde k jeho plné seberealizaci.

Období školního věku je Eriksonem (In Vágnerová, 2008) definováno jako fáze snaživosti, výkonu, jehož cílem je příprava na budoucnost. Vývojovým rizikem je vznik pocitů méněcennosti, nedostačivosti či strachu ze selhání. Na druhé straně může dojít k nadměrnému důrazu na výkon a ke zvýšení potřeby úspěchu (jako kompenzace postižení).

I když se dítě v období školního věku snaží podat co nejlepší výkon v rámci svých možností, není vždy úspěšné. Neúspěch u dítěte postiženého, ale i zdravého, způsobuje zmiňované pocity méněcennosti, a to vede ke sníženému sebevědomí a sebehodnocení. Sebeúcta dítěte je velmi nízká. Neúspěch se postižený jedinec snaží vykompenzovat nadměrným úsilím k dosažení požadovaných výsledků, s cílem vyrovnat se zdravé společnosti, nebýt pozadu a pokud možno být co nejlepší.

2.2.1.4 Období dospívání

Dospívání je podle Svobody (2001) spojeno s postupným osamostatňováním a odpoutáváním ze závislosti na rodině. Na druhé straně dochází ke zvyšování vázanosti na vrstevníky, k přijetí určité sociální identity, dané vrstevnickou skupinou. Takový průběh dospívání je pro pohybově postiženého jedince hůře dosažitelný. Pokud není schopen samostatné lokomoce a není soběstačný v oblasti sebeobsluhy, nelze uvažovat o možnosti odpoutání ze závislosti na rodině. Stejně obtížná je i identifikace s vrstevníky, tělesně postižený jedinec si uvědomuje svou odlišnost a určitou míru nedostačivosti. Ztotožnění má často spíše charakter idealizace a přání být stejný jako oni.

Důležitou součástí sebepojetí podle Svobody (2001) je vlastní zevnějšek a jeho předpokládaná atraktivita, která přispívá k dosažení žádoucí sociální prestiže ve skupině. Na této úrovni je tělesně postižený dospívající rovněž handicapován.

„Postoj k vlastnímu postižení se mění v závislosti na vývoji uvažování. Tato změna se může projevit i akcentovanou potřebou nějak vyniknout, vyrovnat se zdravým za každou cenu a potvrdit tak svou kvalitu.“ (Svoboda, 2001, s. 458)

Období dospívání je pro jedince významnou vývojovou fází s cílem osamostatnit se, potvrdit si svou identitu a získat sociální prestiž ve vrstevnické skupině. Pro jedince s tělesným postižením však představuje mnoho negativ. Takto postižený jedinec se nemůže osamostatnit, pokud není schopen samostatného pohybu, je tedy stále závislý na svém okolí, na druhých lidech, což u něj může způsobit snížení či ztrátu sebeúcty, nízké sebehodnocení a sebevědomí. V tomto období u tělesně postižených jedinců figuruje také potřeba vyrovnat se zdravým vrstevníkům, dosahovat stejných výsledků a tak si potvrdit vědomí vlastní důležitosti. U některých tělesně postižených jedinců existuje názor, že pokud se vyrovnají svým zdravým vrstevníkům co se týče úspěchu při dosahování výsledků atd., zdraví vrstevníci je přijmou mezi sebe. To můžeme považovat jen za jeden z pouhých aspektů, který má vliv na postoj zdravých jedinců k jedincům tělesně postižených.

2.2.2 Jedinci se získaným tělesným postižením

2.2.2.1 Psychická adaptace na získané postižení

Karlsson (In Vágnerová, 2008) tvrdí, že později vzniklé postižení představuje silné emoční trauma. Prožitok ztráty vyvolává negativní emoční reakce, jako je deprese, úzkost, postižený člověk se trápí, vtírají se mu různé negativní myšlenky, kterých se nemůže zbavit, koncentruje se na tento problém a neustále se jím zabývá, cítí se ve své nové situaci osamělý.

Později vzniklé postižení tedy můžeme považovat jako emočně velmi náročnou situaci, která mění kvalitu života jedince, mění jeho kompetence, schopnosti, možnosti, atd. Ne každý jedinec se snadno vyrovnává s tělesným postižením. U některých převládá stav deprese, stresu z toho, co bude dál, jiní se cítí v situaci osamělí. Většina jedinců uvažuje, co se s tělesným postižením změní v přítomnosti, a co z toho vyplývá do budoucna. Musí přehodnotit svůj život, hodnoty, potřeby.

V dětství je podle Vágnerové (2008) reakce na nově vzniklé postižení ve značné míře ovlivněna způsobem, jakým se s ním vyrovnávají rodiče. Mladší děti často nejsou schopny pochopit význam této změny, protože reagují především na aktuální nepříjemnosti a omezení. Reakce adolescentů a dospělých jsou ovlivněny skutečností, že dovedou uvažovat o přesahu současné situace, o důsledcích tohoto postižení pro jejich další život. Riziko poškození zdraví je v adolescenci a rané dospělosti zvýšené, protože mladí lidé mají potřebu experimentovat s nebezpečnými aktivitami.

Vágnerová (2008) upozorňuje, že postižení, které vznikne v období dospívání, je zásahem do emancipačního vývoje, deformuje další rozvoj identity nebo jej přinejmenším zpomalí a zproblematizuje.

Období dospívání můžeme považovat za významnou fázi v životě jedince. Dospívající, u kterého se získané postižení vyskytlo, se musí vyrovnat s novou situací, která mu přinese mnoho znevýhodnění, mnoho negativ. Jako zdravý jedinec mohl mít své místo v kolektivu, vlivem postižení může naopak toto místo ztratit. Uspokojení potřeby sounáležitosti je v tomto ohledu ohrožené, neboť si jedinec uvědomuje, že je odlišný, že už do své „party“ kamarádů nezapadá.

Podle Vágnerové (2008) není postižený jedinec vždycky schopen zvládnout všechny požadavky dospělosti. Dospělý člověk uspokojuje svou potřebu seberealizace v profesní oblasti. Závažně postižený jedinec nebývá omezen jen při volbě povolání, ale i při hledání vhodného pracovního místa.

U dospělého člověka se získaným postižením je velmi obtížné uspokojit potřebu seberealizace, neboť mohl mít před jeho vznikem již své zaměstnání, které teď však může ztratit, nebo musí být jeho zdravotnímu stavu přizpůsobeny pracovní podmínky. To vše má významný vliv na vnímání a prožívání takto postiženého člověka. Opět může pocítit svou odlišnost, potřeba sounáležitosti nemusí být adekvátně naplněna.

Vágnerová (2008) podotýká, že pro postiženého člověka má získání partnera ještě větší význam než pro zdravého. Získání partnera funguje jako důkaz normality.

Pro člověka se získaným postižením, který již partnera má, je tato závažná situace velkým zásahem do partnerského vztahu. Je důležité, jak se s tělesným postižením vyrovná sám postižený člověk, ale také to, jak situaci zvládne druhý partner.

2.2.2.2 Socializace člověka se získaným tělesným postižením

„Člověk se získaným postižením musí najít nový smysl svého života, nový cíl svého směřování, s tím souvisí změna jeho životních hodnot i jeho sebepojetí.“ (Vágnerová, 2008, s.181)

Podle Vágnerové (2008) jde u obnovy přijatelného sebepojetí o vymezení nové identity, pochopení, kým je člověk nyní. V případě úrazu dochází k velice rychlé a náhlé ztrátě zdraví, takže u těchto lidí přetrvávají po určitou dobu dřívější postoje a teprve postupně dochází k přizpůsobení novým okolnostem. Postižený člověk musí překonávat mnoho překážek a potíží, a záleží na něm, jak je bude chápat a jaký pro něho budou mít smysl.

U člověka s tělesným postižením je tedy nutné vyrovnání se s již vzniklou a téměř neměnnou situací, je potřeba se oprostit od stávajících hodnot a postojů, které zaujímal před vznikem postižení.

Podle Vágnerové (2008) se v závislosti na nově získaném postižení určitým způsobem mění i tyto vztahy:

1. Vztahy s rodiči. Rodiče se obvykle vrátí k pečovatelskému postoji, jaký zaujímal k malému dítěti. Postižený jedinec je manipulován do role ochraňovaného a závislého, od něhož se žádná aktivita neočekává.
2. Vztahy s vrstevníky, přátelské či partnerské, jsou ohroženy změnou potřeb a hodnot. Navzdory často oboustrannému úsilí zachovat dřívější role a úroveň vztahů vede změna osobnosti postiženého ke vzájemnému odcizení. Mnohá přátelství a partnerství vyhasínají z důvodu aktuální rozdílnosti ve stylu života, v názorech a potřebách. Zpravidla jde o ztrátu možnosti sdílení.

Na závěr této kapitoly lze říci, že je nutné, aby člověk s vrozeným nebo získaným tělesným postižením našel nový smysl života, cíl, kterého chce dosáhnout, a v neposlední řadě, aby se potřeba seberealizace uspokojovala a vyvíjela v co možné nejvyšší míře.

3 DETERMINANTY OVLIVŇUJÍCÍ VNÍMÁNÍ POTŘEB U LIDÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Nyní se budeme zabývat hlavními determinanty, které ovlivňují vnímání jednotlivých psychických i fyziologických potřeb u lidí s vrozeným nebo získaným tělesným postižením, a které ovlivňují také i jejich život. Můžeme tudíž hovořit o determinantech, které ovlivňují život lidí s tělesným postižením.

Novosad (1997) řadí mezi subjektivní činitele:

- zdravotní stav a omezení, která z něho vyplývají – chronické onemocnění nebo trvalé postižení, jež není možné plně terapeuticky zvládnout a které zásadním způsobem ovlivňuje lokomoci, mobilitu, vnímání a komunikativnost, chápání, emocionalitu, chování a jednání jedince
- osobnostní rysy jedince dané souhrnem vrozených dispozic i ovlivněné působením rodiny, školy, komunity a společnosti
- vlastní sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění a k reálným možnostem dosahování životních cílů
- schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci, která je dána zejména charakterovými vlastnostmi, volní a motivační složkou osobnosti
- vnější vlivy, na nichž je jedinec závislý, tedy rodina či osobní zázemí a užší sociální prostředí – komunita.

Mezi objektivní, méně závisující činitele můžeme podle Novosada (1997) zařadit společenské vědomí, postoje k postižené populaci a existujícímu sociálnímu stigmatu.

3.1 Subjektivní činitelé ovlivňující vnímání potřeb

3.1.1 Osobnostní rysy jedince

Hadj-Moussová (In Vágnerová, 2001) chápe formování rysů osobnosti především jako získané dispozice, podmíněné biologickým základem funkcí organismu a ovlivněné vnějšími vlivy, formující se v průběhu vlastní aktivity jedince. Rozhodující roli hrají okolnosti, v nichž se jedinec v průběhu života nachází, náročnost podmínek a požadavků, které jsou na něj kladeny. Přítomnost postižení zde samozřejmě velmi silně působí. Některé rysy,

kteří u zdravého jedince nemusí vystupovat do popředí, mohou být u postižených častěji zvýrazněné (např. častější vztahovačnost, přecitlivělost, přílišný důraz na osobní ambice apod.).

Můžeme tedy říci, že osobnostní rysy jsou dispozice, které jedinec získal v průběhu života za pomoci biologických funkcí, ale že jsou také ovlivňovány vnějšími vlivy, např. prostředím, ve kterém jedinec žije, kolektivem, rodinou atd. Tyto osobnostní rysy se formují v průběhu života jedince a jeho aktivity, která pozitivně, občas i negativně přispívá k jejich ustálení či odstranění. V neposlední řadě zde však působí i samotné postižení, které ovlivňuje výskyt projevů, typických právě u postižených jedinců. Osobnostní rysy mají nepochybně vliv na vnímání potřeb, neboť na chování a prožívání jedince působí vliv prostředí, rodiny a postoju společnosti k postiženým lidem.

3.1.2 Sebehodnocení jedince

Hodnotící citový vztah k sobě bývá podle Vágnerové (2001) závislý na aspirační úrovni, která je ovlivněna zkušeností, tzn. jak bylo dítě od počátku života hodnoceno a akceptováno rodiči, později vrstevníky, školou i na jiné sociální úrovni. Je ovlivněna postoji společnosti a jejich akceptací.

Můžeme zde říci, že na sebehodnocení jedince má vliv zkušenost, kterou jedinec získal v průběhu svého života. Pokud bylo tělesně postižené dítě často chváleno a motivováno k samostatnému výkonu, bylo přijímáno takové, jaké je, bude jeho sebehodnocení nejspíše na velmi vysoké úrovni. Pokud se ovšem dítě setkalo s ambivalentními až odmítavými reakcemi, bylo středem posměchu, sebehodnocení bude nejspíše v tomto případě velmi nízké. Z toho můžeme vyvodit nízké či žádné sebevědomí dítěte, které má za následek podceňování jeho schopností, dovedností, znalostí. Vnímání psychických potřeb, konkrétně např. potřeby seberealizace, bychom mohli považovat za víceméně negativního charakteru.

Podle Vágnerové (2001) je sebehodnocení vázáno na nejrůznější zkušenosti, které jedinec v průběhu života získal. Závisí tedy i na době vzniku defektu či onemocnění a liší se u jedinců s vrozenou vadou nebo později vzniklým postižením. Dítě s vrozeným postižením si rozdíl mezi sebou a ostatními dětmi všimne už v předškolním věku a ještě více po nástupu do školy. V této době už to jeho sebehodnocení ovlivní.

Vágnerová (2001) upozorňuje, že u jedinců s později získaným postižením bývá podstatné, že jde o lidi, kteří se vyvíjeli normálně, získali určitou, více či méně uspokojující identitu a měli (event. mají stále) přijatelné sociální vztahy. První reakcí na nově vzniklé postižení bývá šok, který postupně odeznívá a člověk se smiřuje s realitou. Ale přesto se, zejména v emočně vypjatých chvílích, může tato reakce objevit v sebehodnocení znovu.

Sebehodnocení má nepochybně vliv na samotné vnímání jednotlivých psychických i fyziologických potřeb, může také zapříčinit nedostatečné či neúplné uspokojení těchto potřeb.

3.1.3 Motivační složka osobnosti jedince

Hadj-Mousová (In Vágnerová, 2001) podotýká, že uspokojení potřeb je dosahováno celou řadou aktivit, které člověk vyvíjí, přičemž způsob uspokojování potřeb i aktivity a chování jimi vyvolané jsou individuálně odlišné, závislé na zkušenostech, sociálním učení i podmínkách života jedince. Postižení, které zasahuje do života člověka, ovlivňuje významně možnosti i způsob uspokojování potřeb, ovlivňuje také aktivity, které vedou k jejich uspokojení.

Z tohoto hlediska můžeme usoudit, že motivační složka osobnosti jedince má nepochybně vliv na vnímání a uspokojování potřeb u lidí s tělesným postižením. Samotné postižení může v motivační složce osobnosti způsobit jejich neuspokojení.

3.2 Objektivní činitele ovlivňující vnímání potřeb

3.2.1 Postoje zdravé společnosti k jedincům s tělesným postižením

Tělesně postižený člověk podle Vágnerové (2008) snadno vzbuzuje extrémní postoje. Může být ve společnosti izolován, odmítán, může se stát objektem posměchu, ale na druhé straně bývá častěji ochraňován a pečován. Ani jedna z těchto variant nebývá pro postižené přijatelná, protože funguje jako potvrzení jejich nižší sociální prestiže.

Postoje zdravé společnosti taktéž ovlivňují vnímání a uspokojování potřeb lidí s tělesným postižením. U takto postiženého jedince bychom mohli vidět negativní vnímání potřeby sounáležitosti a lásky, neboť mu společnost dává najevo, např. způsobem posměchu nebo odmítání, že zde nepatří, nemá zde své místo.

Vágnerová (2008) tvrdí, že celkový dojem, jakým tělesně postižený člověk působí, míra jeho omezení, event. jakékoli nápadnosti mohou vyvolávat nepříznivé asociace a vést ke generalizovaně negativnímu hodnocení. Takto postižení lidé nebývají vždy akceptováni jako rovnocenní komunikační partneři. Zdraví lidé projevují minimální ochotu přizpůsobit se jejich tempu, možnostem apod., mají tendenci jednat s nimi projektivním a manipulativním způsobem. Projevuje se tu i vliv neznalosti a ne zcela adekvátní představa o možnostech tělesně postižených.

3.2.2 Sociální stigma

Trvalé postižení může být za určitých okolností podle Vágnerové (2008) hodnoceno jako sociální stigma. Stigmatizující jsou především nežádoucí nápadnosti, které se projeví v sociálním kontaktu (zevnějšek, verbální a neverbální komunikace). Ty vyvolávají určitou nechuť (někdy i odpor). V případě stigmatizujícího postižení jde mnohem více o způsob, jakým jsou tito jedinci vnímáni, hodnoceni a na základě toho akceptováni. Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu sociálně přisouzeno.

Podle Miloše Sováka (In Renotierová, 2005) je defektivita poruchou integrity člověka s defektem, tj. poruchou jednoty organismu a prostředí, která se projevuje narušením společenských vztahů mezi postiženým jedincem a jeho společenským prostředím.

Důležitým aspektem, který má vliv na vnímání jednotlivých potřeb postiženého jedince, je tedy to, jak jsou jedinci společností vnímáni, hodnoceni a hlavně akceptováni. Sociální stigma a následnou defektivitu můžeme hodnotit jako překážku k pozitivnímu vnímání potřeb a k jejich plnému uspokojování.

Všechny tyto zmiňované determinanty ovlivňují nejen samotný proces vnímání psychických a fyziologických potřeb, ale v neposlední řadě ovlivňují kvalitu života jedince.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL VÝZKUMU A PŘEDSTAVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Vrozené nebo získané tělesné postižení je nepochybně silným zásahem do života jedince, do jeho prožívání, myšlení, chování. Ve velké míře je zasažena emocionální složka osobnosti postiženého člověka, také se mění vnímání jednotlivých potřeb. Je nutné vědět, jak lidé s vrozeným nebo získaným postižením vnímají dané potřeby.

Hlavním cílem mého výzkumu tedy bylo zjistit, jak lidé s vrozeným nebo získaným tělesným postižením vnímají konkrétní psychické a fyziologické potřeby, jaké mají přání, co chtějí a co potřebují.

Pro tento výzkum jsem si zvolila výzkumný problém popisný, neboť je mým cílem zjistit a popsat realitu konkrétního jevu.

Výzkumný problém: Jak jsou vnímány fyziologické a psychické potřeby u lidí s vrozeným a získaným tělesným postižením?

4.1 Druh výzkumu

V rámci svého výzkumu jsem použila kvantitativní výzkum, neboť jsem potřebovala získat data od většího počtu lidí.

4.2 Metody výzkumu

Za vhodnou výzkumnou metodu jsem si vybrala dotazník, který není pro lidi s tělesným postižením tak psychicky náročný, jako by byl např. rozhovor. Dotazník se mi zdál vhodnější metodou jednak z hlediska anonymity, z hlediska času na vyplnění jednotlivých otázek a z hlediska empatie, vcítění se do samotného postiženého člověka. Dotazník obsahoval otázky pořadové, uzavřené, otevřené a polootevřené. Pořadové otázky byly použity v těch případech, kde lidé s tělesným postižením měli seřadit uvedené možnosti podle jejich preference, podle toho, kterou možnost více či méně upřednostňují. Polootevřené otázky se vyskytovaly většinou tam, kde se mohli respondenti vyjádřit svými slovy, pokud jim nevyhovovaly nabízené možnosti odpovědí. Otevřená otázka zjišťovala konkrétní smysl života, v případě kladné odpovědi na předchozí polootevřenou otázku. Dotazník obsahoval 34 otázek, tyto otázky se týkaly vnímání v oblasti fyziologických potřeb a vnímání v oblasti psychických potřeb, kterých bylo využito všech 6. Dotazníky byly rozdány v průběhu ledna a sesbírány v průběhu března.

4.3 Výzkumný vzorek

Ve výzkumu šlo konkrétně o záměrný kvalifikovaný výběr, neboť jsem si vybírala osoby na základě těch znaků základního souboru, které byly důležité pro daný výzkum. Jednalo se o osoby s vrozeným nebo získaným tělesným postižením ve věku 20 – 50 let. Osoby pocházely ze Zlínského kraje. Celkový počet respondentů byl stanoven na 80, přičemž jsem respondenty rozdělila na 2 skupiny: osoby s vrozeným tělesným postižením, kterých bylo 40 a osoby se získaným tělesným postižením, kterých bylo také 40. Konkrétní osoby jsem získala za pomoci praktických lékařů a ortopedů, v jejichž ordinaci byly dotazníky ponechány, ale také za pomoci mých přátel, kteří znali a měli ve svém okolí přátele s vrozeným nebo získaným tělesným postižením.

4.4 Způsob zpracování dat

Dotazník je rozdělen na 2 oblasti, na oblast fyziologických potřeb a na oblast psychických potřeb. Každá oblast je vyhodnocena zvlášť, u psychických potřeb je také každá potřeba vyhodnocena zvlášť. Dotazník tedy obsahuje 1 oblast fyziologických potřeb (ot. č. 2, 5, 6, 7, 8) a 1 oblast psychických potřeb (ot. č. 4 – 34). Potřeba bezpečí je zaznamenána v otázkách č. 9 – 12, potřeba sounáležitosti a lásky se týká otázek č. 13 – 16, potřeba uznání je formulována do otázek č. 17 – 20, oblast kognitivních potřeb je zaznamenána v otázkách č. 21 – 24, oblast estetických potřeb se týká otázek č. 25 – 29 a potřeba seberealizace je formulována do otázek č. 30 – 34. Otázka č. 3 se týká oblasti fyziologických potřeb, kde je důležitá preference jednotlivých nabízených potřeb u tělesně postižených osob. Otázka č. 4 se týká kompletně psychických potřeb a jejich preference nabízených potřeb u tělesně postižených osob.

U uzavřených odpovědí – procentuální vyjádření, grafické vyjádření metodou výsečového, sloupcového a kuželového grafu.

U polootevřených otázek – otázky polootevřené jsou při zaškrtnutí možnosti „Jiné“ vyhodnoceny zachycením nejčastějších opakujících se jevů.

U otázek otevřené – zachycení nejčastěji uváděných odpovědi, tabulka četností, kuželový graf.

U otázek pořadových – otázky škálové (pořadové) byly vyhodnoceny tak, že podle počtu nabízených možností (např. 5) byl jednotlivým místům přiřazen odpovídající počet bodů

(1.místo 5 bodů,...), byla sestrojena tabulka, do které jsem zaznamenala jednotlivé kategorie potřeb, zaznamenala jsem k nim odpovídající počet bodů, poté byly body v sloupcích jednotlivých potřeb sečteny zvlášť. Takto jsem zjistila, podle nejvyššího počtu dosažených bodů, která potřeba byla pro danou skupinu důležitá.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Vyhodnocení otázek z dotazníku

Vyhodnocení otázky č. 1

Tato otázka ověřovala pohlaví respondentů. Výzkumný vzorek tvořilo 48 žen (60%) a 32 mužů (40%).



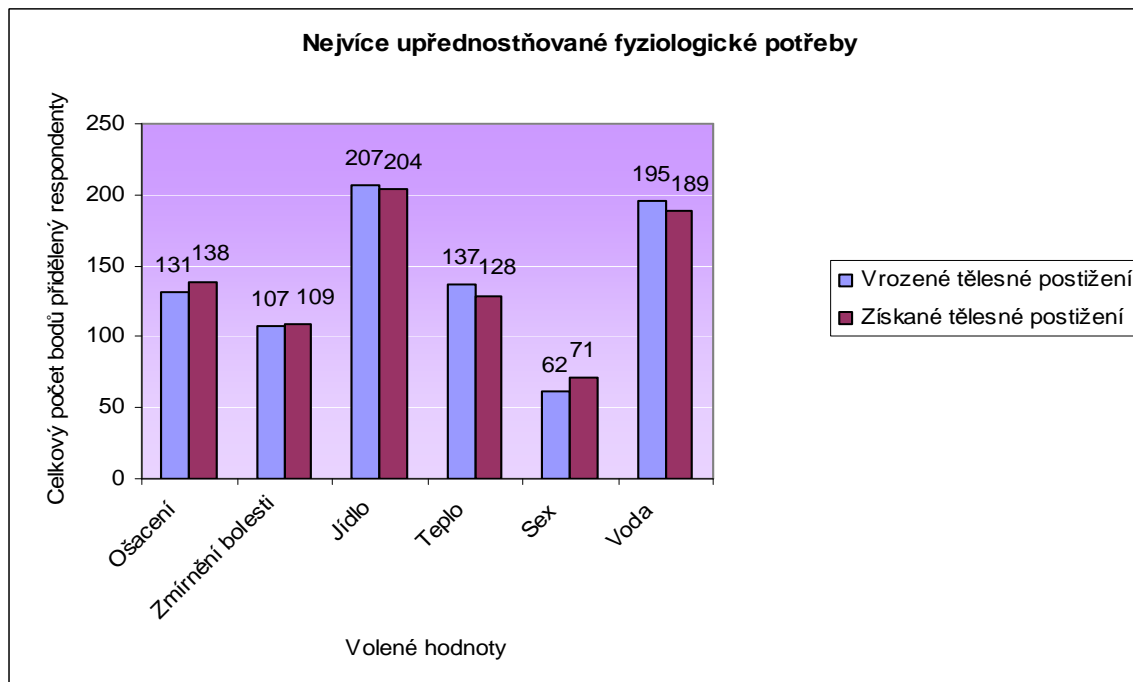
Graf č. 1 – Zastoupení pohlaví respondentů

Vyhodnocení otázky č. 2

Druhá otázka ověřovala druh tělesného postižení, zda se jednalo o tělesné postižení vrozené nebo získané. Polovinu výzkumného vzorku tvořilo 40 osob (50%) s vrozeným tělesným postižením, druhou polovinu 40 osob (50%) se získaným tělesným postižením.

Vyhodnocení otázky č. 3

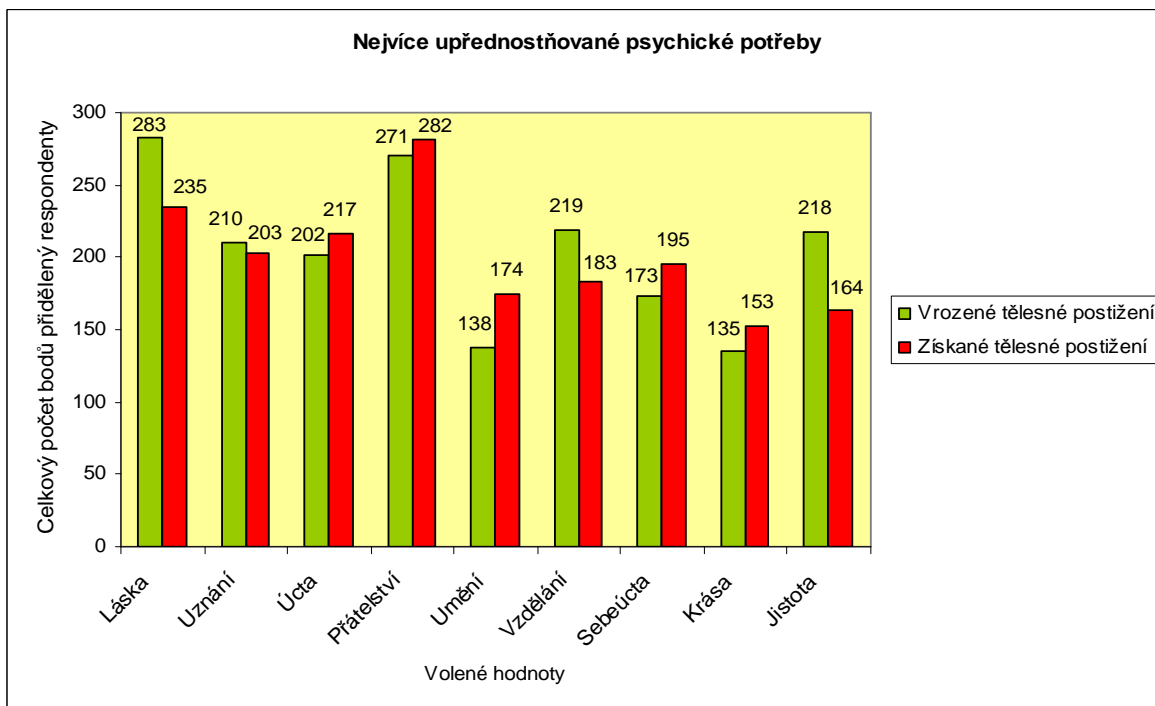
V této otázce měli respondenti seřadit nabízené fyziologické potřeby tak, jak je považují za důležité. Fyziologické potřeby byly: ošacení, zmírnění bolesti, jídlo, teplo, sex a voda. Nabízených potřeb bylo tedy 6. Každé z nich byl přidělen určitý počet bodů oběma skupinami respondentů. Nejpreferovanější potřeby každé skupiny nám ukazuje graf č. 2. Můžeme z něj vyčíst, že jídlo a voda jsou u lidí s vrozeným tělesným postižením a taktéž u lidí se získaným tělesným postižením nejvíce zastoupeny.



Graf č. 2 – Nejvíce upřednostňované fyziologické potřeby

Vyhodnocení otázky č. 4

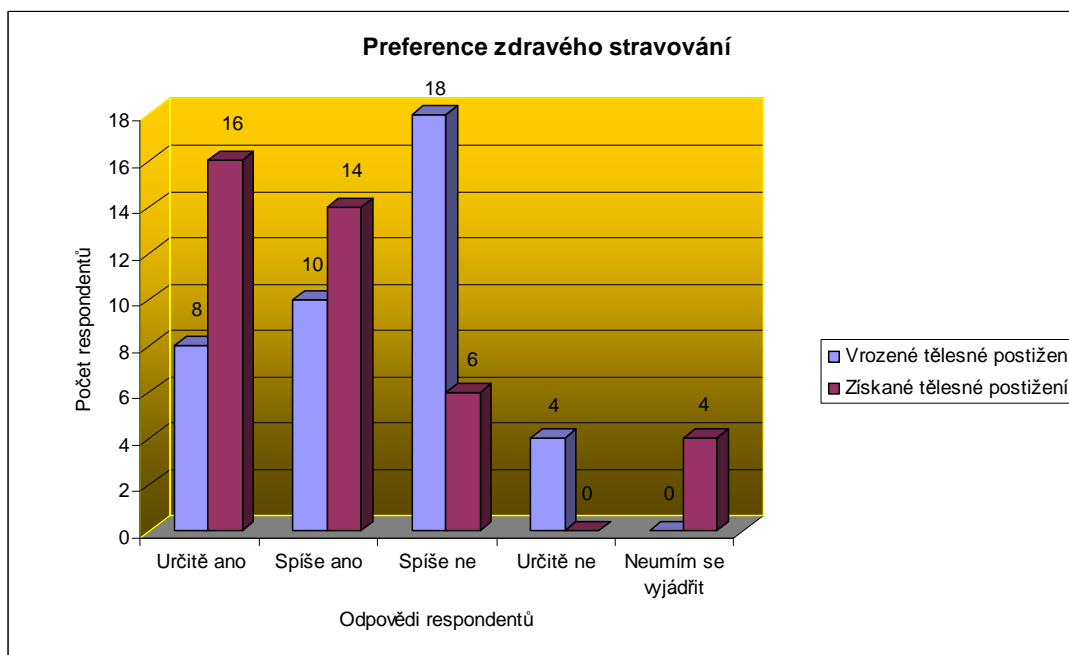
Ve čtvrté otázce měli respondenti opět seřadit nabízené potřeby, které se však týkaly psychických potřeb. Nabízené psychické potřeby byly: láska, uznání, úcta, přátelství, umění, vzdělání, sebeúcta, krása a jistota. Psychických potřeb bylo celkem 9. Opět zde byl každé z nich přidělen určitý počet bodů oběma skupinami respondentů. Nejpreferovanější potřeby jednotlivých skupin nám ukazuje graf č. 3. Můžeme zde vidět, že pro skupinu lidí s vrozeným tělesným postižením je nejdůležitější láska a poté přátelství, pro skupinu lidí se získaným postižením je tomu naopak, nejdůležitější je přátelství a poté až láska.



Graf č. 3 – Nejvíce upřednostňované psychické potřeby

Vyhodnocení otázky č. 5

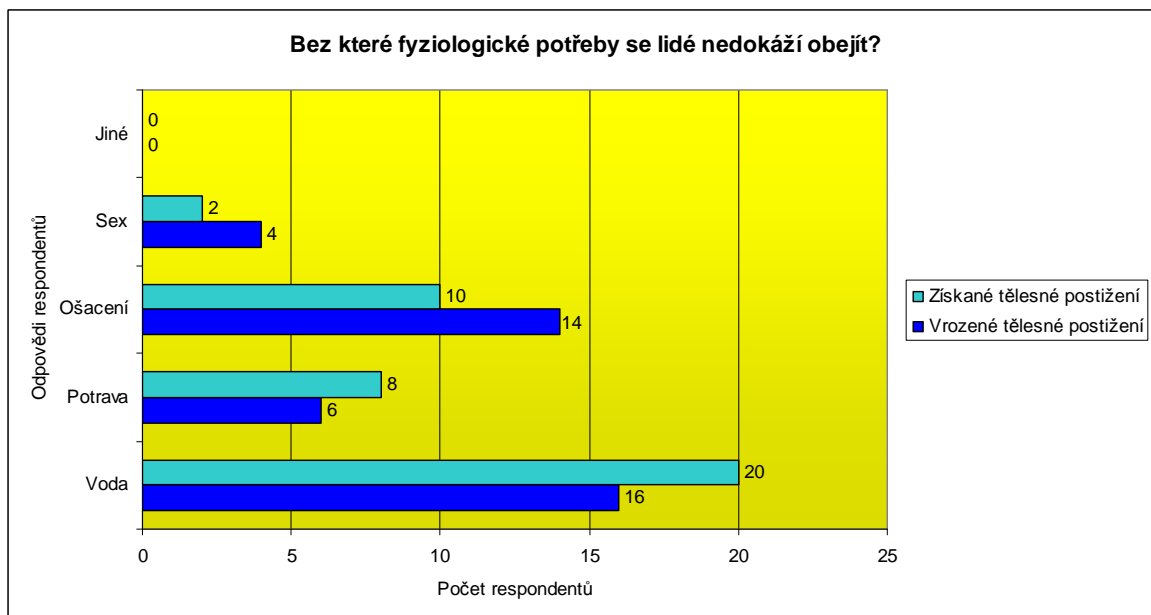
Pátá otázka zjišťovala, zda lidé s vrozeným nebo získaným tělesným postižením preferují ve svém životě zdravé stravování. Lidé s vrozeným tělesným postižením odpovídali na tuto otázku nejčastěji „Spíše ne“, celkový počet lidí činil 18 (45%). 16 lidí (40%) se získaným postižením volilo možnost „Určitě ano“.



Graf č. 4 – Preference zdravého stravování

Vyhodnocení otázky č. 6

V této otázce měli lidé s tělesným postižením určit, bez které fyziologické potřeby by se v krátkém časovém období nedokázali obejít. 20 lidí (50%) se získaným tělesným postižením uvedlo vodu, na druhém místě volilo 10 lidí (25%) se získaným tělesným postižením ošacení. Stejně odpovědi se vyskytly i u skupiny s vrozeným tělesným postižením, vodu volilo 16 lidí (40%) a ošacení 14 lidí (35%).



Graf č. 5 – Bez které fyziologické potřeby se lidé nedokáží obejít?

Vyhodnocení otázky č. 7

Sedmá otázka zjišťovala důležitost oblečení, resp. zda lidem s vrozeným nebo získaným tělesným postižením záleží na tom, jak ve svém oblečení vypadají. Lidé s vrozeným tělesným postižením volili nejvíce odpověď „Spíše ne“ – 14 lidí (35%), 10 lidí (25%) volilo odpověď „Spíše ano“, 8 lidí (20%) odpovídalo „Určitě ano“, 6 lidí (15%) si zvolilo odpověď „Určitě ne“ a 2 lidé (5%) se neuměli vyjádřit. U lidí se získaným tělesným postižením byla nejvyšší hodnota (16 lidí – 40%) zaznamenána u odpovědi „Spíše ano“, 12 lidí (30%) odpovídalo „Spíše ne“, 10 lidí (25%) odpovídalo „Určitě ano“, 2 lidé (5%) volili odpověď „Určitě ne“ a možnost odpovědi „Neumím se vyjádřit“ zde nebyla vybrána.

Vyhodnocení otázky č. 8

V této otázce bylo cílem zjistit, jak lidé s tělesným postižením nejraději odpočívají. Odpovědi byly zaznamenány do tabulky pro obě skupiny. Lidé s vrozeným tělesným postižením nejčastěji odpočívají při sledování televize (18 lidí – 45%), lidé se získaným postižením

odpočívají nejčastěji při četbě knihy (20 lidí – 501%). 2 lidé (5%), u obou skupin, zvolili odpověď „Jiné“, kde uvedli, že nejraději odpočívají na procházce.

Volené odpovědi	Počet respondentů	
	s vrozeným postižením	se získaným postižením
Četba knihy	12	20
Poslech hudby	6	4
Sledování televize	18	6
Spánek	2	8
Jiné (procházka)	2	2

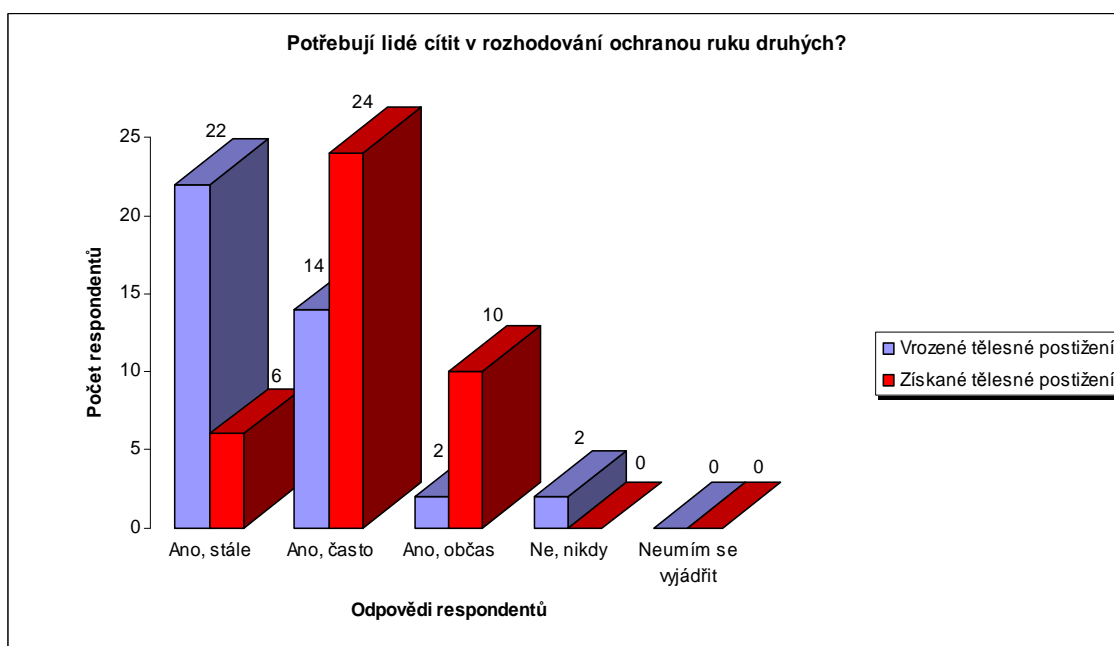
Tabulka č. 1 – Jak nejraději lidé odpočívají?

Vyhodnocení otázky č. 9

V deváté otázce lidé s tělesným postižením určovali důležitost potřeby jistoty v rozhodování. Lidé s vrozeným postižením volili nejčastěji odpověď „Velmi důležitá“ (22 lidí – 55%), 18 lidí (45%) zvolilo odpověď „Spíše důležitá“. Lidé se získaným postižením nejčastěji volili odpověď „Spíše důležitá“ (20 lidí – 50%), 16 lidí (40%) si vybralo možnost odpovědi „Velmi důležitá“ a 4 lidé (10%) se neuměli vyjádřit.

Vyhodnocení otázky č. 10

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda lidé s tělesným postižením potřebují v rozhodování cítit ochrannou ruku druhých a zároveň v jaké intenzitě potřebují cítit tuto potřebu. Jak nám ukazuje graf č. 6, 22 lidí (55%) s vrozeným tělesným postižením potřebuje cítit v rozhodování ochrannou ruku „stále“, 24 lidí (60%) potřebuje cítit tuto potřebu „často“.



Graf č. 6 – Potřebují lidé cítit v rozhodování ochrannou ruku druhých?

Vyhodnocení otázky č. 11

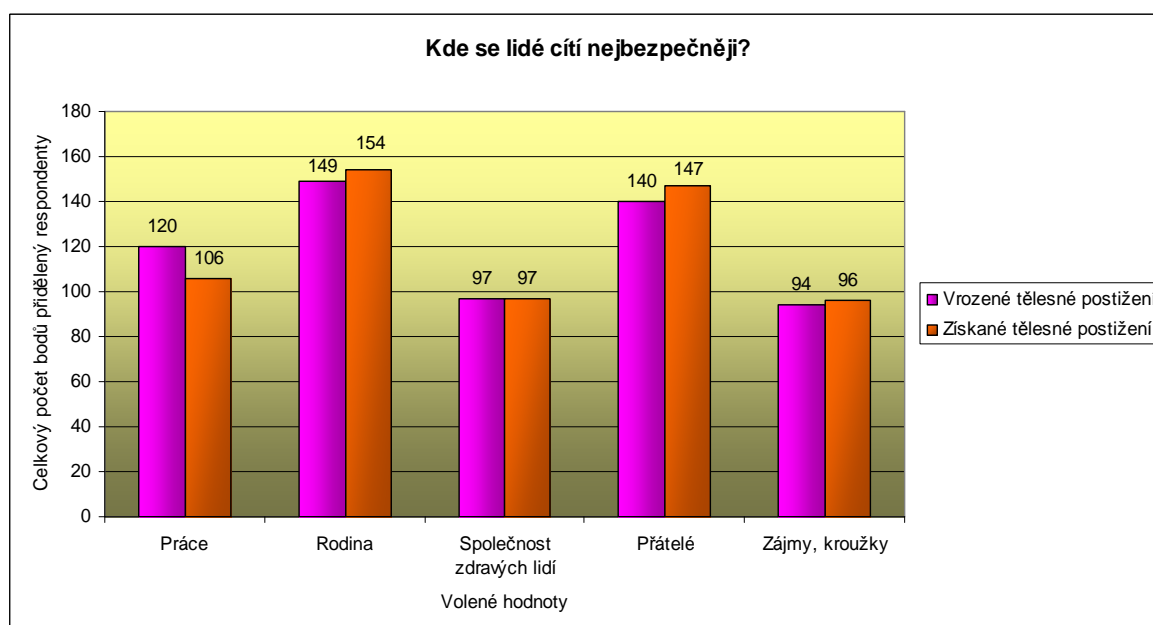
Jedenáctá otázka zkoumala to, co lidé s tělesným postižením vnímají ve svém životě jako ohrožující. 20 lidí (50%) s vrozeným tělesným postižením nejčastěji uvedlo, že vnímají jako ohrožující aroganci a posměch druhých lidí vůči své osobě. 24 lidí (60%) se získaným tělesným postižením naopak nejčastěji uvedlo, že vnímají jako ohrožující nedostatečné materiální (finanční) zaopatření.

Volené odpovědi	Počet respondentů	
	s vrozeným postižením	se získaným postižením
Úmrtí blízkého člověka	0	2
Arogance a posměch druhých lidí vůči své osobě	20	12
Nedostatečné materiální (finanční) zaopatření	16	24
Zhoršení zdravotního stavu	4	2
Jiné	0	0

Tabulka č. 2 – Co vnímají lidé ve svém životě jako ohrožující?

Vyhodnocení otázky č. 12

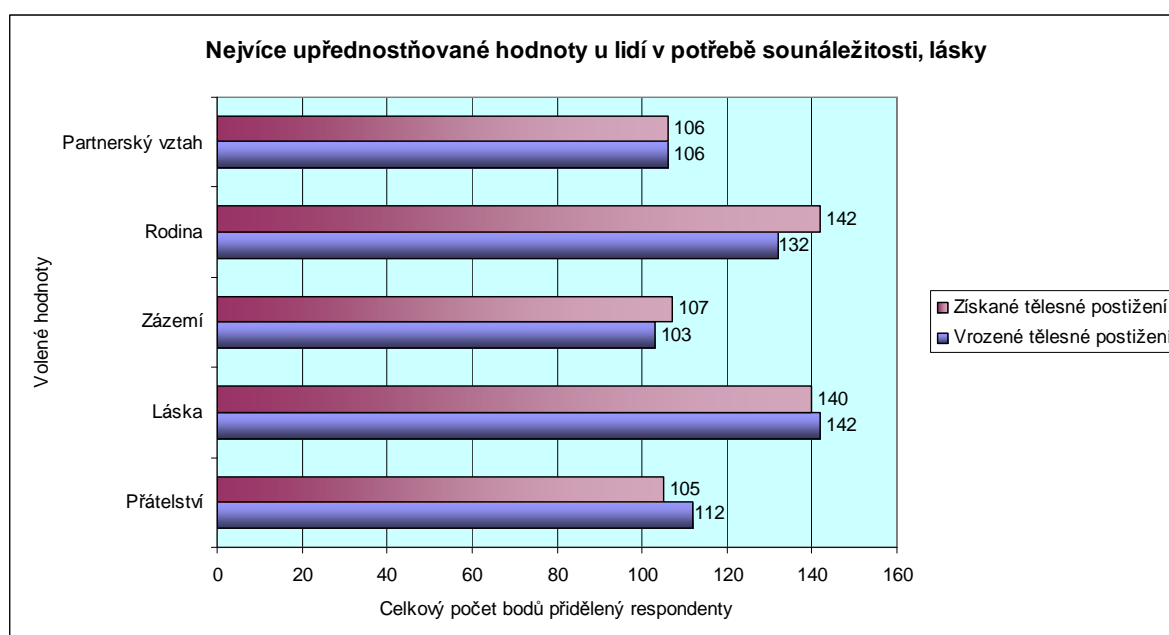
Dvanáctá otázka byla otázkou pořadovou (škálovou). Respondenti měli seřadit 5 uvedených možností z hlediska toho, kde se cítí nejbezpečněji. Nabízené možnosti byly: práce (škola, chráněné dílny), rodina, společnost zdravých lidí, přátelé, zájmy a kroužky. Z grafu č. 7 můžeme vyčíst, že lidé s vrozeným tělesným postižením se cítí nejbezpečněji v rodině, lidé se získaným tělesným postižením se cítí taktéž nejbezpečněji v rodině.



Graf č. 7 – Kde se lidé cítí nejbezpečněji?

Vyhodnocení otázky č. 13

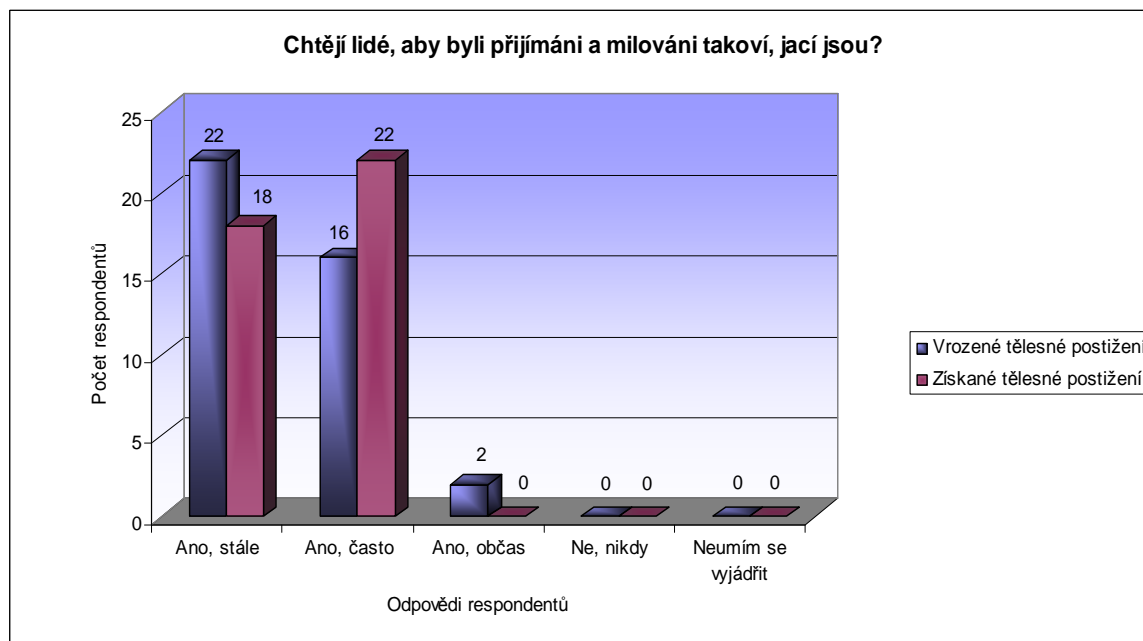
Ve třinácté otázce měli respondenti seřadit nabízené možnosti z hlediska jejich preference v oblasti týkající se psychických potřeb, konkrétně potřeby sounáležitosti a lásky. Nabízené možnosti byly: přátelství, láska, zázemí, rodina, partnerský vztah. Možností bylo celkem 5. Opět byl přidělen oběma skupinami určitý počet bodů ke každé možnosti. Nejpreferovanější možnosti můžeme vidět v grafu č. 8, který nám ukazuje, že z hlediska důležitosti je u lidí s vrozeným tělesným postižením nejdůležitější láska, u lidí se získaným tělesným postižením je to naopak rodina.



Graf č. 8 – Nejvíce upřednostňované hodnoty u lidí v potřebě sounáležitosti, lásky

Vyhodnocení otázky č. 14

V této otázce bylo cílem zjistit, zda lidé s tělesným postižením chtějí, aby je druzí lidé přijímali a milovali takové, jací jsou. Zjišťovala i hledisko intenzity vnímání uvedené potřeby. 22 lidí (55%) s vrozeným tělesným postižením odpovědělo „Ano, stále“, 16 lidí (40%) odpovědělo „Ano, často“, jen 2 lidé (5%) uvedli možnost „Ano, občas“. U lidí se získaným tělesným postižením byla nejčastější odpověď „Ano, často“ (22 lidí – 55%), 18 lidí (45%) odpovědělo „Ano, stále“.



Graf č. 9 – Chtějí lidé, aby byli přijímáni a milováni takoví, jací jsou?

Vyhodnocení otázky č. 15

V patnácté otázce měli respondenti určit, co si přejí právě v oblasti potřeby sounáležitosti a lásky. 26 lidí (65%) s vrozeným tělesným postižením si přálo, aby je druzí lidé přijímali, 10 lidí (25%) si přálo, aby je druzí lidé milovali. U získaného tělesného postižení si 22 lidí (55%) přálo, aby je druzí lidé milovali, 16 lidí (40%) si přálo, aby je druzí lidé přijímali. Jiné možnosti odpovědí můžeme shlédnout v tabulce č. 3.

Volené odpovědi	Počet respondentů	
	s vrozeným postižením	se získaným postižením
Aby vás druzí lidé přijímali takové, jací jste	26	16
Aby vás druzí lidé milovali	10	22
Abyste ve svém životě měli své místo (někam patřili)	2	0
Abyste ve svém životě k někomu patřili	2	2
Jiné	0	0

Tabulka č. 3 – Přání lidí v potřebě sounáležitosti a lásky

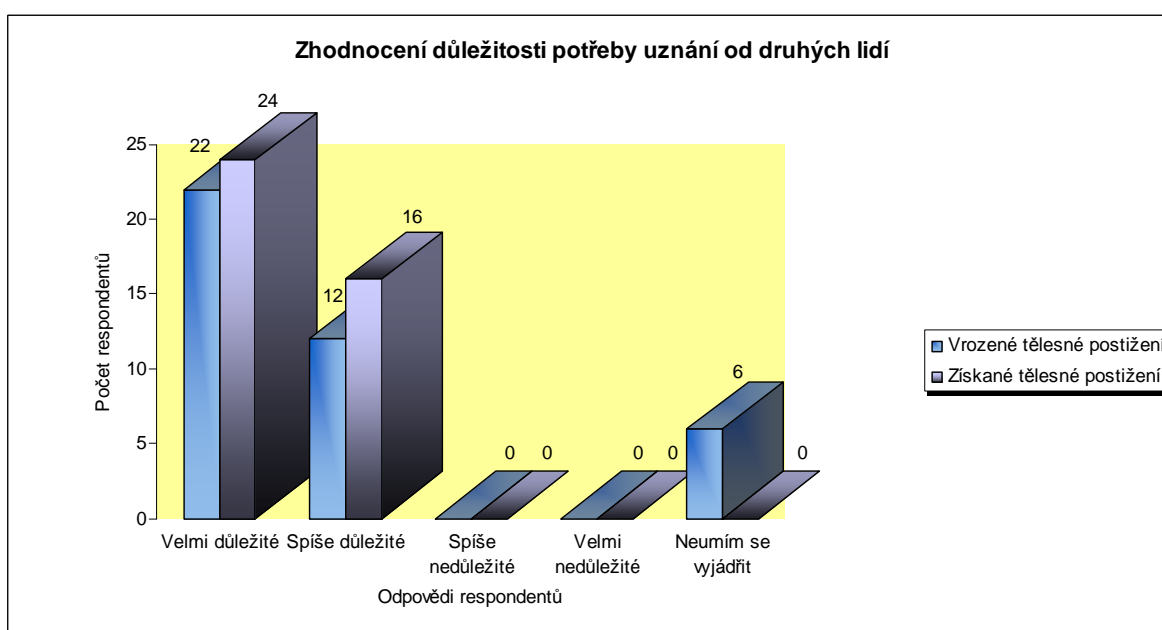
Vyhodnocení otázky č. 16

Úkolem šestnácté otázky bylo zjistit, zda lidé s tělesným postižením mají ve svém životě pocit, že mezi své přátele a druhé lidi opravdu patří, mají zde své místo. 18 lidí (45%) s vrozeným tělesným postižením si vybralo možnost „Spíše ne“, 16 lidí (40%) zvolilo možnost „Určitě ne“, 4 lidé (10%) odpověděli „Určitě ano“, 2 lidé (5%) zvolili možnost „Spíše ano“ a nikdo se nevyjádřil možností „Neumím se vyjádřit“. U lidí se získaným tělesným

postižením odpovědělo možností „Spíše ano“ 16 lidí (40%), 12 lidí (30%) volilo možnost „Spíše ne“, 8 lidí (20%) odpovědělo „Určitě ano“, 2 lidé (5%) volili možnost „Určitě ne“ a 2 lidé (5%) se neuměli vyjádřit.

Vyhodnocení otázky č. 17

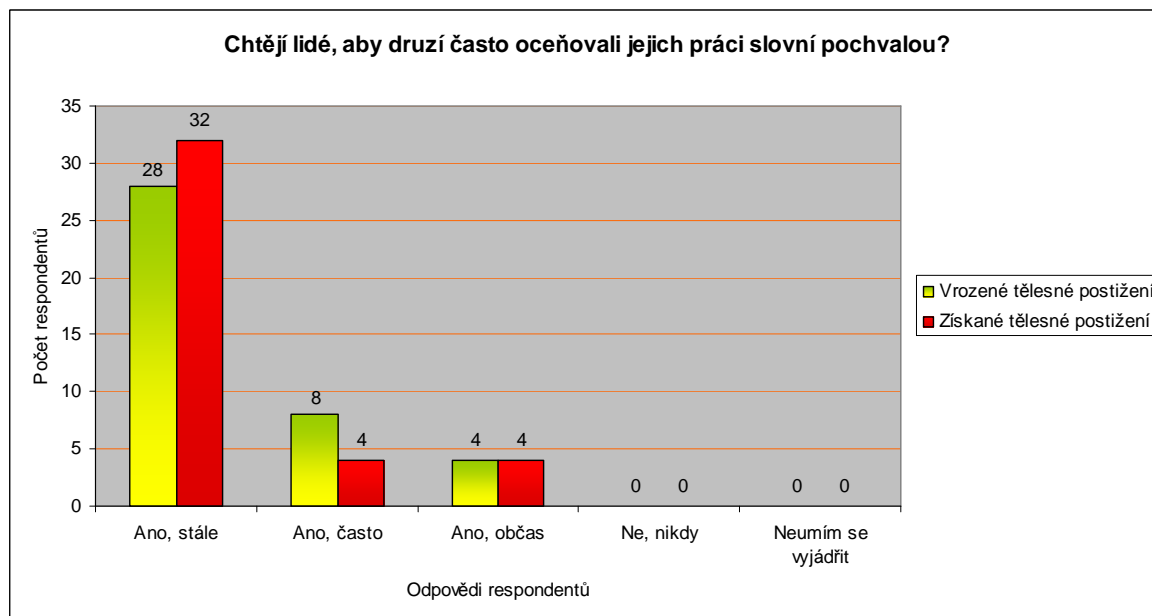
Cílem této otázky bylo zjistit důležitost uznání druhých lidí pro lidi s tělesným postižením. Jak můžeme vidět z grafu č. 10, je pro lidi s vrozeným tělesným postižením uznání druhých lidí velmi důležité (22 lidí – 55%), taktéž je toto uznání velmi důležité i pro lidi se získaným tělesným postižením (24 lidí – 60%).



Graf č. 10 – Zhodnocení důležitosti potřeby uznání od druhých lidí

Vyhodnocení otázky č. 18

Osmnáctá otázka měla za úkol zjistit, zda lidé s tělesným postižením chtějí, aby druzí lidé oceňovali jejich práci (snahu, výkon) slovní pochvalou. Zde bylo také hodnoceno i hledisko intenzity vnímání této potřeby. Z grafu č. 11 můžeme vyčíst, že 28 lidí (70%) s vrozeným tělesným postižením chce být chváleno stále, 32 lidí (80%) se získaným tělesným postižením chce být chváleno taktéž stále. Žádný člověk neodpověděl možností „Ne, nikdy“ a možností „Neumím se vyjádřit“.



Graf č. 11 – Chtějí lidé, aby druzí často oceňovali jejich práci slovní pochvalou?

Vyhodnocení otázky č. 19

Tato otázka zjišťovala, kdy jsou lidé s tělesným postižením spokojeni. U lidí s vrozeným tělesným postižením byla nejčastější odpověď když si jich druzí lidé váží (14 lidí, tj. 35%), lidé se získaným tělesným postižením (16 lidí, tj. 40%) nejčastěji volili taktéž tuto odpověď.

Volené odpovědi	Počet respondentů	
	s vrozeným postižením	se získaným postižením
si vás druzí lidé váží	14	16
máte v jejich očích úspěch	12	14
se vám něco na základě vaší samostatné práce skvěle vydaří	9	8
se vám něco na základě pomoci druhých lidí skvěle vydaří	5	2
Jiné	0	0

Tabulka č. 4 – Kdy jsou lidé spokojeni?

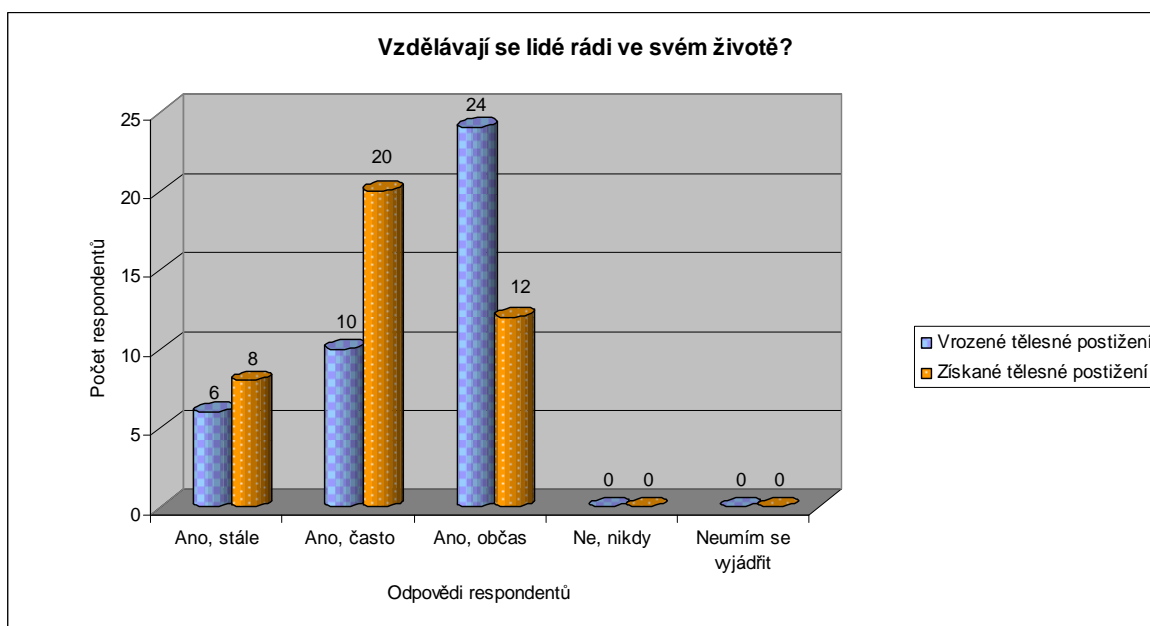
Vyhodnocení otázky č. 20

Účelem dvacáté otázky bylo získat informace o tom, zda lidé s tělesným postižením zažívají pocit naplnění (např. z dobře vykonané práce) a v jaké intenzitě. U lidí s vrozeným tělesným postižením se nejčastěji vyskytovala odpověď „Ano, občas“ (16 lidí, tj. 40%), 10 lidí (25%) odpovídalo možností „Ano, často“, 8 lidí (20%) se neumělo vyjádřit a 6 lidí (15%) zvolilo odpověď „Ne, nikdy“. Lidé se získaným tělesným postižením volili nejčastěji odpověď „Ano, často“ (20 lidí, tj. 50%), 12 lidí (30%) zvolilo odpověď „Ano, občas“, 4 lidé

(10%) se neuměli vyjádřit, 2 lidé (5%) odpověděli možností „Ano, stále“ a 2 lidé (5%) si vybrali odpověď „Ne, nikdy“.

Vyhodnocení otázky č. 21

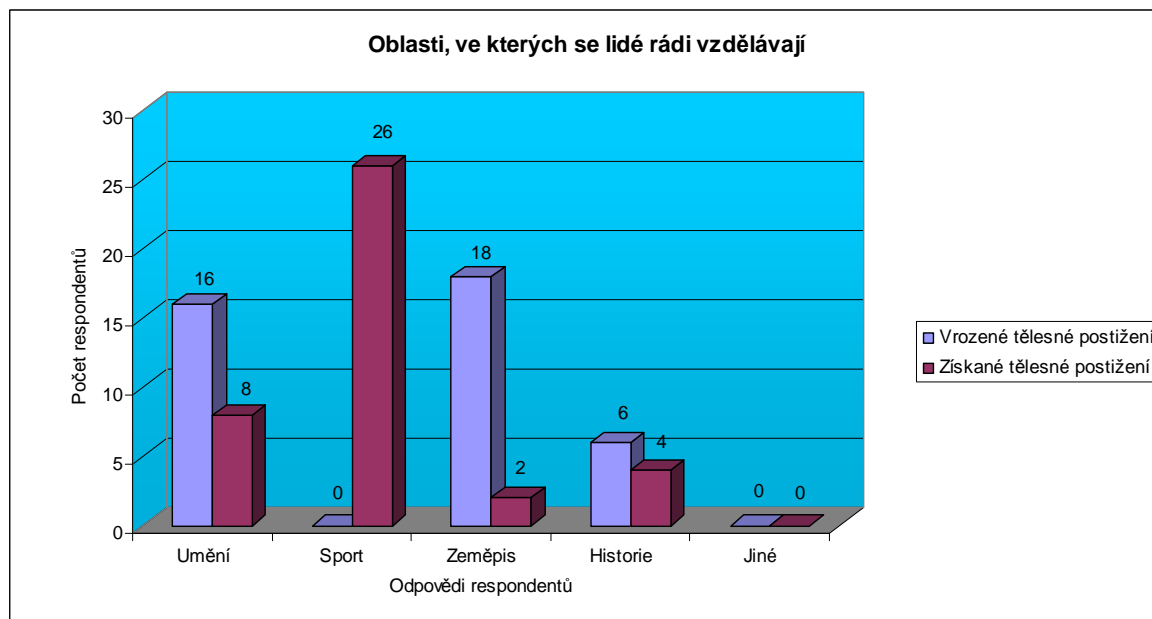
V této otázce odpovídali respondenti na to, zda se v životě rádi nadále vzdělávají. Z grafu č. 12 můžeme vidět, že lidé s vrozeným tělesným postižením se vzdělávají rádi občas (24 lidí, tj. 60%), naopak lidé se získaným tělesným postižením se vzdělávají rádi často (20 lidí, tj. 50%).



Graf č. 12 – Vzdělávají se lidé rádi ve svém životě?

Vyhodnocení otázky č. 22

Ve dvaadvacáté otázce odpovídali respondenti na to, ve které oblasti se rádi vzdělávají. Jak lze vyčíst z grafu č. 13, 18 lidí (45%) s vrozeným tělesným postižením nejčastěji uvedlo zeměpis, 26 lidí (65%) se získaným tělesným postižením nejčastěji uvedlo sport.



Graf č. 13 – Oblasti, ve kterých se lidé rádi vzdělávají

Vyhodnocení otázky č. 23

Tato otázka se ptala na to, zda lidé s tělesným postižením uplatňují často jejich znalosti ve svém životě. U lidí s vrozeným tělesným postižením se nejčastěji vyskytovala odpověď „Spíše ano“ (16 lidí, tj. 40%), 12 lidí (30%) uvedlo „Spíše ne“, 10 lidí (25%) volilo odpověď „Určitě ano“ a 2 lidé (5%) odpověděli „Určitě ne“. Stejný počet lidí (16, tj. 40%) se získaným tělesným postižením odpovídal nejčastěji taktéž možností „Spíše ano“, 14 lidí (35%) odpovídalo „Určitě ano“, 10 lidí (25%) volilo odpověď „Spíše ne“.

Vyhodnocení otázky č. 24

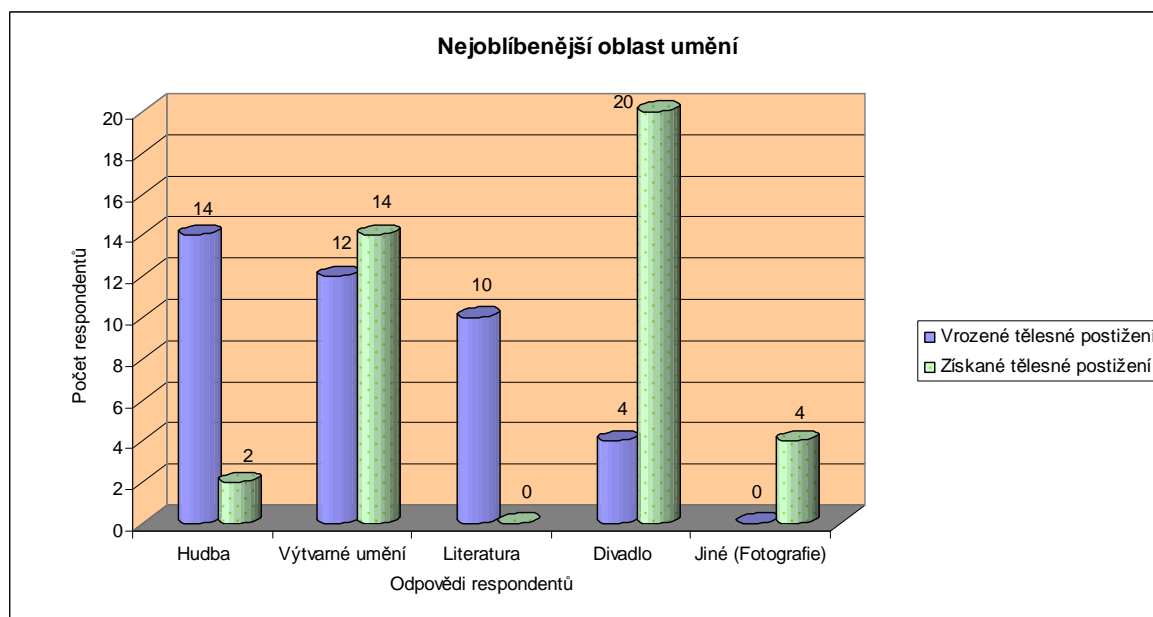
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, za jakým účelem lidé s tělesným postižením získávají informace. U lidí s vrozeným tělesným postižením (16 lidí, tj. 40%) byl nejčastější důvod ten, že informace získávají z hlediska další využitelnosti v praxi a jejich zájmu dozvědět se něco nového. Lidé se získaným tělesným postižením volili stejný důvod, počet respondentů byl však vyšší (24 lidí, tj. 60%), viz. tabulka č. 5.

Volené odpovědi	Počet respondentů	
	s vrozeným postižením	se získaným postižením
Jen z hlediska další využitelnosti v praxi	8	2
Jen z hlediska mého zájmu dozvědět se něco nového	8	12
Z hlediska další využitelnosti v praxi a mého zájmu dozvědět se něco nového	16	24
Z hlediska snahy rozšířit své vědomosti	8	2
Jiné	0	0

Tabulka č. 5 – Hledisko důležitosti získávání informací

Vyhodnocení otázky č. 25

Dvacátá pátá otázka měla za úkol zjistit, kterou oblast umění mají lidé s tělesným postižením nejoblíbenější. V grafu č. 14 můžeme vidět, že pro lidi s vrozeným tělesným postižením je nejoblíbenější oblastí umění hudba (14 lidí, tj. 35%), pro lidi se získaným tělesným postižením je to naopak divadlo (20 lidí, tj. 50%). 4 lidé (10%) se získaným tělesným postižením si vybrali možnost odpovědi „Jiné“, pod kterou napsali odpověď „Fotografie“.



Graf č. 14 – Nejoblíbenější oblast umění

Vyhodnocení otázky č. 26

Touto otázkou jsem zjišťovala, zda lidé s tělesným postižením navštěvují některé z uvedených institucí, které byly: kino, divadlo, koncert, výstavy. U lidí s vrozeným tělesným postižením byla nejčastější odpověď „Ano“ (26 lidí, tj. 65%), 14 lidí (35%) odpovědělo „Ne“. Lidé se získaným tělesným postižením nejčastěji odpovídali možností „Ano“ (24 lidí, tj. 60%), 16 lidí (40%) odpovědělo „Ne“. Možnost odpovědi „Neumím se vyjádřit“ zde nevyužil nikdo.

Vyhodnocení otázky č. 27

Na tuto otázku odpovídali pouze ti lidé, kteří v otázce č. 26 odpověděli možností „Ne“. Lidí s vrozeným tělesným postižením bylo 14, lidí se získaným tělesným postižením bylo 16. Otázka č. 27 se ptala na konkrétní důvod, proč lidé nenavštěvují výše uvedené instituce. Lidé s vrozeným tělesným postižením uvedli, že je to pro ně obtížné z hlediska přístup-

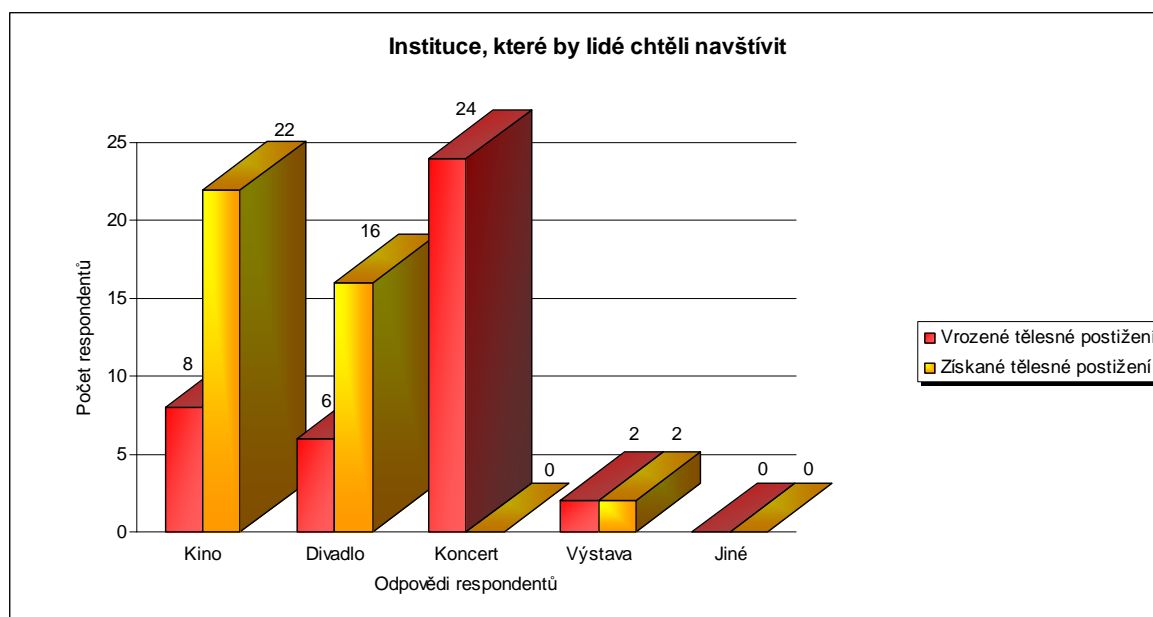
nosti (6 lidí, tj. 15%), lidé se získaným tělesným postižením uvedli, že je to pro obtížné z hlediska financí (8 lidí, tj. 20%) a z hlediska času (8 lidí, tj. 20%).

Volené odpovědi	Počet respondentů	
	s vrozeným postižením	se získaným postižením
Je to pro vás obtížné z hlediska přístupnosti (bezbariérovost)	6	0
Je to pro vás obtížné z hlediska financí	4	8
Je to pro vás obtížné z hlediska času	0	8
O kulturu nemáte velký zájem	4	0
Jiné	0	0

Tabulka č. 6 - Důvody, proč lidé nenavštěvují kino, divadlo, koncert nebo výstavu

Vyhodnocení otázky č. 28

V této otázce si měli respondenti zvolit, kterou instituci by chtěli v rámci svých možností navštívit. Jak nám ukazuje graf č. 15, lidé s vrozeným tělesným postižením by nejvíce chtěli navštívit koncert (24 lidí, tj. 60%), lidé se získaným tělesným postižením (22 lidí, tj. 55%) by chtěli naopak navštívit kino.



Graf č. 15 – Instituce, které by lidé chtěli navštívit

Vyhodnocení otázky č. 29

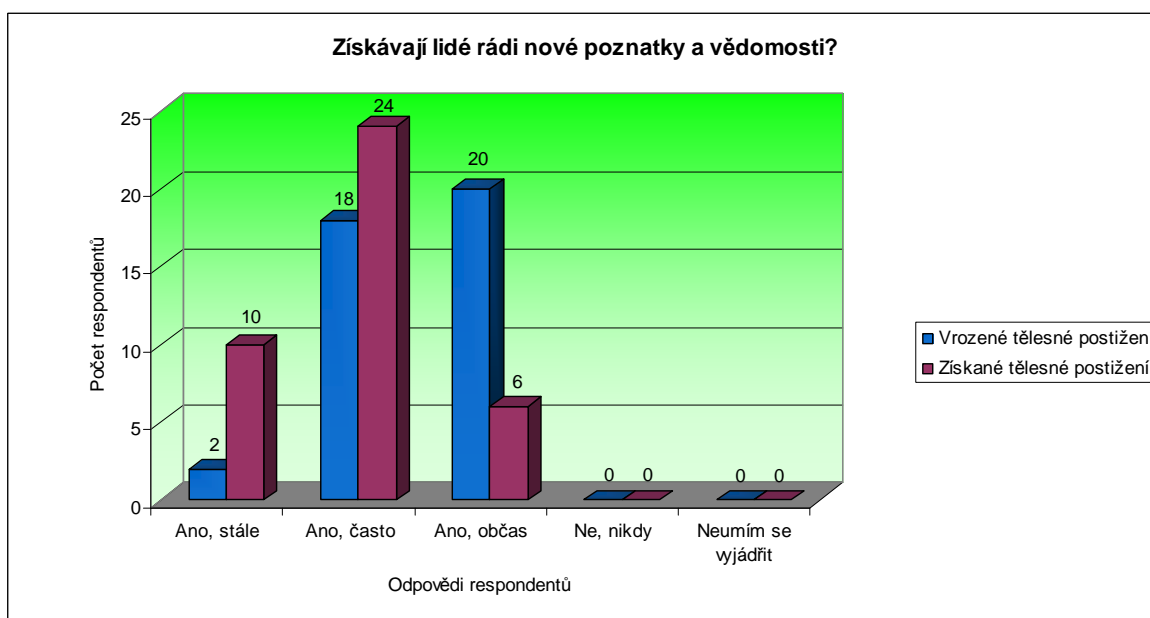
Otázka č. 29 se ptala lidí s tělesným postižením na to, zda mají svého nejoblíbenějšího umělce z jakékoliv oblasti umění. Jak můžeme vidět v tabulce č. 7, lidé s vrozeným tělesným postižením (22 lidí, 55%) nejčastěji odpovídali „Neumím se vyjádřit“, lidé se získaným tělesným postižením (24 lidí, tj. 60%) volili nejčastěji odpověď „Ano“.

Volené odpovědi	Počet respondentů	
	s vrozeným postižením	se získaným postižením
Ano	0	24
Ne	18	8
Neumím se vyjádřit	22	8

Tabulka č. 7 – Mají lidé svého nejoblíbenějšího umělce?

Vyhodnocení otázky č. 30

Tato otázka se ptala na to, zda lidé s tělesným postižením získávají rádi nové poznatky, vědomosti, které přispívají k jejich vzdělání. Z grafu č. 16 lze vyčíst, že lidé s vrozeným tělesným postižením (20 lidí, 50%) odpověděli „Ano, občas“, lidé se získaným tělesným postižením (24 lidí, tj. 60%) volili odpověď „Ano, často“.



Graf č. 16 – Získávají lidé rádi nové poznatky a vědomosti?

Vyhodnocení otázky č. 31

V této otázce bylo cílem zjistit, zda se lidé s tělesným postižením považují za kreativního člověka. Nejčastější odpověď „Spíše ne“ volilo 20 lidí (50%) s vrozeným tělesným postižením, odpověď „Spíše ne“ byla také nejčastější odpovědí u lidí se získaným tělesným postižením (24 lidí, tj. 60%).

Volené odpovědi	Počet respondentů	
	s vrozeným postižením	se získaným postižením
Určitě ano	4	10
Spíše ano	2	6
Spíše ne	20	24
Určitě ne	6	0
Neumím se vyjádřit	8	0

Tabulka č. 8 – Jsou lidé kreativní?

Vyhodnocení otázky č. 32

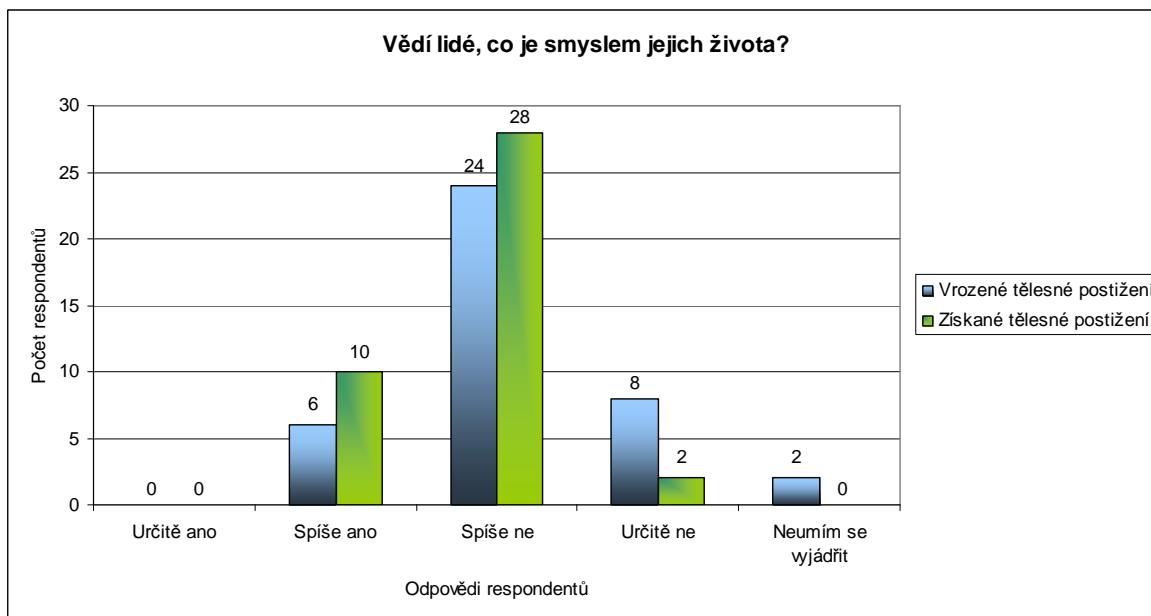
Otázka č. 32 zjišťovala, zda lidé s tělesným postižením využívají svou tvořivost při konkrétní činnosti a v jaké intenzitě. Lidé s vrozeným tělesným postižením odpovídali nejčastěji možností „Ano, občas“ (26 lidí, tj. 65%), lidé se získaným tělesným postižením volili nejčastěji možnost odpovědi „Ano, občas“ (22 lidí, tj. 55%). Další možnosti odpovědí můžeme vidět v tabulce č. 9.

Volené odpovědi	Počet respondentů	
	s vrozeným postižením	se získaným postižením
Ano, stále	0	8
Ano, často	2	6
Ano, občas	26	22
Ne, nikdy	12	4
Neumím se vyjádřit	0	0

Tabulka č. 9 – Využívání tvořivosti lidí při konkrétní činnosti

Vyhodnocení otázky č. 33

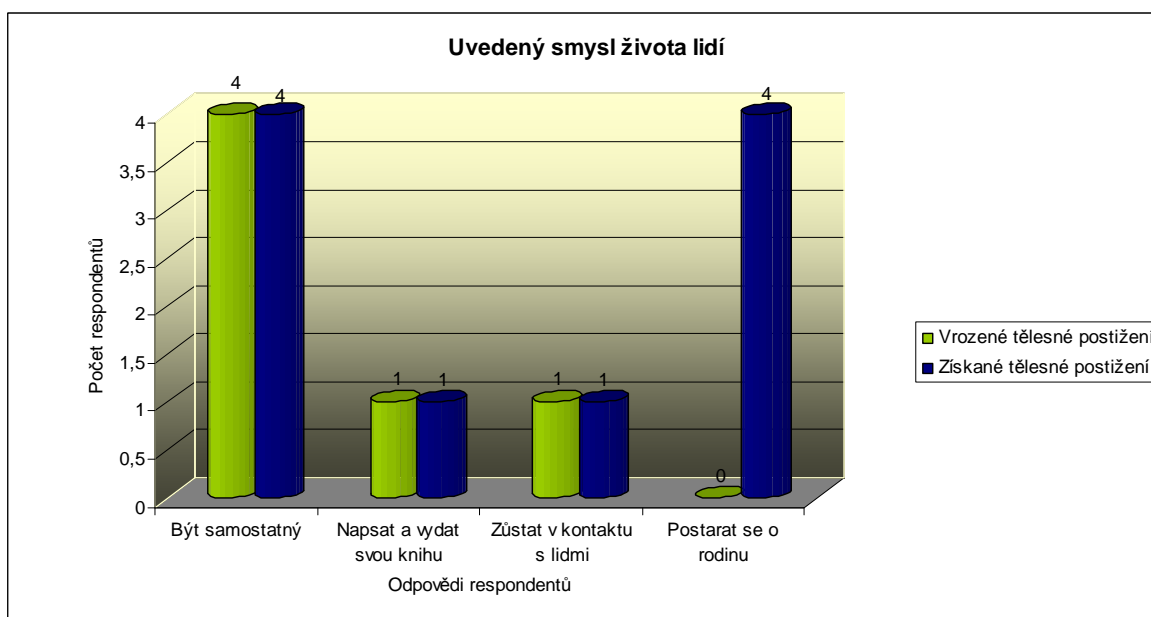
Předposlední otázka se ptala na smysl života lidí s tělesným postižením, resp. zda lidé s tělesným postižením ví, co je jejich smyslem života. Jak můžeme vidět v grafu č. 17, 24 lidí (60%) s vrozeným tělesným postižením odpovědělo možností „Spíše ne“, taktéž odpovídali lidé se získaným tělesným postižením (28 lidí, tj. 70%). Možnost „Spíše ano“ volilo 6 lidí (15%) s vrozeným tělesným postižením a 10 lidí (25%) se získaným tělesným postižením.



Graf č. 17 – Vědí lidé, co je smyslem jejich života?

Vyhodnocení otázky č. 34

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 33 odpověděli možností „Spíše ano“. Lidí s vrozeným tělesným postižením bylo 6, lidí se získaným tělesným postižením bylo 10. Jak můžeme vyčíst z grafu č. 18, lidé s vrozeným tělesným postižením uvedli, že chtějí být samostatní (4 lidé), 1 člověk chtěl napsat a vydat svou knihu, 1 člověk chtěl zůstat v kontaktu s lidmi. Lidé se získaným postižením uvedli, že chtějí zůstat v kontaktu s lidmi (4 lidé), 4 lidé uvedli, že se chtějí postarat o rodinu.



Graf č. 18 – Uvedený smysl života lidí

5.2 Závěr výzkumu

Co tedy z výzkumu jednoznačně vyplynulo? Z hlediska preference fyziologických a psychických potřeb se zde neobjevily výrazné odlišnosti u obou skupin s tělesným postižením. Můžeme tedy říci, že lidé s vrozeným nebo získaným tělesným postižením vnímají fyziologické a psychické potřeby z hlediska preference podobně, jako zdravá populace. Co se týče hlediska vnímání fyziologických potřeb, byly zde určité odlišnosti u obou skupin v odpovědích, ale nemůžeme jednoznačně určit, že to je druhem tělesného postižení, neboť i tady může hrát vliv individualita jedince, který pociťuje fyziologické potřeby.

Z hlediska vnímání psychických potřeb u lidí s vrozeným nebo získaným tělesným postižením, jsme mohli u některých psychických potřeb vidět určité odlišnosti, kterými se skupiny s vrozeným nebo získaným tělesným postižením od sebe lišily. Jedinci s vrozeným tělesným postižením vnímali potřebu bezpečí, jistoty, co se týče intenzity vnímání, silněji. Z toho můžeme usuzovat, že je pro ně tato potřeba velmi důležitá, jsou totiž často nesebevědomí a potřebují cítit ochrannou ruku druhých. Na tuto potřebu může mít vliv druh tělesného postižení. Z potřeby sounáležitosti a lásky vyplynulo, že lidé s vrozeným tělesným postižením chtějí být stále přijímáni druhými takoví, jací jsou. Můžeme tedy uvést jako důvod to, že tito lidé od nejtěplejšího věku cítí ze strany druhých zdravých lidí, že zde nepatří, jsou jiní, odlišní, proto zde často nemají své místo. Tato potřeba je u lidí s vrozeným tělesným postižením vnímána velmi silně, neboť oni sami chtějí, aby byla dostatečně naplněna. Naopak lidé se získaným tělesným postižením chtějí být stále milováni. To může vyplývat z náhlého vzniku tělesného postižení, kdy jedinec ví, že se změnil, nemá takové kompetence, schopnosti ani vzhled a chce, aby byl stále milován, aby vlivem tělesného postižení o lásku druhých nepřišel.

Potřeba uznání byla oběma skupinami vnímána stejně silně, se stejnou intenzitou. Lidé s vrozeným tělesným postižením chtějí pociťovat uznání druhých lidí taktéž jako lidé se získaným tělesným postižením. Z toho můžeme usoudit, že obě dvě skupiny chtějí ukázat, že také ledačs dokáží a chtějí být za to uznáváni, chtějí se jakoby vyrovnat v rámci svých možností zdravým lidem. Kognitivní potřeba má stejný význam pro lidi s vrozeným nebo se získaným tělesným postižením. Z vnímání estetických potřeb obou skupin můžeme usoudit, že tito lidé mají stejný zájem o kulturu, o krásno a estetično, jako zdravá populace, chtějí se také zapojit a účastnit kulturního dění. V poslední psychické potřebě, potřebě seberealizace, nebyly výrazné odlišnosti ve vnímání obou skupin. Jak lidé s vrozeným těles-

ným postižením, tak i lidé se získaným tělesným postižením chtějí získávat nové poznatky a vědomosti, chtějí se rozvíjet v oblastech jejich zájmů. Obě dvě skupiny však velmi shodně odpovídali na otázku týkající se smyslu jejich života, většina z nich odpovídala, že spíše neví, co je jejich smyslem života, čeho chtějí dosáhnout, o co usilují. Vliv druhu tělesného postižení zde může hrát velkou roli.

V závěru výzkumu můžeme usuzovat, že jedinci s tělesným postižením vnímají psychické i fyziologické potřeby velmi rozdílně, záleží zde i na druhu tělesného postižení, zda se jedná o tělesné postižení vrozené nebo získané. Je nutno však podotknout, že na vnímání těchto zmíněných potřeb nemá vliv jen druh tělesného postižení, ale také pohlaví, věk a další faktory, které však nebyly pro tento výzkum až tak důležité. Důležitým faktorem pro tento výzkum byl druh tělesného postižení.

ZÁVĚR

Lidské potřeby. Slovo, který zná každý z nás, slovo, díky němuž můžeme vyjádřit to, co skutečně v životě potřebujeme. Coby zdraví jedinci je můžeme uspokojovat bez nějakých závažných omezení, ať už jde o potřeby fyziologické či psychické, o potřebu lásky a sounáležitosti, o potřebu uznání, ale také o potřeby kognitivní, týkající se seberealizace, neboť nemáme žádné ztížené podmínky ji v rámci školy naplňovat. Když se řekne slovo „speciální potřeby“, ihned si často každý z nás představí pod tímto výrazem něco nadstandardního, něco navíc, něco speciálního či jiného. Speciální potřeby však znamenají totéž, zahrnují stejnou skupinu lidských potřeb typických pro každého jedince. To znamená, že i u lidí s tělesným postižením jsou potřeby stejné. Hlavní motivací napsání této práce, která se věnuje vnímání psychických a fyziologických potřeb u lidí s vrozeným nebo získaným tělesným postižením, bylo dokázat, že tito lidé mají stejné potřeby jako my, zdraví jedinci, s tím rozdílem, že v jejich uspokojování jsou významné překážky způsobené vlivem tělesného postižení. Cílem mé bakalářské práce také bylo seznámit ostatní s hlavními aspekty vývoje tělesně postiženého člověka od nejútlejšího věku s ohledem na důležitost vnímání a uspokojování psychických a fyziologických potřeb.

Důležitým přínosem pro mě i pro ostatní je samotné uvědomění a pochopení role tělesně postiženého člověka v naší společnosti. Významný přínos také vidím v praktické části mé bakalářské práce, kde mohli sami tělesně postižení lidé vyjádřit to, jak každou potřebu poocitují, co chtějí, co si přejí a naopak nepřejí. To může jednak posloužit jako hledisko ukazatele toho, jak máme k těmto lidem a jejich potřebám přistupovat, čeho bychom se měli vyvarovat a v čem bychom jim měli na druhé straně pomoci, ale také to může být využito k vytvoření informační brožury pro zdravou populaci.

V závěru bych chtěla podotknout, že nejvýznamnějším aspektem ke zlepšení vztahu zdravých jedinců a lidí s tělesným postižením není jen to, že pochopíme jejich roli a dokážeme se do ní vcítit, ale také vzájemná komunikace, která nám umožní zjistit, co lidé s tělesným postižením ve svém životě potřebují. Teprve poté jim budeme schopni ze zjištěných informací poskytnout pomoc, podat jim pomocnou ruku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČECHOVÁ, Věra; Rozsypalová, Marie. *Obecná psychologie*. Brno: NCO NZO, 2001. ISBN 80-7013-343-0.
- [2] FERÁK, Vladimír; SRŠEŇ, Štefan. *Genetika člověka*. Bratislava: SPN, 1981. Š 6454/1979-32.
- [3] FISHER, Slavomil; ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika : edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- [4] NOVOSAD, Libor. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením : kapitoly ze sociologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 80-70-83-268-1.
- [5] PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- [6] PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- [7] RENOTIÉROVÁ, Marcela; LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1073-7.
- [8] RENOTIÉROVÁ, Marcela. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0532-6.
- [9] ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie : příručka pro studenty*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-923-2.
- [10] SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [11] SVOBODA, Mojmír (ed.). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
- [12] ŠVINGALOVÁ, Dana. *Kapitoly ze speciální pedagogiky ve vztahu k sociální práci*. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-775-6.
- [13] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

-
- [14] VÁGNEROVÁ, Marie a kol. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.
- [15] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
- [16] VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 – Zastoupení pohlaví respondentů	39
Graf č. 2 – Nejvíce upřednostňované fyziologické potřeby	40
Graf č. 3 – Nejvíce upřednostňované psychické potřeby	41
Graf č. 4 – Preference zdravého stravování	41
Graf č. 5 – Bez které fyziologické potřeby se lidé nedokáží obejít?.....	42
Graf č. 6 – Potřebují lidé cítit v rozhodování ochrannou ruku druhých?.....	43
Graf č. 7 – Kde se lidé cítí nejbezpečněji?.....	44
Graf č. 8 – Nejvíce upřednostňované hodnoty u lidí v potřebě sounáležitosti, lásky	45
Graf č. 9 – Chtějí lidé, aby byli přijímáni a milováni takoví, jací jsou?	46
Graf č. 10 – Zhodnocení důležitosti potřeby uznání od druhých lidí.....	47
Graf č. 11 – Chtějí lidé, aby druzí často oceňovali jejich práci slovní pochvalou?	48
Graf č. 12 – Vzdělávají se lidé rádi ve svém životě?.....	49
Graf č. 13 – Oblasti, ve kterých se lidé rádi vzdělávají	50
Graf č. 14 – Nejoblíbenější oblast umění.....	51
Graf č. 15 – Instituce, které by lidé chtěli navštívit	52
Graf č. 16 – Získávají lidé rádi nové poznatky a vědomosti?.....	53
Graf č. 17 – Vědí lidé, co je smyslem jejich života?	55
Graf č. 18 – Uvedený smysl života lidí.....	55

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Jak nejraději lidé odpočívají?.....	43
Tabulka č. 2 – Co vnímají lidé ve svém životě jako ohrožující?.....	44
Tabulka č. 3 – Přání lidí v potřebě sounáležitosti a lásky.....	46
Tabulka č. 4 – Kdy jsou lidé spokojení?.....	48
Tabulka č. 5 – Hledisko důležitosti získávání informací.....	50
Tabulka č. 6 - Důvody, proč lidé nenavštěvují kino, divadlo, koncert nebo výstavu	52
Tabulka č. 7 – Mají lidé svého nejoblíbenějšího umělce?	53
Tabulka č. 8 – Jsou lidé kreativní?	54
Tabulka č. 9 – Využívání tvořivosti lidí při konkrétní činnosti	54

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Maslowova hierarchie motivů

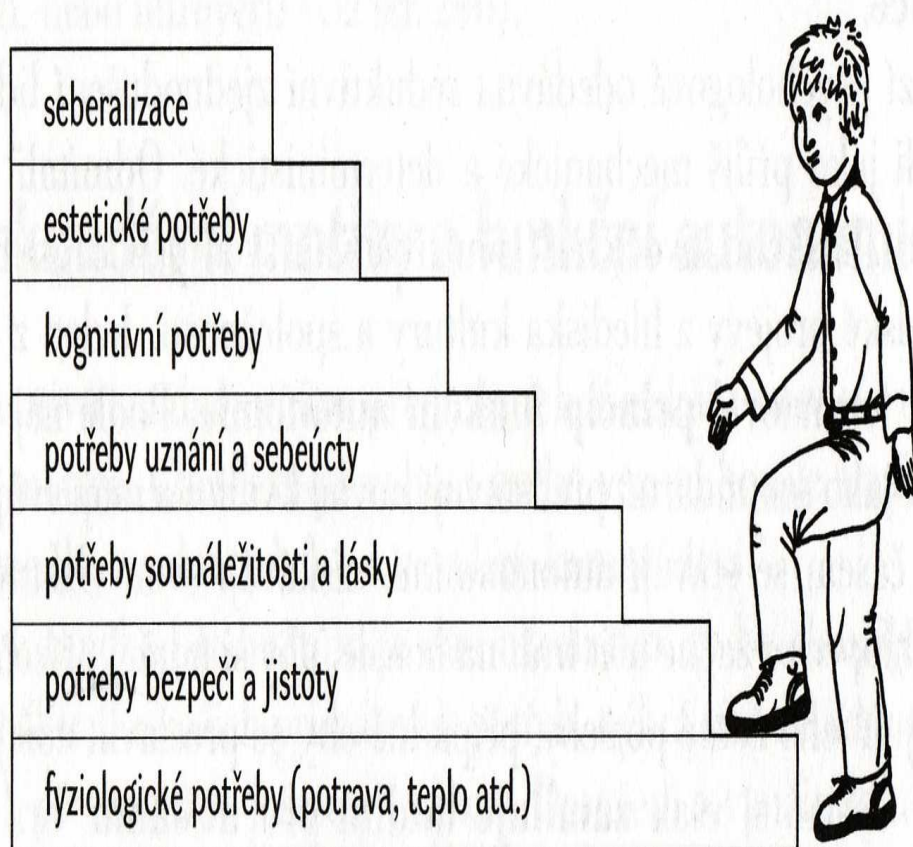
Příloha č. 2 Předběžný nástin dotazníku do praktické části

PŘÍLOHA P I: MASLOWOVA HIERARCHIE MOTIVŮ

2 CESTY PSYCHOLOGICKÉHO VÝKLADU

Obr. 12.4 Maslowova hierarchie motivů

Motivy (potřeby) jsou seřazeny od nejnižších, jež jsou dány biologicky, až po nejvyšší hodnoty kulturního člověka.



PŘÍLOHA P I: PŘEDBĚŽNÝ NÁSTIN DOTAZNÍKU DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

Dotazník na vnímání základních lidských potřeb

Dobrý den,

jmenuji se Martina Machová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální pedagogiky usku-
tečňovaného na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Vzhledem ke své bakalářské práci Vás
prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mého výzkumu. Výzkum poslouží
pouze k praktické části mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní s cílem zjistit Vaše
vnímání základních lidských potřeb.

V dotazníku zakroužkujte jen jednu z nabízených možností odpovědí, pokud se
jedná o seřazení daných možností z hlediska toho, co upřednostňujete (otázka č. 3, 4, 12,
13), postupujte prosím dle pokynů uvedených u těchto otázek. U možnosti odpovědi „Jiné“
prosím napište vaši odpověď.

Předem děkuji za Vaši spolupráci, ochotu a čas k vyplnění mého dotazníku.

Martina Machová.

1) Jste: a) žena
b) muž

2) Ve vašem případě se jedná o tělesné postižení: a) vrozené
b) získané

3) Očíslujte těchto 6 uvedených možností z hlediska toho, co více (méně) upřednostňujete.
1. nejvíce důležité, 6. nejméně důležité.

- ošacení
- zmírnění bolesti
- jídlo
- teplo
- sex
- voda

4) Očíslujte těchto 9 uvedených možností z hlediska co více (méně) upřednostňujete. 1.
nejvíce důležité, 9. nejméně důležité.

- láska
- uznání
- úcta
- přátelství
- umění
- vzdělání (práce)
- sebeúcta
- krása
- jistota

5) Upřednostňujete ve Vašem životě zdravé stravování?

- a) Určitě ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Určitě ne.
- e) Neumím se vyjádřit.

6) Ve Vašem životě byste se nedokázal(a) v krátkém časovém období obejít bez:

- a) vody
- b) potravy
- c) ošacení
- d) sexu
- e) Jiné _____

7) Záleží vám na tom, jak ve svém oblečení vypadáte?

- a) Určitě ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Určitě ne.
- e) Neumím se vyjádřit.

8) Jak nejraději odpočíváte?

- a) Četbou knihy.
- b) Poslechem hudby.
- c) Sledováním televize.
- d) Spánkem.
- e) Jiné _____

9) Potřeba jistoty v rozhodování a v důležitých záležitostech je pro Vás:

- a) Velmi důležitá.
- b) Spíše důležitá.
- c) Spíše nedůležitá.
- d) Velmi nedůležitá.
- e) Neumím se vyjádřit.

10) Potřebujete cítit v důležitých rozhodováních ochranou ruku druhých?

- a) Ano, stále.
- b) Ano, často.
- c) Ano, občas.
- d) Ne, nikdy.
- e) Neumím se vyjádřit.

11) Ve Vašem životě vnímáte jako ohrožující:

- a) úmrtí blízkého člověka
- b) aroganci a posměch druhých lidí vůči vaší osobě
- c) nedostatečné materiální (finanční) zaopatření
- d) zhoršení zdravotního stavu
- e) Jiné _____

12) Očíslujte těchto 5 uvedených možností z hlediska toho, kde se cítíte nejbezpečněji (1), (5) znamená, že zde zažíváte případné známky ohrožení, nejistoty.

- práce (škola, chráněné dílny)
- rodina
- společnost zdravých lidí
- přátelé
- zájmy, kroužky

13) Očíslujte těchto 5 uvedených možností z hlediska toho, co více (méně) upřednostňujete. (1) nejvíce důležité, (5) nejméně důležité.

- přátelství
- láska
- zázemí
- rodina
- partnerský vztah

14) Chcete, aby vás druzí lidé přijímali a milovali takové, jací jste?

- a) Ano, stále.
- b) Ano, často.
- c) Ano, občas.
- d) Ne, nikdy.
- e) Nevíte.

15) Přejete si:

- a) aby vás druzí lidé přijímali takové, jací jste
- b) aby vás druzí lidé milovali
- c) abyste ve svém životě měli své místo (někam patřili)
- d) abyste ve svém životě k někomu patřili
- e) Jiné _____

16) Máte ve svém životě pocit, že mezi přátele a druhé lidi opravdu patříte, máte zde své místo?

- a) Určitě ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Určitě ne.
- e) Neumím se vyjádřit.

17) Jste člověk, pro kterého je uznání druhých lidí:

- a) Velmi důležité.
- b) Spíše důležité.
- c) Spíše nedůležité.
- d) Velmi nedůležité.
- e) Neumím se vyjádřit.

18) Chcete, aby druzí lidé často oceňovali vaši práci (snahu, výkon) slovní pochvalou?

- a) Ano, stále.
- b) Ano, často.

- c) Ano, občas.
- d) Ne, nikdy.
- e) Neumím se vyjádřit.

19) Jste spokojený(á), když:

- a) si vás druzí lidé váží
 - b) máte v jejich očích úspěch
 - c) se vám něco na základě vaší samostatné práce skvěle vydaří
 - d) se vám něco na základě pomoci druhých lidí skvěle vydaří
 - e) Jiné _____
-

20) Zažíváte pocit naplnění (např. z dobře vykonané práce)?

- a) Ano, stále.
- b) Ano, často.
- c) Ano, občas.
- d) Ne, nikdy.
- e) Neumím se vyjádřit.

21) Vzděláváte se rádi nadále ve vašem životě?

- a) Ano, stále.
- b) Ano, často.
- c) Ano, občas.
- d) Ne, nikdy.
- e) Neumím se vyjádřit.

22) Vzděláváte se rádi v oblasti:

- a) umění (hudba, malířství,...)
 - b) sportu
 - c) zeměpisu
 - d) historie, dějin
 - e) Jiné _____
-

23) Uplatňujete často Vaše znalosti ve Vašem životě?

- a) Určitě ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Určitě ne.
- e) Neumím se vyjádřit.

24) Je pro vás důležité získávat informace:

- a) jen z hlediska další využitelnosti v praxi
 - b) jen z hlediska mého zájmu dozvědět se něco nového
 - c) z hlediska další využitelnosti v praxi a mého zájmu dozvědět se něco nového
 - d) z hlediska snahy rozšířit své vědomosti
 - e) Jiné _____
-

25) Která oblast umění je vaše nejoblíbenější?

- a) Hudba.
- b) Výtvarné umění (obrazy,...).

- c) Literatura (poezie, próza,...).
- d) Divadlo (herectví).
- e) Jiné _____

26) Navštěvujete některou z uvedených institucí (kino, divadlo, koncert, výstavy)?

- a) Ano.
- b) Ne.

27) Na tuto otázku odpovězte pouze tehdy, pokud jste u otázky č. 26 odpověděli „Ne“.

Nenavštěvujete některou z výše uvedených institucí proto, že:

- a) je to pro vás obtížné z hlediska přístupnosti (bezbariérovost)
- b) je to pro vás obtížné z hlediska financí
- c) je to pro vás obtížné z hlediska času
- d) o kulturu nemáte velký zájem
- e) Jiné _____

28) Chtěl(a) byste v rámci nejen svých možností navštívit:

- a) kino
- b) divadlo
- c) koncert
- d) výstavu (obrazů, fotografií,...)
- e) Jiné _____

29) Máte svého nejoblíbenějšího umělce z jakékoliv oblasti umění?

- a) Ano.
- b) Ne.
- c) Neumím se vyjádřit.

30) Získáváte rádi nové poznatky, vědomosti, které přispívají k vašemu vzdělání?

- a) Ano, stále.
- b) Ano, často.
- c) Ano, občas.
- d) Ne, nikdy.
- e) Nevíte.

31) Jste kreativní (tvořivý = vymýšlení stále něčeho nového, nových věcí, stále nové nápady na zlepšení, atd.) člověk?

- a) Určitě ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Určitě ne.
- e) Neumím se vyjádřit.

32) Využíváte svou tvořivost (vymýšlení stále něčeho nového, nových věcí, stále nové nápady na zlepšení, atd.) při konkrétní činnosti?

- a) Ano, stále.
- b) Ano, často.
- c) Ano, občas.

- d) Ne, nikdy.
- e) Neumím se vyjádřit.

33) Víte, co je smyslem vašeho života (to, o co usilujete)?

- a) Určitě ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Určitě ne.
- e) Neumím se vyjádřit..

34) Na tuto otázku odpovězte pouze tehdy, pokud jste u otázky č. 33 odpověděli „Určitě ano“ nebo „Spíše ano“.

Napište, co je smyslem vašeho života (to, o co usilujete).
