

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**ŽIVOTNÉ CIELE A HODNOTY OSÔB S TELESNÝM  
POSTIHNUTÍM**

Diplomová práca

Meno autora: Bc. Ľubomír Naštický

Meno vedúceho práce: Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

24.5.2010

## **ABSTRACT**

Topic of the thesis is to clarify the aims of living and values of the handicapped people. In the theoretical part the work deals with definitions of the basic terms related to a corporal defect, course and model of crisis as a radical change regarding physical image of human being, it highlights the main crisis starter, thus stress, and emphasizes the factors which have the greatest effect on mental state of the handicapped patient. Also, this work refers to sources of one's reason for living, right to life and possibilities of social assistance for the handicapped. The empirical part is focused to find out in what extent the handicapped people experience their life as a meaningful, in what extent they are satisfied with their life and what values they prefer.

## **ČESTNÉ PREHLÁSENIE**

Prehlasujem, že som diplomovú prácu vypracoval samostatne a použil len pramene, ktoré citujem a uvádzam v priloženej bibliografii.

Vyhlasujem, že v súlade s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platnom znení súhlasím so zverejnením svojej diplomovej práce fakultou, a to v nezkrátenej podobe, Zdravotne socialnou fakultou elektronickou cestou vo verejne prístupnej časti databázy STAG prevádzkované Jihočeskou univerzitou v Českých Budejoviciach na ich internetových stránkách.

V Českých Budejoviciach 24.5.2010

.....

## **POĎAKOVANIE**

Na tomto mieste, by som sa rád poďakoval všetkým, ktorí mi podali pomocnú ruku pri písaní tejto práce. V prvom rade ďakujem mojej školiteľke, doc. Ing. Lucie Kozlovej, Ph.D., ktorá mi ochotne poskytovala cenné rady a pripomienky. Moja vďaka patrí aj mojej rodine, najmä priateľke MUDr. Kataríne Kršiakovej, za ich trezivosť a podporu.



## OBSAH

ÚVOD.....	9
<b>1. SÚČASNÝ STAV.....</b>	<b>10</b>
1.1 DÔSLEDKY A ASPEKTY TELESNÉHO POSTIHNUTIA.....	10
1.1.1 VYMEDZENIE POJMOV.....	10
1.1.2 PRIEBEH KRÍZY AKO RADIKÁLNEJ ZMENY TELESNÉHO OBRAZU ČLOVEKA.....	12
1.1.2.1 Model priebehu krízy .....	13
1.1.3 ZMENY PSYCHICKÉHO STAVU TELESNE POSTIHNUTÝCH PACIENTOV.....	17
1.1.4 ZMENY V USPOKOJOVANÍ ZÁKLADNÝCH POTRIEB TELESNE POSTIHNUTÝCH PACIENTOV.....	20
1.2 NIEKTORÉ SPÚŠŤAČE A ŠPECIFIKÁ KRÍZY.....	23
1.2.1 PRIEBEH KRÍZY.....	23
1.2.2 STRES AKO SPÚŠŤAČ KRÍZY.....	26
1.2.3 NALIEHAVÉ UDALOSTI AKO SPÚŠŤAČ KRÍZY.....	28
1.3 ZMYSEL ŽIVOTA A ŽIVOTNÁ ZMYSLUPLNOSŤ.....	28
1.3.1 VYMEDZENIE POJMOV.....	28
1.3.1.1 Obsahová a kognitívna stránka prežívania zmyslu života.....	29
1.3.2 NOETICKÝ ROZMER OSOBNOSTI.....	31
1.3.3 ZDROJE ZMYSLU ŽIVOTA.....	33
1.3.3.1 Rekonštrukcia životných hodnôt u ľudí s telesným postihnutím.....	35
1.3.4 ZMYSEL ŽIVOTA V PODMIENKACH PREŽÍVANIA BOLESTI A UTRPENIA.....	37
1.3.5 ZMYSEL ŽIVOTA VO VZŤAHU K STRESU.....	39
1.4 FORMY KOMPENZÁCII SOCIÁLNYCH DÔSLEDKOV TELESNÉHO POSTIHNUTIA.....	41
1.4.1 PRÁVO NA DÔSTOJNÝ ŽIVOT A SOCIÁLNA POMOC.....	44

<i>1.4.2 SOCIÁLNE SLUŽBY A PEŇAŽNÉ PRÍSPEVKY NA KOMPENZÁCIU A PEŇAŽNÝ PRÍSPEVOK ZA OPATROVANIE.....</i>	<i>46</i>
<b>2. CIEĽ PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>54</b>
2.1 CIEĽ VÝSKUMU.....	54
2.2 HYPOTÉZY.....	54
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>55</b>
<b>4. VÝSLEDKY.....</b>	<b>56</b>
<b>5. DISKUSIA.....</b>	<b>78</b>
<b>6. ZÁVER.....</b>	<b>82</b>
<b>7. ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV.....</b>	<b>84</b>
<b>8. KLÚČOVÉ SLOVÁ.....</b>	<b>89</b>
<b>9. PRÍLOHY.....</b>	<b>90</b>

## ZOZNAM TABULIEK, GRAFOV, OBRÁZKOV

Tabuľka 1 Starostlivosť o zdravie.....	56
Tabuľka 2 Spokojnosť rodinných príslušníkov.....	57
Tabuľka 3 Druhy relaxovania.....	59
Tabuľka 4 Materiálne a finančné zabezpečenie.....	60
Tabuľka 5 Zdravé stravovanie.....	61
Tabuľka 6 Vyvážená strava.....	62
Tabuľka 7 Kontrola hmotnosti.....	64
Tabuľka 8 Pocit stresu.....	65
Tabuľka 9 Šťastie človeka.....	66
Tabuľka 10 Postoj k svojmu zdraviu.....	67
Tabuľka 11 Využitie ponuky na prácu.....	69
Tabuľka 12 Postoj k zmenám v živote.....	70
Tabuľka 13 Články o zdravej výžive.....	72
Tabuľka 14 Starostlivosť o duševnú rovnováhu.....	73
Tabuľka 15 Dôležitosť medziľudských vzťahov.....	74
Tabuľka 16 Starostlivosť o telesné a duševné zdravie.....	75
Graf 1 Starostlivosť o zdravie.....	56
Graf 2 Spokojnosť rodinných príslušníkov.....	58
Graf 3 Druhy relaxovania.....	59
Graf 4 Materiálne a finančné zabezpečenie.....	60
Graf 5 Zdravé stravovanie.....	62
Graf 6 Vyvážená strava.....	63
Graf 7 Kontrola hmotnosti.....	64
Graf 8 Pocit stresu.....	65
Graf 9 Šťastie človeka.....	66



Graf 10 Postoj k svojmu zdraviu.....	68
Graf 11 Využitie ponuky na prácu.....	70
Graf 12 Postoj k zmenám v živote.....	71
Graf 13 Články o zdravej výžive.....	72
Graf 14 Starostlivosť o duševnú rovnováhu.....	73
Graf 15 Dôležitosť medziľudských vzťahov.....	74
Graf 16 Starostlivosť o telesné a duševné zdravie.....	76
Obrázok 1 Schematické znázornenie dimenzií človeka .....	32

## ÚVOD

V súčasnej dobe žijeme v demokratickej spoločnosti, ktorá zaručuje všetkým občanom, ktorí tu žijú, rovnaké práva a povinnosti bez rozdielu a smerujú k tomu, aby každý občan tejto spoločnosti mohol žiť plnohodnotným životom, bol schopný sa aktívne zúčastňovať na verejnom dianí. Túto spoločnosť vytvára majoritná väčšina, žije tu ale niekoľko skupín obyvateľov, ktorí sa v priebehu vývoja tejto spoločnosti museli stretávať s rôznym znevýhodnením, alebo boli v dôsledku svojej odlišnosti odsunutí na okraj záujmu. Jednu z týchto skupín tvoria aj ľudia s telesným postihnutím.

Práva a povinnosti sú im dnes zaručené rovnako ako ostatným občanom Listinou základných práv a slobôd, a tiež Chartou práv ľudí s telesným postihnutím. Táto Charta bola prijatá, aby chránila záujmy ľudí s telesným postihnutím a zaistila im začlenenie do väčšinovej spoločnosti.

Doslova sa v nej hovorí: *„Postihnutí majú plné právo na samostatný a nezávislý spôsob života, aký si sami zvolia. Majú právo sa začleniť do spoločenského života, majú právo na splnenie všetkých svojich prání a túžob. Je preto povinnosťou spoločnosti napomáhať týmto spoluobčanom žiť normálny život“* (Charta práv ľudí s telesným postihnutím, 2005)

V diplomovej práci charakterizujem základné pojmy danej problematiky, ako sú telesne postihnutí, handicap, ochorenie, úraz. Ďalej poukazujem na význam slova kríza telesne postihnutého a vyzdvihujem zmeny psychického stavu telesne postihnutého a tiež aj zmeny v uspokojovaní základných potrieb telesne postihnutých.

Poukazujem na pojmy ako zmysel života a zmysluplné prežívanie, noetický rozmer osobnosti a vyzdvihujem zdroje zmyslu života.

Na záver teoretickej časti poukážem na dôležitosť pojmu kompenzácia sociálnej pomoci a právo na dôstojný život telesne postihnutého.

Cieľom práce je zistiť do akej miery prežívajú ľudia s telesným postihnutím svoj život ako zmysluplný, do akej miery sú so svojím životom spokojní a aké hodnoty preferujú.

# 1. SÚČASNÝ STAV

## 1.1 DÔSLEDKY A ASPEKTY TELESNÉHO POSTIHNUTIA

### 1.1.1 VYMEDZENIE POJMOV

Termín **telesné postihnutie** podľa Křivohlavého (in Syřišťová, 1989), „vyjadruje radikálnu zmenu tela pacienta v dôsledku traumatickej udalosti (napr. úrazu pri autonehode), mutilujúceho chirurgického zákroku, radikálnu zmenu zdravotného stavu pacienta typu chronického ochorenia alebo odchýlku od normálu telesného obrazu človeka, s ktorou sa tento už narodil.“

Hartl (2000, s. 442) telesné postihnutie chápe ako „postihnutie, ktoré bráni mobilite, pracovnej činnosti. Za telesne postihnú osobu možno považovať jedinca s chybami pohybového (svaly), nosného (kostra) a nervového ústrojenstva, ktoré sú príčinou poruchy jeho pohyblivosti.“

Konkrétne príklady v definícií telesného postihnutia poskytuje Vašek (2003), ktorý týmto postihnutím rozumie anomálie takého výrazného stupňa, že odlišujú jedinca od ostatných, napríklad: deformácie kostry horných končatín, deformácie chrbtice (hrb), deformácie dolných končatín (konská noha), výrazne znetvorené kĺbov a ďalšie. Taktiež sem zaraďuje poruchy tvaru lebky (nadmerne veľká alebo výrazne malá hlava, chýbanie jazyka, nevyvinutie kosti mozgovej časti hlavy), rázštep čeľustí, podnebia a rázštep chrbtice.

Skupinu občanov s telesným postihnutím možno rozdeliť do dvoch subskupín (Krhutová, 2005):

- *Chronické ochorenie* – dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav. Ide o poškodenie alebo oslabenie fyziologických funkcií ľudského organizmu. Znižuje kvalitu života postihnutého, obmedzuje jeho výkonnosť a odolnosť voči záťaži a námahe. Vede k nechcenému utlmeniu fyzických aktivít a spôsobuje degeneratívne zmeny na nosnú a motorickú aparáturu človeka.

- *Telesné postihnutie* – ide o obmedzenie hybnosti až znemožnenie pohybu a dysfunkciu motorickej koordinácie v súvislosti s poškodením, vadou či funkčnou poruchou nosného a hybného aparátu, amputáciou či deformáciou časti motorického systému.

Grňa (2004) uvádza nasledovné druhy telesného postihnutia:

- *Paraparéza* – postihnutie dolných končatín s tendenciou obnovenia citlivosti a pohyblivosti.
- *Paraplégia* – postihnutie dolných končatín a časti hrudníka, ktoré je trvalého charakteru.
- *Kvadruparéza* (tiež tetraparéza) – postihnutie horných i dolných končatín, vyvolané poškodením miechy v oblasti krčnej chrbtice, s tendenciou obnovenia citlivosti i hybnosti.
- *Kvadruplégia* (tiež tetraplégia) – trvalé postihnutie končatín i hrudníka, vyvolané závažným poškodením miechy v krčnej oblasti; vo väčšine prípadov nastáva čiastočné obnovenie pohyblivosti i citlivosti horných končatín, závislé od miesta a rozsahu poškodenia miechy.
- *Hemiparéza/plégia* – jednostranné (polovičné) ochrnutie tela v dôsledku narušenia mozgu po príhode, operácii, úraze.

V odbornej literatúre sa stretávame okrem pojmu telesné postihnutie aj s pojmi, ktoré sú synonymá tomuto pojmu a to *handicap*, *nemoc* alebo *odchýlka*, či *defekt*. Tiež sa ale často stretávame s podstatne širším rozsahom termínu *telesné postihnutie*. Rozumie sa pod tým extrémne odchýlky v hmotnosti, výške a vzhľade, prípadne pohybovej aktivite. V tomto prípade sa budem ale pridŕžať už vyššie spomínanej definície.

Termín „*handicap*“, používaný v psychologickej literatúre pre ľudí zdravotne postihnutých a tým aj pre telesne postihnutých, vystihuje do určitej miery psychologickú reakciu, postoj a stav telesne postihnutého vzhľadom k traumatizujúcej udalosti. Handicapom sa pôvodne myslelo postihnutie nepriaznivou udalosťou.

Termínom „*choroba alebo odchýlka*“ označuje Vágnerová (1996) spoločenský handicap, ktorý je síce považovaný za niečo nežiaduce, ale je tu odlišné poňatie zodpovednosti subjektu než aké býva u väčšiny sociálnych deviácií (napr. u alkoholikov, či narkomanov). Postihnutý človek väčšinou nebýva považovaný za vinníka svojej choroby.

Telesné postihnutie, znížená mobilita a prípadné zmeny osobnosti ako následok telesného defektu, nielenže ochudobňuje mnohých jedincov o viacero dôležitých podnetov, ale často obmedzuje, ba so zreteľom na stupeň postihnutia sťažuje až znemožňuje primerané začlenenie do spoločnosti.

*Chorobu či defekt* môžeme považovať nielen za odchýlku biologickú, ale aj za určitý druh sociálnej deviácie (Parsons, 1951).

### **1.1.2 PRIEBEH KRÍZY AKO RADIKÁLNEJ ZMENY TELESNÉHO OBRAZU ČLOVEKA**

Pôvod slova *kríza* je zrejmý ako z latinského *crisis*, tak z gréckeho *kρίσις*. Tento pojem sa používa široko a veľmi často vo veľa rozličných oblastiach, ktoré presahujú hranice medicíny alebo psychológie.

Slovníky a encyklopédie hovoria o kríze ako o rozhodnej chvíli, rozhodnom obrate, nebezpečnom okamžiku, bode obratu alebo období zmätku a strastiplného hľadania riešenia (Klimpl, 1998).

Nie je pochýb o tom, že taká radikálna zmena ako je telesné postihnutie je považovaná za krízovú situáciu, resp. krízu.

Za určitých podmienok sa však kríza môže stať šancou k novému prežívaniu identity, možno z nej vyjsť s novými spôsobmi správania, s novou dimenziou prežívania seba a sveta, snáď aj priamo s novým zážitkom zmyslu.

Kladné vyznenie krízy závisí predovšetkým na tom, či sme schopní vidieť krízu ako životnú situáciu, v ktorej sa odohráva niečo, čo je pre náš život existenciálne významné a v kríze sa o tom rozhoduje alebo či krízu považujeme iba za obtiažny vedľajší produkt života, na ktorý chceme čo najrýchlejšie zabudnúť. Podstatné je vedieť, že každá kríza v sebe obsahuje možnosť zásadnej premeny (Kastová, 2000).

Kríza je teda súčasne situáciou krajnej núdze, ale aj príležitosťou, ak je prekonaná, k pozitívnemu obratu života človeka, teda šancou, príležitosťou k väčšiemu rozvoju osobnosti.

Kolitzuse a Feuerleina (in Klimpl, 1998) definujú krízu ako v krátkom čase vyostrujúcu sa situáciu, v ktorej postihnutý už nie je schopný prekonať a pomocou vlastnej stratégie zvládnuť vonkajšie alebo vnútorné záťaž. Slovom kríza sa tiež rozumie rozhodný obrat, napr. v priebehu choroby. Tiež sa pod týmto pojmom rozumie ťažká až závažná situácia v živote (Křivohlavý, 1985).

Počas krízy sa ľudia nesprávajú bežným spôsobom – ich vnútorná nepohoda sa zvyšuje do takej miery, že nastáva dezorganizácia a porucha – emocionálna, kognitívna i behaviorálna. Tento stav sa zvykne nazývať aj syndróm psychického vyhorenia (Vymětal, 2003).

Táto dezorganizácia, zmätok a porucha ďalej redukuje jedinca riešiť problém a zvládacie schopnosti. Človek sa problém najprv snaží riešiť pomocou v minulosti osvojených postupov, no v stave krízy je táto snaha ohrozená skresleniami a predtým spomínanou dezorganizáciou. Neschopnosť riešenia problému a opätovné zlyhávanie brzdí riešenie aktuálneho problému a zároveň ovplyvňuje riešenie budúceho problému.

Práve v týchto situáciách prestáva mať kríza náboj rastu a do popredia vystupujú nebezpečenstvá súvisiace s krízou.

### ***1.1.2.1 Model priebehu krízy***

Křivohlavý (1985) ponúka model priebehu krízy chorého človeka, ktorý počíta s určitým bodom zvratu.

Ten označujeme termínom kritická udalosť, ktorá sa stala v živote človeka (dopravná nehoda, úraz, operácia a pod.), pričom sa významne radikálne mení jeho zdravotný stav a návrat do pôvodného stavu je úplne nemožný. Tento model sa snaží vystihnúť, čo sa odohráva v psychike pacienta, od tejto chvíle, čo sa odohráva bezprostredne po nej, až napr. do chvíle vyrovnania, zmierenia, akceptácie ťažkej zmeny zdravotného stavu. To, čo sa v tomto období v psychike človeka deje, je možné rozdeliť do piatich fáz:

### **1. Výkrik**

Slovom výkrik vyjadrujeme reflexnú citovú reakciu človeka na kritickú udalosť, ktorá môže mať rôznu formu. Označujeme ju tiež slovom *panika*, pod ktorou rozumieme zdesenie, zmätok, vyhrotenie pocitu obáv a strachu, kolaps všetkých psychických spôsobov zvládania ťažkých životných situácií. Výkriky sa môžu navonok prejaviť nariekaním, krikom, až výbuchom hysterického kričania a plaču. V iných prípadoch sa prejavuje náhlou psychickou slabosťou až ochabnosťou, záchvatmi mdloby, omdlievaním, psychickým otupením, úzkosťou, depresiou až upadnutím do bezvedomia.

### **2. Poprenie**

Poprením vyjadrujeme taký stav pacienta, v ktorom sa spája citový útlm a do značnej miery úspešná snaha vo vedomí úplne potlačiť existenciu krízovej situácie. Ide o úplnú apatiu, stratu akýchkoľvek prejavov psychického života, motivácie. Pacient sa snaží vytlačiť z vedomia či podvedomia všetko, čo sa viaže ku krízovej situácii, ide o pokus vymaniť sa zo zajatia tohto faktu. Daný človek koná, uvažuje a myslí tak, akoby sa nič nestalo, akoby to nebola pravda – je to iba „zlá rozprávka“.

Vyskytuje sa úplná alebo čiastočná strata pamäti, v extrémnom prípade úplné poprie skutočnosť a stratí zmysel pre realitu. Pacient sústreďuje svoje myslenie len na neutrálne pole. Niekedy sa utieka k regresným stratégiám.

### **3. Intrúzia**

Slovom intrúzia vyjadrujeme vtieravé nutkanie, určitú obdoby obsesie, t. j. nutkanie, ktoré prekračuje hranice normality a vedie pacientov k psychiatrom. Do vedomia pacienta sa neustále vtiera spomienka na kritickú udalosť, ktorá je sprevádzaná citmi. Pacient sa voči týmto myšlienkam nedokáže brániť a v počiatočných štádiách boja s touto psychickou krízou sa pod ťažobou týchto myšlienok a citov psychicky rúca. Intrúzia má najčastejšie podobu nočných mor, desivých snov, ilúzií, halucinácií. Objavujú sa aj v dennom snení a bez predsignálu ako „votrelec“. Vtieravé myšlienky typu „prečo?“, „keby sa to nebolo stalo...“. Nie sú schopní sústrediť sa v myšlienkach na iné témy ako na kritickú udalosť, nie sú schopní logicky myslieť. Vyskytujú sa u nich mimoriadne intenzívne citové návaly a výbuchy hnevu, agresivity až zúrivosti, pocity viny, strachu.

### **4. Vyrovnávanie**

Pacient sa musí s radikálne zmenenou situáciou vyrovnáť, musí ju zvládnuť a pokúsiť sa nájsť iné pokračovanie životnej cesty. Práve táto fáza vyrovnávania je obdobím hľadania inej cesty, zvažovaním nových alternatív, nových riešení a pod. Nejde o jednorazový čin, ale o sériu pokusov. Pacient musí zdolávať doposiaľ nepoznané prekážky a riešiť problémy, pred ktorými doposiaľ nestál, pričom sa musí na novú situáciu adaptovať. Tu hrá veľmi dôležitú funkciu celý tím odborníkov, ktorý sa stará o vyrovnávajúceho sa jednotlivca.

Prvým predpokladom pre porozumenie a pomoc je zoznámenie sa so psychickým stavom telesne postihnutého. Druhým predpokladom účinnej pomoci je poznanie spôsobov, ktorými možno zvládnuť ťažké situácie toho typu, s ktorými sa telesne postihnutí dostávajú do styku.



Uvádžam jednotlivé *body pomoci* (Syřišřová, 1989):

1. Uznať obmedzenosť ľudských možností, čo znamená, že pacient by mal vedieť diferencovať, že niečo zmeniť môže – napr. postoj k traumatickej udalosti, vlastné sebahodnotenie atp. – a zároveň by mal poznať, že sú veci, ktoré sa zmeniť nedajú.
2. Rozlíšiť, čo sa zmeniť dá a čo sa zmeniť nedá. Stav, ktorý sa zmeniť nedá, je nutné prijať a zmieriť sa s ním a skutočnosti, ktoré sa zmeniť dajú, môžeme identifikovať a ďalej na nich pracovať.
3. Vytipovať si žiaduci a dosiahnuteľný cieľ. Ak sa pacient nemá „zložiť“, je treba mu vypracovať alternatívne ciele, prípadne i alternatívne cesty k dosiahnutiu týchto cieľov.
4. Rozčleniť ďalšiu životnú cestu na jednotlivé úseky, vyjasniť si, čo všetky úseky obnášajú.
5. Učiť sa žiť s telesným postihnutím, teda práca na vlastnom uzdravení, kde pacient začína kráčať za stanoveným cieľom a musí prekonávať tisícky drobných, ale ťažkých prekážok. Práve v tejto fáze je veľmi potrebná terapeutická pomoc.
6. Urobiť prvý krok, čomu predchádza učenie dosiahnuteľných parciálnych krokov, pričom treba začať „hneď“.
7. Zvládať vnútorný dialóg prebiehajúci v každom pacientovi. Vďaka tomuto javu je možno vidieť deštruktívne i konštruktívne sily, t. j. momenty, ktoré ukazujú na neprekonateľnosť prekážok, či rozhodnutia, ktoré ho pobádajú pokračovať v započatej ceste.
8. Žiť v prítomnosti, teda nedovoliť mu, aby sa umáral v nekonečných úvahách a fantáziách – „prečo?“.
9. Radovať sa z každého aj seba menšieho úspechu, pomenúvať kroky zlepšenia, chváliť a pod., pričom nemusí byť kritériom úspechu dokonalé zvládnutie úlohy.

## **5. Zmierenie**

Zmierenie je konečným riešením psychickej krízovej situácie, pričom to neznamená, že sa človek dostáva do stavu, v ktorom bol predtým. Znamená to, že pacient je schopný myslieť na kritickú udalosť bez toho, aby ho to príliš nedeprimovalo, a zároveň je schopný nemyslieť na krízovú situáciu, keď na ňu myslieť nechce.

Uvedený model je všeobecný a pravdou je, že všetky tieto fázy sa nemusia objaviť u každého pacienta, tiež sa niektoré z nich môžu vracieť. Celá dĺžka psychického procesu vyrovnávania závisí od závažnosti zdravotnej zmeny a perspektív daného pacienta. Tiež dôležitým faktorom je, aké mal pacient predchádzajúce životné skúsenosti, či sa musel pred tým vysporiadať s ťažkosťami života alebo nie a tiež je rozhodujúci stupeň zrelosti osobnosti pacienta. Veľmi dôležité je pri zvládaní krízy aj to, čo môže pacient sám urobiť pre zlepšenie svojho stavu.

### **1.1.3 ZMENY PSYCHICKÉHO STAVU TELESNE POSTIHNUTÝCH PACIENTOV**

Ak sa človek stane pacientom, odkázaným aj nevyhnutne na pomoc iných, je treba počítat' s určitými zmenami v jeho psychike (Křivohlavý, 1989). O tom, ako sa človek vyrovnáva s náročnými životnými situáciami pojednáva psychológia ľudskej adaptability. Tá rozlišuje pasívnu a aktívnu formu adaptácie.

Křivohlavý (1985) uvádza prehľad aktívnych a v protiklade nim pasívnych alebo nežiaducich spôsobov vyrovnávania sa so životnými ťažkosťami:

- ***Aktivita – pasivita***

Zatiaľ čo zdravý stav človeka je charakterizovaný pomerne značnou činnosťou rôzneho druhu, kde je jednajúci človek hlavným aktérom, je pacient charakterizovaný pasivitou.

Aktivita druhých ľudí je pri tom zameraná na neho. Aktérom diania je niekto iný, nie sám pacient. Ten do určitej miery len pasívne prijíma starostlivosť druhých.

- ***Zmeny v kvalite a kvantite výkonu***

Zdravý človek je zvyknutý podávať pomerne dobrý výkon v rade rôznych činností, ktoré pred neho stavia každodenný život. Robí to, pre čo má určité predpoklady, schopnosti, skúsenosti a pod. Robí to, čo vie. To všetko mu dáva určitú mieru sebaistoty. Telesne postihnutý človek sa musí preorientovať na činnosti, ktoré neovláda tak, ako by si prial, musí robiť, čo mu druhí nariaďa, aj veci, ktoré doteraz nerobil. Nie je teda divu, že kvalita činností nie je vždy taká, na akú bol zvyknutý. To znižuje jeho sebavedomie a výrazne sa odráža v jeho psychike.

- ***Zmeny v životnom rytme***

Zdravý človek je zvyknutý na určitý rytmus, na chod všetkého, čo so značnou pravdepodobnosťou nastáva. Ak je však človek pripútaný na vozík, potom mu životný rytmus určujú zásahy „vyššej moci“ – napr. lekárov, zdravotných sestier a pod. Musí sa podrobovať vyšetreniam a o ich konaní rozhoduje niekto iný s ohľadom nie na pacientove zvyky, ale vlastné možnosti zdravotníckeho systému. Pacient sa musí prispôbiť.

- ***Zmeny prostredia***

Zdravý človek sa pohybuje v určitom jemu blízkom prostredí. Pozná ho, je so všetkým, čo je v ňom obsiahnuté oboznámený. Nie len doma, ale aj v práci sa cíti ako „doma“. „Doma,“ sa cíti aj pri rôznych spoločenských akciách. Je však človek telesne postihnutý, jeho prostredie je relatívne ochudobnené.

- ***Zmeny záujmov***

Vo svojom občianskom živote mal pacient pomerne široký rozsah záujmov. Zaujímal sa nielen o domov, ale aj o prácu a všetko s tým spojené. Teraz sa cíti neustále priťahovaný k jednej a jedinej téme: ku svojmu zdravotnému stavu. Preto sa často krát výlučne zužuje okruh jeho záujmov.

- **Zmeny v citových stavoch**

Občiansky život je charakterizovaný prevahou relatívne príjemných, pozitívnych emócií – veľa dôvodov k radosti, určitými istotami a nádejami. U človeka telesne postihnutého je emocionálna sféra kvalitatívne iná. Bolesti, aj keď sú tlmené, preda len vstupujú do pacientovho vedomia a zafarbuju ho negatívne. Na miesto istoty nastupuje neistota. Pacient nevie dosť dobre, čo sa s ním deje a aká je jeho perspektíva.

- **Zmeny v obsahu vedomia**

Aj keď sú známe určité poznatky o činnosti mozgu, že mozog funguje ako jednokanálové informačné zariadenie, preda sa v ňom u zdravého človeka strieda pomerne pestrá zmes tém. U postihnutého človeka je pomerne zúžená. Dominuje téma vlastného zdravotného stavu a všetko ostatné stráca naliehavosť. Často pacient upadá do takého druhu myslenia, že nevidí a nepočuje, ba ani nechce o ničom inom myslieť a hovoriť než len o svojej chorobe. To však nepomáha zlepšiť jeho psychický stav.

- **Vzťah k vlastnému telu**

Zdravý človek do určitej miery ovláda svoje fyzické prejavy. Nerobia mu problémy, dokonca prebiehajú často krát tak automaticky, že na ne nemusí ani myslieť. Nezaoberá sa nimi. Tak je možno výstižne definovať termín, ktorým chceme povedať, že pacient si rozumie. Inak – ako sa zdá – je to u telesne postihnutých pacientov. Ten zrazu svojmu fyzickému aj psychickému stavu nerozumie, neustále sa pýta „prečo?“ Padá na neho depresia pri pomyslení, že sám nad sebou – nad svojim fyzickým i psychickým stavom – stráca kontrolu.

- **Zmeny v sociálnej interakcii**

Doposiaľ bol pacient v pomerne živej sociálnej interakcii ako so svojimi členmi rodiny, tak so svojimi spolupracovníkmi a priateľmi. Teraz sa podstatne zúžil okruh ľudí, s ktorými sa stretáva. Pribudli však k tomu zoznamu iní ľudia, ale s odlišnou charakteristikou. Pre tých prvých bol pacient *niekto*.

Pre tých, s ktorými prichádza do styku teraz, je tiež *niekto*, avšak niekto, kto potrebuje ich pomoc. Sú ľudia, ktorí práve túto zmenu v sociálnej hierarchii a v rebríčku sociálneho postavenia ťažko znášajú.

- **Zmeny v sociálnej komunikácii**

S ľuďmi, s ktorými sme v bežnom styku, komunikujeme verbálne i neverbálne, bez problémov. Vieme ako sa máme tváriť, čo máme povedať alebo kedy máme i mlčať. Zvládame to. U pacientov je to iné. Nevie akú mimiku, t. j. aké výrazy tváre má voliť a ako sa má v určitých situáciách tváriť.

Aj keď určitý pacient môže niektoré zmeny zvládnuť lepšie, predsa len možno povedať, že psychický stav pacienta je zmenený, a to ako v sociálnej sfére – v jeho konaní s druhými ľuďmi a v jeho rozhovoroch s nimi – tak v oblasti emócií, záujmov, myšlienok a perspektív. S tým všetkým ale treba počítať. Môžeme ich kritizovať a to či ono im vyčítať. Pravdou však je, že vhodnejšie než kritika je pokus o porozumenie, prečo sa pacient chová určitým spôsobom.

#### **1.1.4 ZMENY V USPOKOJOVANÍ ZÁKLADNÝCH POTRIEB TELESNE POSTIHNUTÝCH PACIENTOV**

V nasledujúcom texte budú uvedené určité problémy, ktoré už okrem spomínaných, obklopujú telesne postihnutého jedinca.

Handicap zväčšuje predpoklad väčšieho rizika strádania v niektorej zo základných potrieb človeka, ktorými sú (Vágnerová, 1996):

- **Potreba bezpečia a istoty**

Postihnutí ľudia môžu byť veľmi ľahko deprimovaní v oblasti *potreby bezpečia a istoty*. Nie sú vždy tak uspokojivo akceptovaní okolím, aby táto potreba mohla byť dostatočne saturovaná. Zmena zdravotného stavu a tým života človeka vôbec, významne narúša uspokojovanie tejto potreby. Postihnutý je konfrontovaný s rôznymi novými ľuďmi (lekári, sociálni pracovníci), novými problémami, situáciami, v ktorých riešenie nie je doma, čo narušuje saturáciu tejto potreby.

Zdravá populácia má zároveň tendenciu odvracať sa od postihnutých ľudí a niekedy ich frustrovať, či dostávať ich do stresujúcich situácií práve tým, že nerozumejú ich potrebám.

- **Potreba lásky**

*Potreba lásky* podľa Maslowa (Posse, Melgosa, 2002) súvisí s potrebou citového vzťahu a bezpečia. Jej uspokojovanie je u postihnutých ľudí, práve v dôsledku toho, že sú postavení pred nové okolnosti života, odlišné od zdravej populácie z kvantitatívneho aj kvalitatívneho hľadiska.

Citový vzťah zdravých ľudí k chorým máva typickú ochranársku tendenciu, pričom sú postihnutí manipulovaní do submisie, ktorá vytvára menej zrelú kvalitu vzťahu. Vo vzťahoch k najbližším ľuďom sa postihnutý jedinec stáva zaťažujúcim faktorom, je horšie akceptovaný a ak je aj prijímaný pozitívne, je prijímaný ako odlišná bytosť. Vo vzťahoch väčšinou prevažuje súcit, pocit viny a pod., čím sa vzťah stáva asymetrickým, teda ľahko zraniteľným.

Zároveň aj správanie handicapovaného človeka nemusí byť adekvátne k jeho sociálnej roly, často sa sám vmanipuluje do roly odlišného človeka. Pre samotných postihnutých ľudí nemáva ich handicap iný než negatívny význam. Výnimkou môže byť situácia veriacich ľudí, kde môže byť handicap považovaný za skúšku od Boha, ktorá môže byť zároveň predpokladom zisku na duchovnej úrovni. Viera má pre týchto ľudí význam opory a transformácie problému do inej roviny, kde znevýhodnení nie sú.

Handicap teda nie je len vecou pacienta, ale dotýka sa aj jeho partnera, rodiny, priateľov a spolupracovníkov, ako som už spomínal v predchádzajúcej kapitole. Na zdravotne postihnutého majú vplyv nielen problémy, ktoré má on sám so sebou, ale aj tie, ktoré vznikajú s ľuďmi jemu sociálne najbližšími. Platí pri tom určitá zákonitosť: čím je určitý človek v intímnejšom vzťahu k telesne postihnutému, tým je jeho vplyv na neho závažnejší.

Negatívne však môžu telesne postihnutého ovplyvniť aj ľudia jemu pomerne dosť vzdialení, t. j. stojaci vo veľkej sociálnej dištancii. Problém handicapovaných ľudí siaha samozrejme aj do oblasti intímnych dyadických vzťahov.

Sú „obmedzení“ vo výbere partnera. Niekedy riešia túto situáciu potlačením potreby partnerstva, eventuálne jej kompenzáciou. Získať zdravého partnera sa stáva ideálom a potvrdením vlastnej hodnoty, t. j. znížením subjektívnej miery handicapu. Často sa stáva, že primárnym aspektom je získanie zdravého partnera a nie jeho ďalšie osobné kvality. Sklamanie v tejto oblasti sa prežíva ako trauma a nie zriedka končí samovraždou. Pri zmene zdravotného stavu dochádza takmer vždy k radikálnej zmene sociálny vzťahov. S niektorými je kontakt čiastočne prerušený, s inými je úplne prerušený. Mení sa jeho spoločenská pozícia a nemôže vykonávať mnohé role, ktoré mu pred tým náležali. Nemôže vykonávať celý rad funkcií v rodine, napr. funkciu rodiča. Problémom je aj narušenie manželského života. Sexuálny styk je v mnohých prípadoch na dlhšiu dobu obmedzený a v dlhodobej perspektíve často narušený fyzickým handicapom. Nejde však len o priamy vplyv telesného postihnutia. Nepriame vplyvy sú často krát ešte výraznejšie. Ide nielen o to, čo pacient môže alebo nemôže, ale aj o to, ako sa on sám k tomu stavia, ako sa k tomu stavajú rodina, partner, priatelia. Sem patrí mimoriadne ťažký vplyv generalizácie, teda neprimeraného zovšeobecňovania. Pacient je považovaný za postihnutého nielen v tej oblasti, kde sú telesné funkcie, ale aj v iných, napr. charakterových dimenziách. Vplyv takýchto morálne deprimujúcich postojov dosahuje niekedy ešte väčšej miery pôsobnosti na sklon pacienta k devalvácii vlastnej osoby, ako vlastné postihnutie.

Medzi *negatívne sociálne vplyvy* zaradujem: (Syřišťová, 1989)

1. *Strata životne dôležitého sociálneho kontaktu.* Výrazne negatívny vplyv na handicapovaného pacienta má strata vzťahu, ktorý pre neho najviac znamená. Napr. rozvod, či strata dieťaťa.
2. *Narušený kontakt s človekom postihnutému veľmi blízkym.* Napr. nevera partnera, radikálne ochladenie vzťahu partnerov.
3. *Negatívny vplyv ochudobnenej perspektívy.* V dôsledku traumy môže byť znížená sociálna žiaducnosť postihnutého, jeho atraktivita.
4. *Negatívny vplyv predsudkov, závisiacich od postojov spoločnosti, ale aj najbližších ľudí k postihnutým ľuďom.*
5. *Necitlivosť až hrubosť v sociálnom styku.*

- **Potreba úcty a sebaúcty**

Spoločnosť sama o *potrebe sebaúcty* chorého neuvažuje. Jeho rola je definovaná ako pasívna, submisívna a nič neprinášajúca. Práve z toho dôvodu je veľmi ťažké u postihnutých ľudí sebaúctu dosiahnuť. Zároveň postihnutý jedinec má k potvrdeniu sebaúcty menej kompetencií a príležitostí a navyše spoločnosť jeho aktivitu neposilňuje. Úctu dosahuje skôr jedinec s pasívnymi vôľovými vlastnosťami, ako je trpezlivosť, sebaovládanie, teda ide o istú rezistenciu k utrpeniu.

- **Potreba sebarealizácie**

*Potreba sebarealizácie* z hľadiska názorov a postojov spoločnosti nie je pre postihnutých ľudí, resp. nie je taká podstatná ako u zdravých ľudí. Z pohľadu chorého človeka je však veľmi citlivou oblasťou, ktorej uspokojenie je veľmi obtiažne a závisí od jeho kompetencií.

- **Potreba poznávania a estetického prežívania**

*Potreba poznávania a estetického prežívania* vedie človeka k väčšiemu rozvoju, aktivácii, samostatnosti. Spája sa s *potrebou zmysluplného učenia*. Postihnutí často zostávajú fixovaní na jednej úrovni poznávania, pretože prechod na vyššiu úroveň poznávania je obtiažny. Hrá tu tiež veľkú úlohu spoločnosť a jej postoj k postihnutým ľuďom. Niekedy sami postihnutí preferujú regresívnu stratégiu, teda ostávajú na nižšej úrovni, pretože sa boja straty bezpečia a istoty, ktoré pramenia z nepochopenia okolia.

## **1.2 NIEKTORÉ SPÚŠŤAČE A ŠPECIFIKÁ KRÍZY**

### **1.2.1 PRIEBEH KRÍZY**

V predchádzajúcej kapitole som už opísal priebeh a model krízy ako radikálnej zmeny telesného obrazu človeka, avšak telesne postihnutí jedinci sa dostávajú do kríz rôzneho typu.

Ako som už spomenul telesne postihnutý sa dostáva do kríz, ktoré môžu byť vyvolané nedostatočným uspokojením potrieb, zlou sociálnou adaptáciou a integráciou a pod., stresom, naliehavými udalosťami.



Považujem teda za potrebné opísať aj priebeh krízy ako takej.

Kríza má väčšinou svoj typický *priebeh* (Klimpl, 1998), ktorý popíšem v 3 základných fázach:

- Prvá, teda ako kríza začína je tzv. *fáza šoku*, v ktorej sa postihnutý snaží udržať si odstup od traumatickej udalosti. V tejto fáze sa málo energie investuje do reálneho riešenia problému. Energia sa využíva predovšetkým na kontrolu úzkostných impulzov.
- Potom nasleduje *fáza reakcie*, kedy dochádza k mobilizácii obranných mechanizmov. Často pozorujeme agresívne prejavy, požívanie alkoholu, psychotropných látok a existuje tu aj riziko suicídálnej aktivity. Táto fáza trvá zvyčajne 4 – 6 týždňov.
- Po nej nasleduje *fáza spracovania*, kedy dochádza k preorientovaniu a znovunájdeniu rovnováhy spolu s vytváraním reálnejšieho sebaobrazu. Tento proces trvá podľa závažnosti krízy od niekoľkých týždňov až po zhruba šesť až dvanásť mesiacov. Priaznivosť priebehu tejto fázy závisí od sociálnej situácie, v ktorej sa postihnutý nachádza.

Kríza prebieha na pozadí rodinnej klímy, vstupujú do toho priatelia, príbuzní a známi, ktorí predstavujú zdroje neformálnej pomoci a napokon inštitúcie, poradenské služby, krízové centrá a pod., ktoré predstavujú formálnu pomoc.

Ako som už spomenul, o *kríze* hovoríme teda v situáciách, kedy sa človek ocitne v zaťažujúcej nerovnováhe medzi subjektívnym významom problému a možnosťami zvládania, ktoré má k dispozícii. Cíti ohrozenie vlastnej identity, existencie, kompetencií utvárať svoj život. Stav človeka v kríze sa vyznačuje vysokou mierou úzkosti a depresie, môžu sa vyskytnúť aj známky agresivity zameranej proti okoliu, či proti sebe samému.

Nedá mi ešte nespomenúť model priebehu krízy podľa Kubler – Rossovej (Hašková, 2007), ktorý je trochu odlišný už od spomínaných, pretože je viac orientovaný na pacientov s nevyliciteľnou chorobou, čo sa mi ale zdá dosť podobné ako pri pacientoch s telesným handicapom, pretože to je tiež svojim spôsobom *nevyliciteľná choroba*.

Ako aj Křivohlavý (1985) spomína, že človek prechádza jednotlivými obdobiami veľmi individuálne a tiež, že sa tieto obdobia môžu opakovať, aj táto autorka dospela k podobnému názoru.

V krátkosti teda popíšem jednotlivé fázy podľa Kubler – Rossovej (Hašková, 2007):

- Prvou fázou je **šok**. Je to prvá reakcia pacienta na správu o jeho zdravotnom stave, akási obrana proti nadlimitnej záťaži. V tejto fáze je správanie postihnutého často impulzívne a nekontrolované, reaguje chaoticky. Je vážne ohrozený jeho sebaobraz a vyvíja sa intenzívna úzkosť. Pacient stráca životnú orientáciu, je otrasená jeho životná perspektíva. Hrozí tu nebezpečenstvo samovraždy. U niektorých nie sú ešte v tomto období obavy verbalizované, nevzniká teda psychický šok, ale nastane preventívne obranná reakcia – *poprenie*. Úzkosť nie je akceptovaná, pacient „obchádza“ svoj stav pomocou rôznych klamstiev, potláčania a odvracania sa od skutočnosti na základe rôznych techník jeho vonkajškového zvládania. Človek sa správa, akoby utrpenie nebolo jeho utrpením, ktoré musí niesť on sám, a preto sa ním nedá existenciálne zasiahnúť. Vyhyba sa mu tým, že inštinktívne ohraničuje svoje zorné pole, nechce od lekára vedieť pravdu, nechce vidieť svoje obmedzenia a možnosti vyplývajúce z jeho postihnutia, z ktorého sa zatiaľ nesnaží odvodzovať novú realitu svojho života.
- Druhá fáza je charakterizovaná **hnevom, zlosťou, agresiou**. Pre toto obdobie je príznačná útočnosť navonok, výbuchy zlosti, vyčítanie nespravodlivosti Bohu, iným zvýšená izolácia, ale i zlosť zameraná voči sebe. Človek sa hnevá i na osud a pýta sa: „Prečo práve ja? Čo som urobil zle?“
- Tretia fáza sa vyznačuje tzv. **vyjednávaním**. Dochádza tu k výraznému „tápaniu“ pacienta medzi ilúziou a istotou. Chápe síce nevyhnutnosť svojej situácie, ale stále sa mu ešte nedarí, aby túto skutočnosť uznal alebo sa mu to darí len dočasne. Vypytuje sa na nové metódy liečby, liečebné pokusy. Hľadá zázračné lieky, liečiteľov, poveru. Pre zlepšenie svojho zdravotného stavu je ochotný urobiť či zaplatiť čokoľvek.

- Vo štvrtej fáze je pacient *depresívny až zúfalý*. Zúfalstvo a beznádej nemusia byť spojené len s prognózou jeho choroby, so zlou anticipáciou budúcnosti, ale môžu vyplývať i z neschopnosti odpútať sa od minulosti, z fixácie na hodnoty, ktoré choroba neodvratne odníme. Pri tejto fáze len krátko spomeniem, že hodnoty a hodnotový systém je jedna z dôležitých charakteristík osobnosti, predstavuje súbor stálych postojov a názorov týkajúcich sa základnej orientácie a vzťahov človeka k svetu a sebe samému. Má motivačnú silu, teda vyvoláva, udržuje a usmerňuje určité konanie a jednanie človeka. Hodnoty nadčasové a presahujúce ľudskú bytosť, teda hodnoty prevažne transcendentné, vyjadrujúce vzťah k Bohu, dobru, kráse, pravde a pod., sú spoľahlivejšie ako hodnoty viazané časovo. Zdá sa, ako uvádza Vymětal (2003), že človek, ak má mať jeho život zmysel, potrebuje sa k niečomu vzťahovať, čo ho presahuje a zároveň na tom vedome participovať. Hodnoty časové sú ľahko pomimuteľné a preto v hraničných situáciách zlyhávajú. Prežitím traumatickej udalosti u väčšiny ľudí však nastáva čas prehodnocovania, či stavania nového, traumou zrúteného, hodnotového rebríčka. V tejto štvrtej fáze je teda pacient presvedčený, že ho už nič pekného v živote nečaká. Dôsledkom nepriaznivých udalostí sa dostáva do negatívneho emočného stereotypu: zanecháva nereálne nádeje, výhovorky, prežíva smútok zo straty kontaktu s ľuďmi, z odlúčenia z bežného života, z nemožnosti plánovať si budúcnosť, tak ako pred tým.
- Piata fáza – *akceptácia*, je charakteristická zreлым postojom prijatia utrpenia. Ide buď o „zmierenie“, ktoré je aktívnou adaptáciou na situáciu, alebo o „*rezignáciu*“, ktorú charakterizuje pasívne odovzdanie sa do rúk osudu, strata životných perspektív, život bez nádeje.

### **1.2.2 STRES AKO SPÚŠŤAČ KRÍZY**

Handicap typu telesného postihnutia je určitou formou záťaže (stresu). Stres je interaktívnym procesom, ktorým človek reaguje na situácie, ktoré vyvolal sám alebo jeho okolie. Zahrňuje všetky reakcie, ktorými jednotlivec rieši požiadavky alebo sociálne potreby v úsilí udržať rovnováhu (Daviesová, Janosiková, 1999).

Ak hovoríme o strese, máme na mysli súbor podnetov (stresorov), pôsobiacich na organizmus tak, že ho zaťažujú nad hranicu jeho kapacity (odolnosti).

S takýmto namáhaním organizmu i psychicky sa stretávame tam, kde sa pacient pod vplyvom ťažkej životnej udalosti dostáva do najrozmanitejších tlakov. Primerané množstvo stresu zvyšuje silu a aktivitu človeka.

Selye (Křivohlavý, 2010) hovorí, že: *„fyzický stres je v podstate prirodzená reakcia organizmu prežiť a objavuje sa tam, kde je vystavený určitému tlaku, či už vonkajšiemu, alebo vnútornému.“*

Efekty stresu môžu byť však dvojaké: **benigné a malígne**, čo určujú faktory - biopsychosociálne schopnosti jednotlivca a charakter, účinok a trvanie stresorov pôsobiacich na osobu.

Poznanie a možnosť kontroly stresorov vedie k adaptívnejšiemu správaniu a zvyšuje schopnosť riešiť stres. Len nekontrolovateľný stres spôsobuje maladaptívne správanie.

Stres sám nevytvára krízu, ale môže sa stať spúšťacím mechanizmom, či ohrozujúcou udalosťou, ktorá napokon krízu spôsobí. V tomto prípade môže byť radikálna zmena zdravotného stavu subjektívne prežívaná ako stresor.

Termín „*distres*“ sa používa pre označenie situácie, kde je stresová situácia vyvolávaná dosť často po sebe, prípadne trvá dlhú dobu. Za tejto distresovej situácie nenachádza energia nahromadená „k boju, či úteku“ príležitosť k využitiu a organizmus nemá čas sa spamätať a zotaviť. Je pod stálym tlakom. Práve v tomto prípade sa postihnutý dostáva do krízy a teda aj do rizík, ktoré kríza nesie so sebou, napr. suicidálne sklony.

Stres je sprevádzaný zvýšenou vnímavosťou a citlivosťou človeka vystaveného záťaži. Tieto faktory môžu byť prospešné, ale často sa stávajú problémom. Pacient si všíma sebemenších drobností, ktoré s jeho stavom nemajú nič spoločného a vyvodzuje z nich ďalekosiahle dôsledky. Zvýšená myšlienková aktivita vedie k domýšľavosti a k tzv. katastrofickému mysleniu. Pacient sa dostáva do priesečníku protichodných informácií. Jeho predstava o tom, čo sa s ním deje, je nezvládnuteľne chaotická. Za tohto stavu niet divu, že vyvodzuje dôsledky pre devalváciu vlastnej osobnosti.

### **1.2.3 NALIEHAVÉ UDALOSTI AKO SPÚŠŤAČ KRÍZY**

Handicapovaní ľudia sa z rozmanitých príčin dostávajú do rôznych naliehavých udalostí, ktoré definujeme ako náhle stresujúce udalosti, pri ktorých je potrebná okamžitá akcia.

Osoby, ktoré sa v naliehavej situácii ocitnú, musia podniknúť niečo, čo by im v danej situácii účinne pomohlo, inak táto udalosť môže mať až životné následky. Ak k intervencii, či vyriešeniu problému nedôjde, existuje riziko, že naliehavá udalosť prerastie do krízy (Daviesová, Janosiková, 1999).

## **1.3 ZMYSEL ŽIVOTA A ŽIVOTNÁ ZMYSLUPLNOSŤ**

### **1.3.1 VYMEDZENIE POJMOV**

*Zmysel života* psychologicky najobširnejšie rozpracoval viedenský psychiater a filozof Frankl (1994a, 1994b), sám ho však presne nedefinoval. Zmysel života chápe v intenciách životného cieľa, zamerania, úlohy či najlepšej možnej hodnoty v konkrétnej situácii.

Reker (in: Halama, 2000) definuje zmysel ako stav, keď má človek životné ciele, pocit smeru, poriadku a dôvodu pre existenciu.

Pojem *pozemský zmysel* uvádza Yalom (1982), rozumie pod ním zámery a ciele, ktoré sa človek usiluje dosiahnuť.

Reker a Wong (in: Reker, Chamberlain, 2000) navrhujú definovať *osobný zmysel* ako poznanie poriadku, súvislostí a cieľa existencie, snaha a dosahovanie hodnotných cieľov a sprevádzajúci pocit naplnenia. Považujú ho za multidimenzionálny fenomén pozostávajúci z troch častí: kognitívnej, motivačnej a afektívnej.

Paralelne s pojmom zmysel života sa používajú pojmy zmysel v živote, životný zmysel (v angličtine sa môžeme stretnúť s výrazmi meaning of (in) life, existential meaning, personal meaning, life meaning).

Tieto výrazy sú zviazané viac s obsahovou stránkou zmyslu života, vyjadrujú súbor cieľov, hodnôt a presvedčení, ktoré dávajú človeku pocit hodnoty a účelnosti jeho života.

Ďalšia skupina pojmov sa týka stupňa, v akom človek prežíva a vníma svoj život ako zmysluplný. Patria sem pojmy: zmyslupnosť (života), prežívaná zmyslupnosť, naplnenosť zmyslom, naplnenosť potreby zmyslu, pociťovanie zmyslu života, pocit zmyslupnosti a pod. Vyjadrujú úroveň, na akej má človek rozvinutý zmysel života a jeho prežívanie.

Uvedené pojmy sa často používajú s prídavnými menami, napr. nízka zmyslupnosť, vysoká naplnenosť zmyslom, príp. intenzívny pocit zmyslupnosti atď. (Halama, 2000).

Miera prežívanej zmyslupnosti odráža to, ako dokáže človek naplniť svoju základnú existenciálnu potrebu – vôľu k zmyslu, ako dokáže realizovať svoju existenciu v bytí zameranom na niečo, na niekoho, teda ako dokáže naplniť svoj život zmyslom (Frankl, 1994a).

Pojmy bezzmyselnosť, pocit bezzmyselnosti, nenaplnenosť potreby zmyslu, existenciálna prázdnota, existenciálna frustrácia, existenciálne vákuum, vyjadrujú stav, keď človeku chýba (príp. je veľmi málo rozvinutý) zmysel života a prežíva svoj život ako prázdny, bezcieľny a nehodnotný (Halama, 2000).

### ***1.3.1.1 Obsahová a kognitívna stránka prežívania zmyslu života***

Nakoľko ma v práci zaujíma obsahová stránka prežívania zmyslu tak i kognitívna, je vhodné v tejto kapitole objasniť niektoré rozdiely, ktoré boli už z časti spomenuté v predchádzajúcej kapitole, medzi týmito dvomi pojmami.

Pojem **zmysel života** sa vzťahuje viac k obsahovej stránke, t. j. k životným hodnotám, cieľom ale aj presvedčeniam o živote a svojom mieste v ňom.

Tento prístup vyjadruje definícia, ktorá chápe zmysel života ako „*systém hodnôt, cieľov a presvedčení, ktoré umožňujú človeku prežívať svoj život ako účelný, koherentný a naplňajúci*“ Halama (in: Halama 2001).

Na druhej strane, **životná zmyslupnosť** sa vzťahuje ku kognitívnej stránke, t. j. k úrovni vnímania a prežívania zmyslu v živote, angažovania sa v hodnotách a cieľoch. Takto chápe pojem zmyslupnosť napr. Balcar či Lukasová (Balcar, in: Halama, 2001), pričom za opak životnej zmyslupnosti považujú existenciálnu frustráciu (Halama, 2001).

Reker a Wong (in: Reker, Chamberlain, 2000) ako som už spomínal ponúkajú trojkomponentový model zmyslu života:

A to **kognitívny**, ktorý sa vzťahuje k životným postojom a presvedčeniam, obsahuje životnú schému, rámec, ktorý umožňuje interpretovať a udeľovať zmysel jednotlivým životným udalostiam a životu ako takému.

**Motivačný** komponent sa týka snahy a úsilia o dosahovanie cieľov. Obsahuje tiež hodnotový systém životných cieľov, ktoré si človek na základe svojich hodnôt vyberá.

A nakoniec je to **afektívny** komponent, ktorý zase súvisí o prežívaní spokojnosti, naplnenia a šťastia, ktoré vyplývajú zo zmyslupného života.

Reker a Wong (in: Halama, 2001) hovoria tiež o dimenziách zmyslu týkajúcich sa jeho obsahu, t. j. hodnôt a cieľov, ktoré slúžia ako zdroj pre zmyslupný život. Pod šírkou zmyslu chápú počet hodnôt a cieľov, t. j. jedinci s viacerými hodnotami a cieľmi majú širší zmysel ako ľudia s malým počtom hodnôt. Hĺbka zmyslu zasa znamená stupeň sebatranscendencie hodnôt a cieľov, t. j. do akej miery sú zamerané na seba, či mimo seba na „vyššie hodnoty“.

Títo autori rozoznávajú štyri stupne hĺbky zmyslu, a to:

- zameranie na hedonistické potešenie a komfort,
- zameranie na sebarealizáciu a rozvinutie vlastného potenciálu,
- zameranie na službu iným a prospech spoločnosti,
- zameranie na hodnoty, ktoré sa vzťahujú ku konečnému či náboženskému zmyslu.

### **1.3.2 NOETICKÝ ROZMER OSOBNOSTI**

Popielski (1994) nadväzuje na Franklovo dielo a formuloval teóriu noetického rozmeru osobnosti. Podľa neho má existencia človeka subjektový charakter, t. j. človek je sám subjektom (realizátorom a uskutočňovateľom) svojej vlastnej existencie. Používa pojem subjekt osoby, ktorým označuje „JA“ človeka, schopné reflektovať, vyberať a rozhodovať sa, schopné realizovať hodnoty a hľadať zmysel.

Noetický rozmer definuje ako teoretický konštrukt, ktorý slúži na popis existenciálnych reálií podstatne významných pre ľudský život. Tento rozmer sa prejavuje najmä v snahe človeka objaviť zmysel vlastnej existencie, a to prostredníctvom orientácie na hodnoty.

Ako som už vyššie spomínal Popielski nadväzuje na Frankla, ktorý tento výraz začal používať na označenie špecificky ľudského rozmeru, ktorý je vlastný iba ľuďom. Tento rozmer reprezentujú existenciálne skutočnosti a záležitosti nachádzajúce sa v živote človeka. Frankl používa pre tento rozmer aj názvy ako noologický alebo duchovný a chápal ho operacionálne ako rozmer, v ktorom človek prekračuje svoje psychofyzické bytie a zodpovedne rozhoduje o sebe, zaujíma postoje k svojej „osudovosti“ (psychofyzickej určenosti) a realizuje určitú mieru slobody voči podmienenosti vonkajšími a vnútornými podmienkami (Halama, 2000).

Frankl používal pojmy duchovný a noetický ako synonymá, ale zároveň odmietal pre noetický rozmer chápanie v náboženskom zmysle. Duchovný rozmer sa čoraz viac a viac stáva označením pre oblasti človeka, v ktorých prežíva svoje duchovné – spirituálne záležitosti, súvisiace s náboženstvom a so vzťahom s Bohom, príp. s transcendentom ako takým. Táto oblasť je veľmi málo a len sprostredkované sprístupnená psychologickému pozorovaniu, čo vyvoláva pochybnosti o adekvátnom metodologickom prístupe k problematike zmyslu života (Halama, 2000).

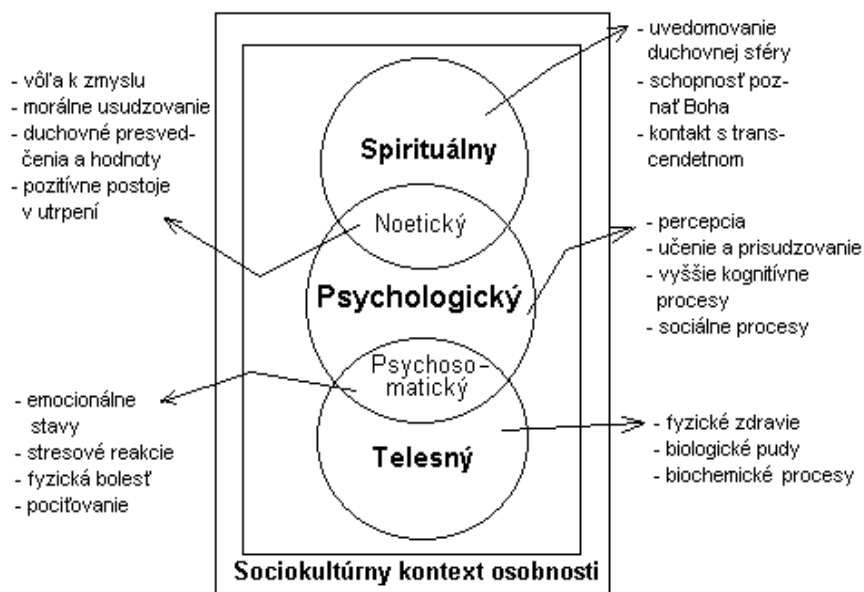
Wong (1998) definuje tri základné ľudské dimenzie existencie: **telesnú, psychickú a duchovnú (spirituálnu)**.



Noetický rozmer leží v oblasti prelínania sa psychickej a spirituálnej dimenzie, pričom jeho hlavným obsahom je vôľa k zmyslu, duchovné hodnoty a presvedčenia, morálne usudzovanie, ako aj pozitívne postoje v utrpení.

Špecificky spirituálnymi záležitosťami sú vzťah k Bohu, poznanie Boha a tiež kontakt s transcendentnom (obr. 1).

**Obrázok 1 Schematické znázornenie dimenzií človeka**



Zdroj: (Wong, Living with dignity and palliative care 1998, s. 86)

Noetický rozmer obsahuje viaceré špecificky ľudské fenomény alebo schopnosti. Tie sa priamo alebo nepriamo vzťahujú k zmyslu života, dá sa povedať, že pomáhajú k jeho hľadaniu a realizácii.

Halama (2000) uvádza niektoré najhlavnejšie schopnosti umožňujúce utvárať zmysel života:

- **Sloboda** je schopnosť človeka uskutočňovať rozhodnutia, vyberať si ciele a hodnoty nezávislé od svojej psychofyzickej určenosti a aktívne sa podieľať na realizácii svojej existencie. Je to schopnosť zaujať postoj aj voči skutočnostiam, ktoré nemožno zmeniť.

- **Zodpovednosť** je schopnosť prežívať, hodnotiť a uskutočňovať svoje správanie, postoje a rozhodnutia vzhľadom na normy či lepšie povedané hodnoty, ktoré človek vyznáva a voči ktorým sa zaviazal. Je to schopnosť konať v súlade so svojim svedomím, častokrát sprostredkujúcim aj transcendentné hodnoty.
- **Sebatranscendencia** je schopnosť prekročiť okruh svojich potrieb, záujmov a vzťahovať sa na hodnoty mimo seba.
- **Sebadištancia** je zasa schopnosť vnímať svoje záležitosti, svoje prežívanie s odstupom, t. j. z perspektívy. To umožňuje nový postoj a nové merítka, s ktorými sa človek na svoje záležitosti pozerá.
- **Akceptácia smrti** je realistický postoj voči smrti, ktorý ju chápe ako prirodzený aspekt života. Vyznačuje sa absenciou strachu a negatívnych pocitov voči skutočnosti existencie smrti.

### ***1.3.3 ZDROJE ZMYSLU ŽIVOTA***

Pod zdrojmi zmyslu života sa chápe všetko to, z čoho môže človek vo svojom živote čerpať zmysel a čo mu slúži ako prostriedok na naplnenie špecifickej ľudskej potreby zmyslu. Jedná sa predovšetkým o životné ciele, presvedčenia, ideály, aktivity, činnosti. Všetky tieto zdroje zmyslu sa často pomenovávajú pojmom *hodnoty* (Halama, 2000).

V diplomovej práci ako som už vyššie spomínal, ma zaujímajú aj hodnoty, čiže ako som už uviedol – životná zmyslupnosť, ktorá sa vzťahuje ku kognitívnej stránke, t. j. k úrovni vnímania a prežívania zmyslu v živote, angažovania sa v *hodnotách* a cieľoch.

V psychologickej literatúre je viacero koncepcií hodnôt, budem sa snažiť ponúknuť aspoň niektoré z nich.

Presvedčenia a ciele sa veľmi často používajú v spojitosti so životnými hodnotami.

Rozdiel medzi presvedčeniami a cieľmi, je v intenzite a je spôsobený mierou, do akej, konkrétne presvedčenia či ciele zaujímajú centrálnu miesto v živote človeka, do akej miery človek danému presvedčeniu a jeho dôsledkom skutočne verí, či do akej miery sa v danom ciele skutočne angažuje a snaží sa o jeho dosiahnutie. Ako názov pre psychologický konštrukt, ktorý po kvalitatívnej stránke zjednocuje obidva tieto zdroje zmyslu života, sa ponúka pojem *hodnota* (Halama, 2001).

Medzi vplyvné teórie hodnôt patrí staršia Rokeachova koncepcia a novšia Schwartzova koncepcia (Schwartz, 2003)

M. Rokeach (Schwartz, 2003) definuje hodnotu ako „*trvajúce presvedčenie, že špecifický spôsob správania sa alebo konečný stav existencie je osobne alebo sociálne vhodnejší ako opačný alebo obrátený spôsob správania alebo konečný stav existencie*“.

Tie hodnoty, ktoré sa týkajú spôsobu správania nazýva Rokeach inštrumentálne hodnoty, a tie ktoré sa týkajú konečných stavov existencie zase terminálne hodnoty.

Schwartz (2003) definuje hodnoty ako „*žiaduce, transsituačné ciele, rôznej dôležitosti, ktoré slúžia ako vodiace princípy v ľudských životoch*.“

Frankl (2006) pripisoval hodnotám nezastupiteľnú úlohu v utváraní zmyslu života a nazýval ich zmyslové univerzálne. Chápal hodnoty ako platné nielen pre konkrétneho človeka v konkrétnej situácii, ale aj ako univerzálne, typicky sa opakujúce v určitých situáciách.

Uvádžam ešte tri známe Franklove druhy hodnôt:

- **tvorivé**, ktoré človek uskutočňuje vtedy, keď niečo hodnotné vytvára,
- **zážitkové**, ktoré človek naplňa tým, že prijíma a prežíva krásu sveta a vzťahov,
- **postojové**, realizované tak, že človek zaujíma pozitívny postoj, keď si to situácia vyžaduje.

Frankl (2006) hovorí, že „*život vyzýva človeka, aby naplňal v každej chvíli iný druh hodnôt. Raz má človek obohacovať svet svojou činnosťou, teda realizovať kreatívne hodnoty, inokedy obohacovať seba svojimi zážitkami a tak naplňovať zážitkové hodnoty. Niekedy zase ostáva priestor iba pre realizáciu postojových hodnôt. Takto človek v rôznych životných situáciách, ktoré sú pre neho výzvou, hľadá a nachádza možnosti realizácie tej alebo onej hodnoty.*“

Popielski (in: Halama, 2001) chápe hodnoty v širšom zmysle ako všetko to, čo človeka poháňa, nasmerováva, a tvorí jeho osobu vo všetkých jej rozmeroch.

Podľa Popielskeho (1994) sú dôležité tieto aspekty existenciálneho chápania hodnôt:

1. Hodnoty sú spojené s konkrétnym jednotlivcom, s jeho subjektívno – osobnostným životom, snahami a cieľmi.
2. Hodnoty sú objavované a zakúšané v procese vzťahovania sa jednotlivca alebo nasmerovania jednotlivca k niečomu alebo niekomu.
3. Hodnoty, pre ktoré sa jedinec angažuje, organizujú a štrukturujú jeho osobnosť.
4. Hodnoty určujú, nasmerovávajú a poskytujú satisfakciu osobnostnej existencii. Popielski zdôrazňuje aj subjektovú stránku hodnôt, t. j. človek sa ako subjekt existencie aktívne podieľa na výbere hodnôt a odpovedaní na ich výzvy, teda nereaguje len na vonkajšie pôsobenie a vnútorné impulzy.

Hodnota sa teda nedá popísať ako druh bezprostrednej potreby alebo ako obyčajná odpoveď na popud.

### ***1.3.3.1 Rekonštrukcia životných hodnôt u ľudí s telesným postihnutím***

Telesné postihnutie je vo svojej podstate dlhodobý a trvajúci handicap, teda dá sa chápať aj ako nevyliciteľná choroba.

Haškovcová (1985) tvrdí, že „*nevyliciteľná choroba rozbíja doterajší spôsob života človeka a často má za následok zmenu základnej hierarchie hodnôt chorého.*“

Som si vedomý toho, že problematika hodnôt je veľmi komplexná téma a ani zďaleka som ju neobsiahol v predchádzajúcej kapitole, ale chcem sa aspoň v stručnosti ešte zmieniť o hodnotách v rámci našej témy, t. j. zmena hodnôt telesne postihnutých jedincov. V dôsledku ťažkých, nevyliciteľných chorôb, naberajú ***postojové hodnoty*** zvláštny význam, pretože títo ľudia v dôsledku svojho postihnutia sú zbavení možnosti i nádeje na realizáciu hodnôt ***tvorivých*** (aktívna činnosť, práca), ***zážitkových*** (prežívanie umenia, prírody) u ľudí odsúdených k utrpeniu.

Vyjadrujú pacientov postoj k utrpeniu, spôsob, akým ho prijíma. Pacient uskutočňuje tieto hodnoty tým, že berie tzv. osudové utrpenie na seba a príkladne ho nesie. Upnutie sa k určitým hodnotám, ktoré naplňajú ľudský život zmyslom, pôsobí ako základný motív a hlbší dôvod ďalšej existencie človeka s telesným handicapom.

Význam tohto motivačného faktora vzrastá osobitne v prípadoch nevyliciteľného postihnutia. To všetko poukazuje na to, že telesné postihnutie nepostihuje človeka periférne, ale ďaleko hlbšie – dotýka sa samých základov jeho individuálnej existencie, jeho hodnotovej sústavy a životného zmyslu.

Charakteristikou hodnôt podľa Křivohlavého (1994) je ich nasmerovanie k cieľu. Pri výbere hodnôt považuje za najdôležitejšiu osobnosť rozhodujúceho sa človeka.

Hodnoty podľa neho človeka „zvädzajú“ a človek sa rozhoduje, ktoré z týchto hodnôt si vyberie, aby venoval svoje úsilie naplneniu. Otázka zmysluplnosti je podľa neho taká, ktorá každého z nás sprevádza po celý život, v podstate otázkou po zameraní života k určitému cieľu.

Možnosť voľby pri objavovaní zmyslu je vždy zaujímavá, podľa Křivohlavého, len v súvislosti s osobným cieľom. Možnosti voľby bez určitého cieľa sú pre chorých nedôležité, bezvýznamné a i terapeuticky sotva použiteľné, t. j. nestačí, že pacientovi pomôžeme uvedomiť si jeho slobodu v konaní a v postoji k súčasnej situácii, je nutné nájsť možnosti voľby zaradiť do zmysluplných súvislostí t. j. spojiť ich s nejakou hodnotou, cieľom či úlohou.

Hodnotou sa rozumie to, čo má pre človeka cenu. Krízová intervencia u telesne postihnutých pacientoch spočíva v nahrádzaní jednej hodnoty druhou. Menej dôležitá hodnota sa nahradí hodnotou vyššou a tým pacient postupne prekoná úzkosť, lebo tá sa dostavuje vždy, keď je ohrozená preferovaná hodnota.

Ak je však ohrozená hodnota, ktorú človek pokladá za najvyššiu, možno ju len ťažko nahradiť. Preto bývajú krízy, v ktorých je ohrozený samotný život, mimoriadne podfarbené úzkosťou.

*„S chorobou a utrpením sa teda nemožno zmysluplne vyrovnáť na základe rôznych stratégií jeho vonkajškového zdolávania a otupovania vnímavosti pre utrpenie, lež na podklade úplne odlišnej aktivity: na podklade uskutočnenia pacientových najvlastnejších možností tým, že realizuje hodnoty, ku ktorým ho vyzýva jeho životná situácia“ (Korený, 1992).*

#### **1.3.4 ZMYSEL ŽIVOTA V PODMIENKACH PREŽÍVANIA BOLESTI A UTRPENIA**

Dnešná medicína nám už ponúka dostatočné možnosti, aby nám pomerne presne vysvetlila, čo znamená telesná bolesť. Keď však ide o ľudskú bolesť ako o bolestnú skúsenosť osoby, ukazuje sa, že ani filozofia, ani humanitné vedy nie sú schopné výstižne ju definovať.

Podľa Kondáša (1977) bolesť z biologickej stránky signalizuje poškodenie organizmu. Pripisuje sa jej význam výzvy na obranu, na odstránenie škodlivých podnetov.

Utrpenie je však širší pojem ako bolesť. Predstavuje významný subjektívny rozmer ľudskej bolesti, ktorá sa chápe jednak v zmysle telesnom, jednak v duchovnom a mravnom.

Nech už však utrpenie postihuje človeka v akejkol'vek rovine, vždy sa dotýka ľudskej osoby ako celku. Vždy však treba zohľadňovať jednotu ľudskej osoby, teda jednotu trpiaceho subjektu (Ďáčok, 2000).

Psychická bolesť často vzniká zo straty a zmarenia snov, je sprevádzaná pocitmi viny, výčitkami svedomia a bezradnosťou čo si počítať. Môže byť silná, neústupná, dokonca intenzívnejšia ako bolesť fyzická (Hartl, 2000).

To, čo je označované ako psychická bolesť, je prežívanie rôznych životných útrap, úzkostí. Je to utrpenie duševné, ktoré môže postihnúť i fyzicky celkom zdravých jedincov.

Môže však byť rovnako silná, neústupná a neznesiteľná ako bolesť fyzická (Nakonečný, 2004).

Možno sa nám niekedy zdá, akoby z povahy bolesti a utrpenia plynulo, že nemá žiadny zmysel. Trpiaci mávajú pocit, že sú na svete na obtiaž.

Toto však vyvracia Franklova (2006) teória, ktorá zdôrazňuje, že *„ľudský život sa môže naplňať nielen v tvorbe a radošti, ale dokonca tiež v utrpení. V utrpení dozrievame, ním sme vyrástli, utrpenie nám často dáva mnohokrát viac, než úspech.“*

Podľa Lukasovej (2006) sa v kríze, ktorá vznikla nezmeniteľným utrpením, núka viacero možností: môže to byť viera, dôvera v Boha, inému pomôže súcit a pochopenie najbližšieho okolia, mnohí ďalší zvládnu krízu vďaka vlastnej snahe stabilne naplňať zmysel.

Ak to tak teda zhrniem, tak podľa názoru logoterapeutov je možné na svojom utrpení pracovať a neodmietat' ho ako zlé, nenávideniahodné a ohrozujúce.

*„Žiadne utrpenie nemôže zdolať človeka, ktorý je ochotný zmysel tohto utrpenia hľadať a nie je mysliteľná žiadna strata, v ktorej by sa nedala nájsť možnosť zmyslu“* (Lukasová, 2006).

Niekedy hraničná životná krízová situácia môže za optimálnych podmienok viesť napr. k zblíženiu v medziľudských vzťahov, dokonca – k prehodnoteniu existenciálnych otázok, filozofie života, životného štýlu, rebríčka hodnôt (Glasová, Križanová, 1999).

Zaujímavý je i pohľad, ktorý vidí zmysel utrpenia v „*memento*“. Už v biologickej rovine je bolesť zmysluplným strážcom a varovníkom.

V duševno–duchovnej oblasti má analogickú funkciu: to, pred čím má utrpenie chrániť človeka, je apatia, umŕtvujúca duševná strnulosť. Dokiaľ človek trpí, zostáva duševne nažive. V utrpení dokonca dozrieva, v utrpení rastie – robí ho bohatším a mocnejším.

Túto kapitolu by som zakončil ešte úvahami Frankla (2006), podľa ktorého utrpenie zmysluplne prináleží k životu.

Nemožno ho od neho oddeliť, aby sa súčasne neporušil jeho zmysel. Tvrdí, že *„odlúčiť od života strasť a smrť, osud a utrpenie by znamenalo vziať životu tvár. Sú to práve „úderey kladiva osudu“, vďaka ktorým nadobúda život formu a tvár.“*

### 1.3.5 ZMYSEL ŽIVOTA VO VZŤAHU K STRESU

Handicap typu telesného postihnutia je určitým druhom záťaže (stresu). Už Frankl (2006) hovoril o vzťahu zmyslu života a účinkov stresu na človeka či procesov zvládania záťaže, kde zdôrazňoval pozitívny vplyv životnej zmysluplnosti na schopnosť vyrovnáť sa s ťažkými životnými situáciami.

Svoje tvrdenie dokazoval vlastnými zážitkami a osobnými skúsenosťami z koncentračného tábora. Tam poznal, že tí, ktorí si uchovali dôvod prečo žiť, ktorí si dokázali napriek utrpeniu postaviť nejaké ciele či hodnoty, lepšie znášali každodenné trápenia a ťažkosti, s ktorými sa v koncentračnom tábore stretávali.

O ťažkých životných situáciách a traumách a ich dopade na život človeka a najmä životnú zmysluplnosť hovorí vo svojich prácach aj Janoff – Bulman (in: Halama, 2001).

Človek si podľa neho tvorí kognitívno – emocionálny systém, ktorý zahŕňa základné predpoklady o sebe, o svete a o interakcii medzi nimi. Tieto predpoklady sa týkajú najmä predikovateľnosti, pochopiteľnosti a zmysluplnosti sveta, t. j., že udalosti a najmä tie negatívne neprichádzajú náhodne, ale sú dôsledkom určitých vecí v živote človeka, príp. že človek môže svojim aktívnym správaním ovplyvňovať to, čo sa mu prihodí.

Práve tragické životné udalosti a traumy (nehody, ťažké choroby...) spochybňujú tieto predpoklady a postihnutí často zažívajú hrozbu vlastnej zraniteľnosti ako aj bezzmyselnosti a chaosu sveta.

Zaujímavý prístup k životnej bezzmyselnosti ponúka Maddi (1998), ktorý rozoznáva tri klinické formy existenciálnej nenaplnenosti. Hodnotí ich vzhľadom na jednotlivé komponenty zmyslu života:

- **vegetatívnosť**: najťažšia forma, v kognitívnej rovine človek nemôže nájsť nič hodnotné ani zaujímavé, na emocionálnej rovine trpí depresiami, nudou, apatiou, na rovine akcie prežíva bezcieľnosť a bezúčelnosť



- **nihilizmus:** menej ťažká forma bezzmyselnosti, na kognitívnej rovine nihilisti odmietajú akýkoľvek zmysel a považujú všetko za bezúčelné, na emocionálnej rovine prežívajú cynizmus, znechutenie a zlosť, na rovine motivačnej sú súťaživí a súperiaci, majú málo vnútornej motivácie.

- **dobrodružnosť:** najľahšia forma bezzmyselnosti, zmysel sa nachádza cez extrémne, rizikové aktivity, na kognitívnej rovine považujú každodenný život za prázdny, hodnotu majú len extrémne a nezvyčajné zážitky, na emocionálnej rovine prežívajú apatiu a nudu v každodennom živote, zaujme ich len riziko, v motivačnej rovine oscilujú medzi heroickými výkonmi a hazardom.

Problematika životnej bezzmyselnosti má veľký význam v klinickej a poradenskej psychológii, pretože je súčasťou depresívnej a niekedy aj neurotickej symptomatológie.

Veľmi častá otázka, ktorá sa podľa skúseností Janoff – Bulmana vyskytuje u postihnutých je „Prečo práve ja?“, ktorá je vyjadrením snahy o udržanie týchto predpokladov. Snaha o odpoveď často vedie k pripisovaniu určitej viny a podielu na udalosti sebe príp. iným postihnutým.

Janoff – Bulman (in: Halama, 2001) tvrdí, že primárna úloha u ľudí zasiahnutých takouto traumou nie je udržať si vedomie, že svet je predikovateľný, zmysluplný a udalosti v ňom dávajú zmysel, ale skôr dosiahnuť vedomie, že ich konkrétny život je zmysluplný a má hodnotu. Človek musí prehodnotiť vlastný život, vlastné hodnoty a ciele, rozpoznať a objaviť nový zmysel v každodennom živote.

Táto zmena hrá kľúčovú úlohu v zotavovaní sa z traumy. Dokonca práve trauma môže slúžiť ako zdroj nových cieľov a hodnôt, ktoré si postihnutí kladú a objavujú.

Keďže hovorím o strese, tak asi najznámejšou teóriou, ktorá berie do úvahy životnú zmysluplnosť je Antonovského salutogenetický prístup.

Podľa Antonovského (1987) stresory a stresové situácie môžu mať pozitívny, neutrálny alebo patogenetický vplyv na človeka.

Záleží na tom, ako konkrétna osoba dokáže zvládať napätie, ktoré zo stresora vyplýva. Pri hľadaní faktorov, ktoré uschopňujú človeka vhodne používať také všeobecné copingové zdroje ako sociálna podpora, kultúrne zázemie, či financie a ktoré umožňujú rezistenciu človeka voči stresovým vplyvom a pozitívne zvládanie stresu, sa Antonovsky dopracoval k psychologickému premennej SOC (Sense of Coherence).

Chápe ju ako dispozičnú črtu osobnosti, stabilizovanú od skorej dospelosti. Táto črta obsahuje tri navzájom prepojené komponenty: zrozumiteľnosť, zvládateľnosť a zmyslupnosť.

- **Zrozumiteľnosť** znamená stupeň, v akej jednotlivec vníma podnety ako predvídateľné a usporiadané.
- **Zvládateľnosť** znamená mieru, v akej človek vníma, že má osobné a sociálne zdroje na konfrontáciu a zvládanie stresových požiadaviek.
- **Zmyslupnosť** sa vzťahuje k miere, v akej jednotlivec vníma nároky, s ktorými sa konfrontuje, ako hodné investovanie energie a záväzku. Ľudia, ktorým tento komponent chýba, trpia vo všeobecnosti nedostatkom zmyslu života.

#### **1.4 FORMY KOMPENZÁCII SOCIÁLNYCH DÔSLEDKOV TELESNÉHO POSTIHNUTIA**

Pod pojmom telesné postihnutie teda rozumieme chyby pohybového a nosného ústrojenstva. Pohyb, podporu tela a ochranu jeho jednotlivých častí zabezpečuje pohybová sústava pozostávajúca z kostry a svalovej hmoty. Predstavuje najpevnejšiu súčasť ľudského tela a určuje aj tvar a rozmery ľudského tela (Titzl, 2000).

**Telesné postihnutie** delíme na: (Vančová, 1999)

- **dedičné** – ak sa vyskytujú u viacerých členov rodiny a ak sa v minulosti v tom istom rode dokázateľne prejavovali. Dediť sa môžu náchylnosť i odolnosť voči chorobám i k telesným deformitám;

- **vrodené** - sú také, ktoré vznikli v období vnútro maternicového života, počas pôrodu, krátko po narodení. Ich príčiny môžu byť rôzne onemocnenia matky počas tehotenstva, napr. rubeola, vplyv liekov v prvých mesiacoch tehotenstva, chyby vnútornej sekrécie, ožiarenie, nedostatok vitamínov v potrave, alkohol, drogy, sociálne podmienky;
- **získané** - spôsobené úrazom, ochorením, chorobami, ktoré negatívne pôsobia na pohybový aparát. Môžu vzniknúť v ktoromkoľvek veku a môžu mať rôzne závažnosti.

Telesné postihnutie sa v zákone č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov podľa prílohy č. 4 delí do dvoch základných skupín:

- ***chrbtica, choroby kĺbov, zápalové reumatické ochorenie, iné choroby kostí, chrupaviek, šliach, svalov***
- ***postihnutie končatiny: a) horné končatiny***  
***b) dolné končatiny***

Pohybový a podporný aparát je najväčší orgánový systém ľudského tela. Z toho vyplýva aj možnosť mnohopočetných a najrozličnejších zmien a porúch funkcie a ochorení pri vývoji, raste a formovaní.

Podporné a pohybové orgány formujú postavu. Ich funkcia určuje výkonnosť človeka v každodennom živote. Forma a jednota tvoria nerozdeliteľnú jednotu. Pri trvalých obmedzeniach výkonnosti sú všetky snahy zamerané na to, aby sme zdravotne postihnutému občanovi bez väčších znevýhodnení umožnili zaradenie sa do normálneho života pomocou korekčných operačných zákrokov, ortopedických pomôcok alebo rehabilitáciou, prípadne ďalšími spôsobmi.

Hoci nie je možné oddelenie pohybového a podporného aparátu, predsa podporný aparát preberá predovšetkým statickú úlohu. Aktívne zložky pohybového aparátu sú pracujúce svaly, riadené nervovým systémom a výživa, zabezpečovaná cievami.

Pohybové orgány zabezpečujú pohyb, čo vyžaduje aktívny výkon. Statické a dynamické úlohy sú vzájomne prepojené a nedajú sa oddeliť.

Obmedzenie pohybu jedného alebo viacerých kĺbov je najčastejšia funkčná porucha podporného a pohybového aparátu: chrbtica, (skolióza, kyfóza, hyfoskolióza), osteoporóza, neurogénne kĺbové ochorenia, reumatické kĺbové ochorenia, ochorenie svalov, šliach, šľachových pošiev a väzov, traumatológia podporného a pohybového aparátu, poranenia kĺbov, zlomeniny, postihnutie končatín, bedrový kĺb a stehno, koxatróza, koleno, amputácia končatín (Titl, 2000).

Defekty pohybových ústrojov sa vyskytujú i po detskej obrne. U telesných postihnutí sa vyskytuje úzkostlivosť, obavy pred novými situáciami. Stupeň citu menejcennosti a pokles sebadôvery závisia od miery defektu, ale aj od toho, ako občan s telesným postihnutím svoje obmedzenia subjektívne prežíva, od osobnosti a reakcii sociálneho okolia.

Sociálne okolie si všíma nielen odlišnosť toho človeka, ale prejavuje aj netaktnú zvedavosť alebo netaktnú ľútosť, čo zraňuje postihnutého a pôsobí na neho negatívne (Levická, Mrázová, 2004).

Všetky vymenované ochorenia spôsobujú rôzny stupeň obmedzenia pohybového a podporného aparátu.

Miera funkčnej poruchy sa určí podľa následkov zdravotného postihnutia bez ohľadu na kompenzáciu týchto následkov ortopedickými a kompenzačnými pomôckami.

**Kompenzácia** – je určená na prekonanie alebo zmiernenie sociálnych dôsledkov telesného postihnutia za podmienok ustanovených zákonom o sociálnej pomoci. Za sociálny dôsledok telesného postihnutia na účely toho zákona považuje znevýhodnenie, ktoré má občan s telesným postihnutím v porovnaní so zdravým občanom rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok. (<http://www.sztp.sk/?var=kompencacie>)

**Kompenzovať sociálne dôsledky** telesného postihnutia znamená, prispievať občanovi na úhradu zvýšených nákladov, ktoré mu v dôsledku postihnutia vznikajú v rozličných oblastiach života a ktoré si nedokáže pokryť vlastným pričinením, prípadne pomocou svojej rodiny tak, aby výrazne neklesla jeho životná úroveň ani úroveň jeho rodiny. (<http://www.sztp.sk/?var=kompencacie>)

### **1.4.1 PRÁVO NA DÔSTOJNÝ ŽIVOT A SOCIÁLNA POMOC**

V Ústave SR sa pre oblasť sociálnych práv špecifikujú niektoré práva, ktoré sa bezprostredne týkajú ochrany životných podmienok ľudí s postihnutím. Ide o právo: (Repková, 1998)

- na zvýšenú ochranu zdravia pri práci a osobitné pracovné podmienky pre ženy, mladistvých a postihnuté osoby,
- právo na osobitnú ochranu v pracovných vzťahoch a na pomoc pri príprave na povolanie pre mladistvých a postihnuté osoby,
- právo na primerané hmotné zabezpečenie v starobe a pri nespôsobilosti,
- právo na ochranu zdravia, bezplatnú zdravotnícku starostlivosť a zdravotnícke pomôcky.

Celý rad problémov spojených s dodržiavaním práv osôb s telesným postihnutím je podobný situácii starších ľudí, ale zároveň je tu aj veľa rozdielností. Tie sa vzťahujú predovšetkým k mladším osobám s telesným postihnutím, pre ktoré je potrebné zabezpečiť prístup k vzdelaniu, k práci a pod. V niektorých prípadoch je možno zložitejšie tieto práva zabezpečiť, ale ich práva sú rovnaké ako u majoritnej populácie. Majú rovnaké práva na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti, prístup k zdravotným službám, sociálnym službám, právo na rozhodovanie o sebe, participácie na komunitnom živote, na vhodné bývanie, na dôstojný život ako všetci ostatní. Pri zabezpečovaní týchto práv a ich dodržiavaní treba mať vždy na mysli zraniteľnosť dotknutých skupín či jednotlivcov (Bodnárová, 2005).

#### **Situácia v oblasti odkázanosti na pomoc inej osoby: (Repková, 2006)**

- najčastejšie sú v úplnom alebo prevažnom rozsahu občania s postihnutím odkázaní na pomoc inej osoby pri zabezpečovaní ťažších prác v domácnosti, následne pri zabezpečovaní komunikácie s okolím v rámci návštevy lekára či vybavovania na úradoch a pri nákupoch a nevyhnutných pochôdkach mimo bytu,

- z hľadiska subjektov pomoci dominuje pomoc poskytovaná bezplatne najbližšími, potom priateľmi a známymi, s výrazným rozdielom je to pomoc financovaná cez systém sociálnych dávok či v rámci organizovaných sociálnych služieb, najmä opatrovateľská služba a starostlivosť v denných zariadeniach sociálnych služieb,
- pozitívnu zmenu v oblasti pomoci pri odkázanosti na pomoc inej osoby priniesli najmä lepšie služby a angažovanosť rodiny, rovnako komfort pomoci zvýšili pomôcky a rozličné zariadenia,
- negatívne ovplyvnilo vývoj najmä zhoršenie zdravotného stavu telesne postihnutých, potom zlá finančná situácia a zmeny v rodine napr. úmrtie jej člena.

V súvislosti s politikou ekonomickej integrácie ľudí s postihnutím upozorňujú viacerí odborníci na efekt tzv. „dávkových pascí“ („benefit-traps“). Je často sprievodným efektom opatrení na podporu ich zamestnávania, kedy inklúzia na trh práce vedúca k zlepšeniu finančnej/príjmovej situácie jedinca s postihnutím a jeho rodiny, následne znamená stratu nároku na ďalšie sociálne dávky podmienené zdravotným postihnutím (Draganová, 2006).

Podľa mnohých odborníkov však práve tento efekt môže pôsobiť na ľudí s postihnutím demotivujúco, nakoľko nivelizuje ich úsilie pracovať (byť zárobkovo činný) bez potrebnej podpory príjmu na pokrývanie životných nákladov zvýšených z dôvodu zdravotného postihnutia.

Efekt dávkovej pasce je vždy založený na vzťahu viacerých systémov/subsystémov sociálnej ochrany, t. j. má vzťahovú povahu. Jeho pôsobenie medzi dávkami dôchodkového poistenia a príjmom zo zárobkovej činnosti prítomné z predchádzajúceho obdobia sa na Slovensku prijatím novej právnej úpravy v oblasti sociálneho poistenia (Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení, v znení neskorších predpisov) podarilo prakticky úplne eliminovať. Táto umožňuje mať neobmedzený príjem zo zárobkovej činnosti bez vplyvu na výšku dávky invalidného poistenia, resp. naopak, z dôvodu poberania dávky invalidného poistenia nie je limitovaný príjem zo zárobkovej činnosti.

Pôsobeniu efektu dávkovej pasce sme sa však v podmienkach Slovenska nevyhli v súvislosti so systémom kompenzácie sociálnych dôsledkov telesného postihnutia v nadväznosti na zamestnanie občana so zdravotným postihnutím a jeho snahou vlastnou prácou si zvýšiť príjem.

Motivácia pracovať sa preto často stráca, nakoľko už minimálny príjem zo zárobkovej činnosti (pod hranicou minimálnej mzdy) spoločne s invalidným dôchodkom vytvárajú sumárne príjem nad túto hranicu a občan stráca nárok na kompenzáciu zvýšených výdavkov, a to napriek, tomu, že ich naďalej reálne má (Repková, 1999).

#### ***1.4.2 SOCIÁLNE SLUŽBY A PEŇAŽNÉ PRÍSPEVKY NA KOMPENZÁCIU A PEŇAŽNÝ PRÍSPEVOK ZA OPATROVANIE***

Podľa zákona číslo 195/1998 Z.z o sociálnej pomoci, v znení neskorších predpisov, štát poskytuje občanom s telesným postihnutím sociálne služby a peňažné príspevky na kompenzáciu a peňažný príspevok za opatrovanie.

Kompenzácia je určená na prekonanie alebo na zmiernenie sociálnych dôsledkov telesného postihnutia za podmienok ustanovených týmto zákonom. Za sociálny dôsledok telesného postihnutia sa na účely tohto zákona považuje znevýhodnenie, ktoré má občan s telesným postihnutím v porovnaní so zdravým občanom rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok. (<http://www.spo.sk/dokumenty/socialnesluzby.pdf>)

**Formy kompenzácie sú:** (§ 49 ods. 3)

- **sociálne služby,**
- **peňažné príspevky,**
- **peňažný príspevok za opatrovanie.**

Na účely kompenzácie sa posudzuje miera funkčnej poruchy občana podľa druhu zdravotného postihnutia. Funkčná porucha je nedostatok telesných schopností, zmyslových schopností alebo duševných schopností občana, ktorý z hľadiska predpokladov vývoja zdravotného postihnutia trvá dlhšie ako jeden rok. Miera funkčnej poruchy sa určuje v percentách.

Ak má občan viac funkčných porúch, miera funkčnej poruchy sa určí podľa miery funkčnej poruchy zodpovedajúcej druhu zdravotného postihnutia s najvyšším percentuálnym ohodnotením.

Na účely kompenzácie občana s telesným postihnutím sa teda posudzujú: (§ 52 ods. 1)

- **osobnostné predpoklady,**
- **rodinné prostredie,**
- **prostredie, ktoré ovplyvňuje jeho integráciu do spoločnosti.**

Posudzovanie osobnostných predpokladov obsahuje najmä hodnotenie vlastností a úsilia riešiť sociálnu núdzu vlastným pričinením, najmä vlastnou prácou. Posudzovanie rodinného prostredia obsahuje najmä hodnotenie rozsahu pomoci, ktorú rodina poskytuje občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím.

Posudzovanie prostredia, ktoré ovplyvňuje integráciu občana s ťažkým zdravotným postihnutím do spoločnosti, obsahuje najmä hodnotenie podmienok bývania vrátane prístupnosti stavieb občianskeho vybavenia podľa osobitného predpisu.

Sociálne dôsledky ťažkého zdravotného postihnutia sa kompenzujú v 4 oblastiach:

- oblasť mobility (t. j. pohybu a orientácie),
- oblasť komunikácie,
- oblasť zabezpečovania nevyhnutných životných úkonov,
- oblasť zvýšených výdavkov u týchto občanov.

Občanovi, ktorý v dôsledku ťažkého zdravotného postihnutia má **zníženú pohybovú schopnosť alebo orientačnú schopnosť**, sa poskytuje kompenzácia na zmiernenie znevýhodnenia a prekonanie znevýhodnenia v prístupe k veciam osobnej potreby a k stavbám, najmä k stavbám občianskeho vybavenia podľa osobitného predpisu, a na uľahčenie orientácie.

Znížená pohybová schopnosť alebo orientačná schopnosť je obmedzená schopnosť samostatne sa premiestňovať v dôsledku narušenia telesných funkcií, zmyslových funkcií a duševných funkcií.

Formy kompenzácie zníženej pohybovej schopnosti alebo orientačnej schopnosti sú: (§ 53 ods. 3)



- sociálne služby, a to: prepravná služba, opatrovateľská služba, starostlivosť v zariadení sociálnych služieb,
- peňažné príspevky na: zaobstaranie pomôcky, opravu pomôcky, kúpu osobného motorového vozidla, prepravu, osobnú asistenciu, úpravu bytu, rodinného domu alebo garáže,
- peňažný príspevok za opatrovanie.

**Občanovi, ktorý v dôsledku ťažkého zdravotného postihnutia má narušenú schopnosť dorozumievania,** sa poskytuje kompenzácia na umožnenie styku so spoločenským prostredím a na sprístupnenie informácií. Narušená schopnosť dorozumievania je obmedzená schopnosť dorozumievať sa v dôsledku poškodenia alebo straty telesných funkcií, zmyslových funkcií alebo duševných funkcií.

Formy kompenzácie narušenej schopnosti dorozumievania sú: (§ 54, ods. 3)

- sociálne služby, a to: opatrovateľská služba, starostlivosť v zariadení sociálnych služieb,
- peňažné príspevky na: zaobstaranie pomôcky, opravu pomôcky, osobnú asistenciu,
- peňažný príspevok za opatrovanie.

Občanovi, ktorý v dôsledku ťažkého zdravotného postihnutia má obmedzenú schopnosť alebo stratil schopnosť vykonávať nevyhnutné životné úkony alebo nevyhnutné práce v domácnosti, sa poskytuje kompenzácia zameraná na zabezpečenie týchto úkonov, prác alebo činností.

Obmedzenie schopnosti alebo strata schopnosti vykonávať nevyhnuté životné úkony alebo nevyhnutné práce v domácnosti je stav, keď občan v dôsledku poškodenia alebo straty telesných funkcií, zmyslových funkcií alebo duševných funkcií nemôže vykonávať tieto úkony, práce alebo činnosti sám.

Formy kompenzácie obmedzenej schopnosti alebo straty schopnosti vykonávať nevyhnutné životné úkony alebo nevyhnutné práce v domácnosti sú: (§ 55 ods. 3)

- sociálne služby, a to: opatrovateľská služba, starostlivosť v zariadení sociálnych služieb,

- peňažné príspevky na: zaobstaranie pomôcky, opravu pomôcky, osobnú asistenciu,
- peňažný príspevok za opatrovanie.

Občanovi sa v dôsledku ťažkého zdravotného postihnutia kompenzujú aj zvýšené výdavky:

- na diétne stravovanie,
- výdavky súvisiace: s hygienou alebo s opotrebovaním šatstva, bielizne, obuvi a bytového zariadenia, so zabezpečením prevádzky osobného motorového vozidla, so starostlivosťou o psa so špeciálnym výcvikom.

Na základe posúdenia podľa § 50 ods. 1 a § 52 ods. 1 sa vydáva posudok:

- miere funkčnej poruchy,
- tom, či ide o občana s ťažkým zdravotným postihnutím,
- sociálnych dôsledkoch ťažkého zdravotného postihnutia.

Súčasťou posudku je vždy návrh formy kompenzácie. Občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím príslušný orgán vydáva preukaz. Preukaz je určený aj na uplatnenie ďalších kompenzácií podľa osobitných predpisov.

#### **Peňažný príspevok na osobnú asistenciu**

Občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorý je podľa posudku vydaného podľa § 58 ods. 1 a 2 odkázaný na osobnú asistenciu, možno poskytovať peňažný príspevok na osobnú asistenciu.

Peňažný príspevok na osobnú asistenciu možno poskytovať najskôr od 6. roku veku dieťaťa do 65. roku veku občana, ak tento zákon neustanovuje inak.

**Osobná asistencia občanovi** s ťažkým zdravotným postihnutím je zameraná na zmiernenie znevýhodnenia a na prekonanie znevýhodnenia v prístupe k veciam osobnej potreby a k stavbám občianskeho vybavenia, na umožnenie styku so spoločenským prostredím, na sprístupnenie informácií a na zabezpečenie nevyhnutných životných úkonov alebo nevyhnutných prác v domácnosti, alebo činností, ktoré tomuto občanovi poskytuje osobný asistent, prípadne osobní asistenti. Osobnou asistenciou sa podporuje nezávislosť občana s ťažkým zdravotným postihnutím, jeho pracovné, vzdelávacie, rodinné a občianske aktivity, ktoré smerujú k jeho spoločenskej integrácii.

Občan, ktorý vykonáva osobnú asistenciu (ďalej len „osobný asistent“), musí mať 18 rokov veku a spôsobilosť na právne úkony. Osobnú asistenciu nemôže vykonávať občan, ktorý je podľa rozhodnutia príslušného orgánu odkázaný na osobnú asistenciu alebo na opatrovateľskú službu v tých činnostiach alebo úkonoch, ktoré by mal vykonávať ako osobný asistent alebo ktoré sa mu poskytujú v rámci opatrovateľskej služby.

Tu vysvetlím rozdiel medzi osobnou asistenciou a opatrovateľskou službou: (Vítková a kol., 2004)

- procedurálny,
- prevozný,
- personálny.

#### **Procedurálny rozdiel:**

- **osobná asistencia:** prvotný dôvod pre poskytovanie služby je sociálny handicap, jeho dôsledkom je oddelenie od spoločnosti; testovanie potreby pomoci podľa bodovacieho systému vychádza z úkonov, pri ktorých pacient potrebuje pomoc druhej osoby; o prijímaní služieb osobnej asistencie rozhoduje sám pacient, sám organizuje a riadi prácu osobného asistenta; pri riadení osobnej asistencie je činnosť asistentov riadená a koordinovaná; osobná asistencia sa poskytuje v domácom prostredí, ale i tam, kde si to pacient vyžiada, cez deň pracovný, sviatočný, vo dne i v noci; efektivita takejto služby vzhľadom k cieľom, t. j. začleneniu do spoločnosti a priblíženiu k bežnému štýlu života, je veľmi vysoká;

- **opatrovateľská služba:** lekár určí, že človek potrebuje opateru; lekár bez testovania potreby pomoci predpíše úkony opatrovania; hlavnú úlohu hrajú peniaze na zaplatenie opatrovateľskej služby; táto služba poskytuje stanovené úkony, ktoré sa majú vykonávať a žiadne iné, a to len v domácnosti pacienta a v čase, kedy sama určí;

#### **Prevozný rozdiel:**

- **osobná asistencia:** poskytovanie osobnej asistencie nie je závislé na prevoznom zázemí, deje sa tam, kde je pacient; pri osobnej asistencii nie je podstatou výkonu technické ani materiálne vybavenie, ale vzťah pacient - osobný asistent;

- **opatrovateľská služba:** táto služba potrebuje napr. vývarovne, strediská hygieny atď., v mnohých prípadoch je treba pacienta vozit' k službe, alebo službu ku pacientovi; opatrovateľská služba potrebuje technické a materiálne vybavenie - autá, vane, hygienu atď.;

#### **Personálny rozdiel:**

- **osobná asistencia:** z hľadiska odbornosti je rozdiel medzi sebaurčujúcu a riadenou osobnou asistenciou, pri sebaurčujúcej sa nepožaduje kvalifikácia osobných asistentov, pri riadenej sa požaduje kvalifikácia odpovedajúca účelu; z hľadiska organizačného je štruktúra riadenia v oboch typoch jednoduchá, u sebaurčujúcej sa prevádza asistencia bez medzičlánkov, u riadenej je potrebný koordinátor, účtovník;

- **opatrovateľská služba:** u opatrovateľiek sa nepožadujú odborné školenia; organizačne je štruktúra podobná napr. liečebni dlhodobo nemocných, je tu vrchná sestra, koordinátor, administratívny pracovník, ekonomický úsek.

#### **Peňažný príspevok na zaobstaranie pomôcky**

Občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorý je podľa posudku vydaného podľa § 59 ods. 1 a 2 odkázaný na pomôcku, možno poskytnúť peňažný príspevok na zaobstaranie pomôcky, ak sa táto pomôcka neposkytuje ani nepožičiava na základe verejného zdravotného poistenia s výnimkou druhého mechanického vozíka alebo druhého elektrického vozíka. Peňažný príspevok na zaobstaranie pomôcky možno poskytnúť na: kúpu pomôcky, zácvik (výcvik) pomôcky alebo zácvik (výcvik) používania pomôcky, úpravu pomôcky.

#### **Peňažný príspevok na opravu pomôcky**

Občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorý je podľa posudku vydaného podľa § 60 ods. 1 a 2 odkázaný na pomôcku a táto pomôcka vyžaduje opravu alebo pes so špeciálnym výcvikom vyžaduje chirurgický zákrok v rámci veterinárnej starostlivosti, možno poskytnúť peňažný príspevok na opravu pomôcky alebo na chirurgický zákrok v rámci veterinárnej starostlivosti na psovi so špeciálnym výcvikom s výnimkou pomôcky, ktorá bola poskytnutá alebo požičaná na základe zdravotného poistenia.

### **Peňažný príspevok na kúpu osobného motorového vozidla**

Občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorý je podľa posudku vydaného podľa § 61 ods. 1 a 2 odkázaný na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom, možno poskytnúť peňažný príspevok na kúpu osobného motorového vozidla.

### **Peňažný príspevok na prepravu**

Občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorý je podľa posudku vydaného podľa § 62 ods. 1 a 2 odkázaný na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom, možno poskytnúť peňažný príspevok na prepravu.

### **Peňažný príspevok na úpravu bytu, rodinného domu alebo garáže**

Občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorý je podľa posudku vydaného podľa § 63 ods. 1 a 2 odkázaný na úpravu bytu, rodinného domu alebo garáže s cieľom dosiahnuť ich bezbariérovosť, možno poskytnúť peňažný príspevok na úpravu bytu, rodinného domu alebo garáže. Peňažný príspevok možno poskytnúť aj na úpravu vstupu do bytového domu a na úpravu prístupu k výťahu. Za bariéry v byte, bytovom dome, rodinnom dome a v garáži sa považujú prekážky, v ktorých dôsledku občan s ťažkým zdravotným postihnutím nie je schopný sa premiestňovať, orientovať, dorozumievať, vykonávať nevyhnutné životné úkony alebo nevyhnutné práce v domácnosti alebo vykonávať činnosti rovnakým spôsobom ako zdravý občan rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok.

### **Peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov**

Občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorý je podľa posudku vydaného podľa § 64 ods. 1 a 2 odkázaný na kompenzáciu zvýšených výdavkov, možno poskytnúť peňažný príspevok na zvýšené výdavky na diétne stravovanie a na hygienu.

### **Peňažný príspevok za opatrovanie**

Fyzickej osobe, ktorá opatruje občana s ťažkým zdravotným postihnutím staršieho ako šesť rokov odkázaného podľa posudku vydaného podľa § 64a ods. 1 a 2 na celodenné, osobné a riadne opatrovanie, možno poskytnúť peňažný príspevok za opatrovanie. Peňažný príspevok za opatrovanie nemožno poskytnúť, ak občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu alebo ak sa mu starostlivosť zabezpečuje opatrovateľskou službou.

V minulosti vplyvom nevhodnej sociálnej politiky došlo k izolácii telesne postihnutých ľudí. Základným princípom súčasného prístupu je filozofia nezávislého života, tento človek chce žiť nezávisle, rozhodovať o vlastnom osude.

Základné podmienky pre občanov s telesným postihnutím sú:

- dostupnosť bývania, bezbariérovosť,
- dostupná preprava,
- potrebné kompenzačné pomôcky,
- pomoc pri činnostiach, ktoré si občan nemôže vykonať sám.

Sami telesne postihnutí potvrdzujú, že nestoja o súcit. Chcú žiť v spoločnosti najbližších tam, kde sa narodili, viesť normálny osobný a rodinný život, žiť vo vlastnom byte, mať zamestnanie, rozhodovať sami ako budú tráviť voľný čas.

Toto všetko uprednostňujú pred najlepšou starostlivosťou v rôznych typoch kolektívnych zariadení vyčleňujúcich ich z každodenného života spoločnosti.

## **2. CIEĽ PRÁCE A HYPOTÉZY**

Ľudia s telesným postihnutím sú v spoločnosti ostatných zdravých spoluobčanov v mnohých pohľadoch odlišní. Sú odlišní nielen svojím zovňajškom a zníženými pohybovými schopnosťami, ale tiež tým, že sa v živote musia neustále vyrovnávať s mnohými obmedzeniami, prekážkami a často i s diskrimináciou zo strany väčšinovej spoločnosti. Majú menej šancí na zmysluplné prežívanie svojho života ako zdraví ľudia.

### **2.1 CIEĽ VÝSKUMU**

Handicap typu telesné postihnutie vedie človeka ku konfrontácii s rôznymi životnými otázkami, kde patrí nepochybne i oblasť zmyslu života a životnej zmysluplnosti.

Zaujala ma preto myšlienka preniknúť o niečo hlbšie do myslenia a prežívania života telesne postihnutých.

Cieľom práce bolo zistiť do akej miery prežívajú ľudia s telesným postihnutím svoj život ako zmysluplný, do akej miery sú so svojim životom spokojní a aké hodnoty preferujú.

### **2.2 HYPOTÉZY**

Na základe cieľa boli sformulované nasledovné hypotézy:

H1: Ľudia s telesným postihnutím budú po praktickej stránke viac preferovať zdravý životný štýl v porovnaní so zdravými ľuďmi

H2: U telesne postihnutých ľudí sa v rebríčku hodnôt budú na popredných miestach menej objavovať hodnoty materiálne v porovnaní so zdravými ľuďmi

### **3. METODIKA**

K realizácii výskumu bola použitá metóda dotazníka, ktorý som vytvoril priamo za účelom objasnenia ponímania danej problematiky. Dotazník pozostával z 23 otázok, na ktoré respondenti mali možnosť odpovedať výberom z ponúkaných možností alebo mali možnosť vyjadriť svoj vlastný názor na danú problematiku.

Výskum bol realizovaný v mesiaci marec 2010 na vzorke 80 respondentov, z toho výskumnú čiže experimentálnu vzorku tvorilo 40 telesne postihnutých ľudí a kontrolnú vzorku tvorilo 40 zdravých ľudí.

Výskum experimentálnej vzorky som uskutočnil vo zväze telesne postihnutých v Topoľčanoch a v Nitre. Výskum kontrolnej vzorky som uskutočnil náhodným výberom okoloidúcich. Skupiny sú heterogénne a vekové rozpätia bolo v priemere 55 rokov.



## 4. VÝSLEDKY

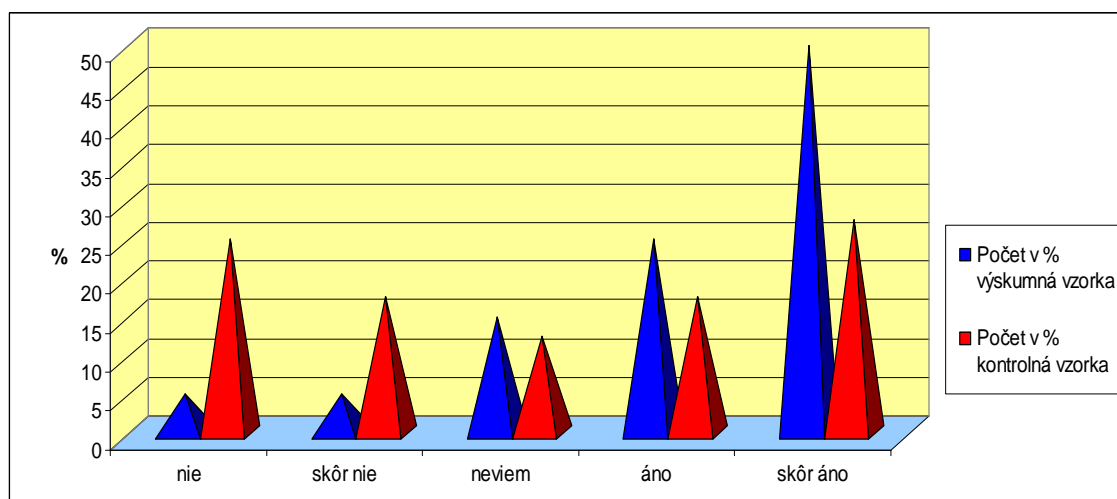
Výsledky výskumu som vyhodnotil percentuálne a znázornil ich do tabuliek a grafov. Vyhodnotením uvedeného dotazníka (Príloha A) som zistil tieto skutočnosti:

### 1. Staráte sa aktívne o svoje fyzické a duševné zdravie (primeraným športovaním, dostatočne dlhým spánkom, zdravým stravovaním)?

Tabuľka 1 Starostlivosť o zdravie

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
nie	5	25
skôr nie	5	17,5
neviem	15	12,5
áno	25	17,5
skôr áno	50	27,5

Zdroj: vlastný výskum



Graf 1 Starostlivosť o zdravie

Zdroj: vlastný výskum

Na otázku č.1 odpovedali respondenti výskumnej vzorky (telesne postihnutí) nasledovne: 10 respondentov odpovedalo áno, čo predstavuje 25 %, 20 respondentov skôr áno (50 %), neviem odpovedalo 6 respondentov (15 %), skôr nie dvaja respondenti (5 %). Možnosť nie si tiež vybrali dvaja respondenti, čo predstavuje 5 %.

Respondenti kontrolnej skupiny odpovedali áno v 7 prípadoch (17,5 %), 11 respondentov odpovedalo skôr áno (27,5 %), neviem 5 resp. (12,5 %), skôr nie 7 respondentov (17,5 %) a 10 respondentov odpovedalo nie (25 %).

Porovnaním odpovedí respondentov experimentálnej skupiny (telesne postihnutí) a kontrolnej skupiny (zdraví ľudia) som zistil, že pozitívnejšie odpovedali na danú otázku respondenti experimentálnej skupiny.

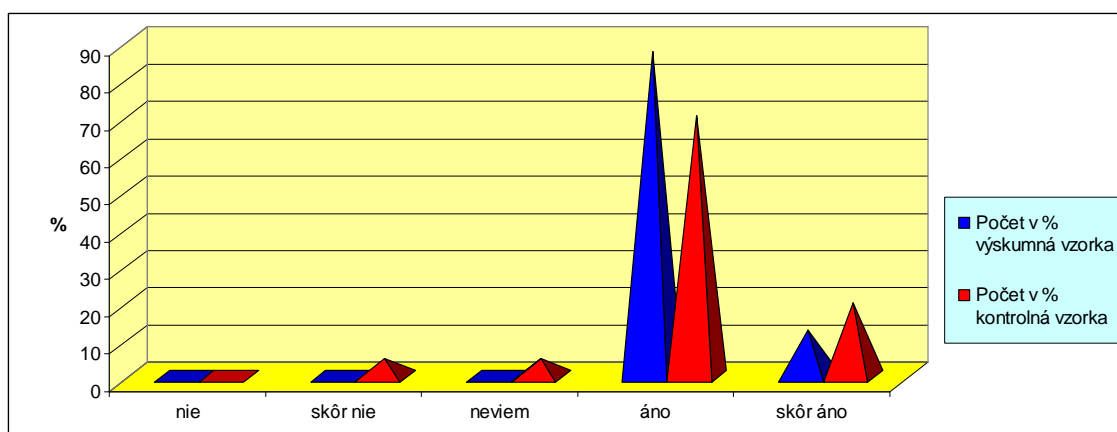
Respondenti kontrolnej skupiny naopak priznávajú nedostatočnú starostlivosť o fyzické a duševné zdravie až v 17-tich prípadoch. Zistenia tohto druhu teda podporujú hypotézu H1.

## 2. Je pre Vás spokojnosť Vašich rodinných príslušníkov dôležitejšia ako Vaša?

**Tabuľka 2 Spokojnosť rodinných príslušníkov**

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
<b>nie</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>skôr nie</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>neviem</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>áno</b>	<b>87,5</b>	<b>70</b>
<b>skôr áno</b>	<b>12,5</b>	<b>20</b>

Zdroj: vlastný výskum



**Graf 2 Spokojnosť rodinných príslušníkov**

Zdroj: vlastný výskum

Otázka č. 2 bola zodpovedaná respondentmi experimentálnej skupiny: 35 respondentov odpovedalo na otázku áno (87,5 %) a skôr áno odpovedalo 5 respondentov (12,5 %). Iné odpovede na túto otázku sa nevyskytli.

V kontrolnej skupine odpovedalo 28 respondentov áno (70 %), skôr áno 8 respondentov (20 %), dvaja respondenti odpovedali neviem (5 %) a dvaja skôr nie (5 %). Odpoveď nie sa v kontrolnej skupine nevyskytla.

Na základe porovnania odpovedí respondentov experimentálnej a kontrolnej skupiny možno skonštatovať, že spokojnosť iných, najmä rodinných príslušníkov je dôležitou hodnotou ako pre zdravých, tak i telesne postihnutých ľudí.

Odpovede telesne postihnutých však ani v jednom prípade nevyzneli v zmysle ľahostajnosti k spokojnosti blízkych, zdraví respondenti uviedli v dvoch prípadoch indiferentný postoj k tomuto faktoru, dvaja odpovedali negatívne, čo znamená svedčí o ľahostajnosti k spokojnosti blízkych.

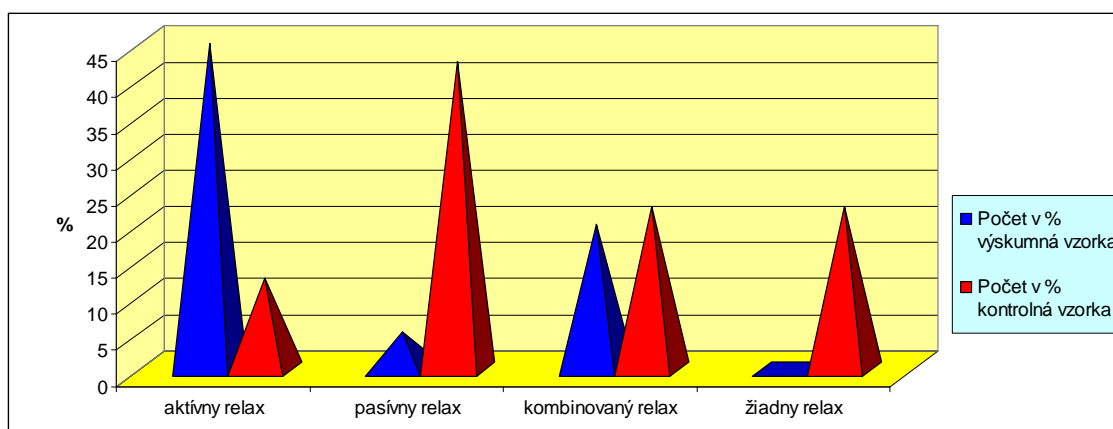
Odpovede experimentálnej skupiny v konečnom dôsledku vyzneli pozitívnejšie vo vzťahu k subjektívnej dôležitosti spokojnosti druhých, čo podporuje hypotézu H2.

### 3. Ako relaxujete?

Tabuľka 3 Druhy relaxovania

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
aktívny relax	45	12,5
pasívny relax	5	42,5
kombinovaný relax	20	22,5
žiadny relax	0	22,5

Zdroj: vlastný výskum



Graf 3 Druhy relaxovania

Zdroj: vlastný výskum

Na otázku č. 3 boli najčastejšie odpovede typu aktívnej aj pasívnej relaxácie. Respondenti experimentálnej skupiny odpovedali nasledovne: 18 respondentov odpovedalo, že relaxujú aktívne (45 %), pasívnu relaxáciu uviedli dvaja (5 % opýtaných), kombinovanú relaxáciu uvádzali 20 respondenti (50 %).

V kontrolnej skupine len 5 respondentov uviedlo, že relaxuje aktívne (šport, cvičenie, vychádzky do prírody, atď.), čo predstavuje 12,5 %, 17 respondentov uviedlo, že relaxujú pasívne (pozeranie TV, spánok), čo je 42,5 %, kombinovaný spôsob relaxácie uviedlo 9 respondentov (22,5 %), 9 respondentov dokonca uviedlo, že relaxovať nedokážu, na nejakú špeciálnu relaxáciu im neostáva čas.

Analýzou odpovedí a ich komparáciou je možné konštatovať, že respondenti experimentálnej skupiny sú v otázkach regenerácie fyzických a psychických síl aktívnejší a zodpovednejší ako respondenti kontrolnej skupiny.

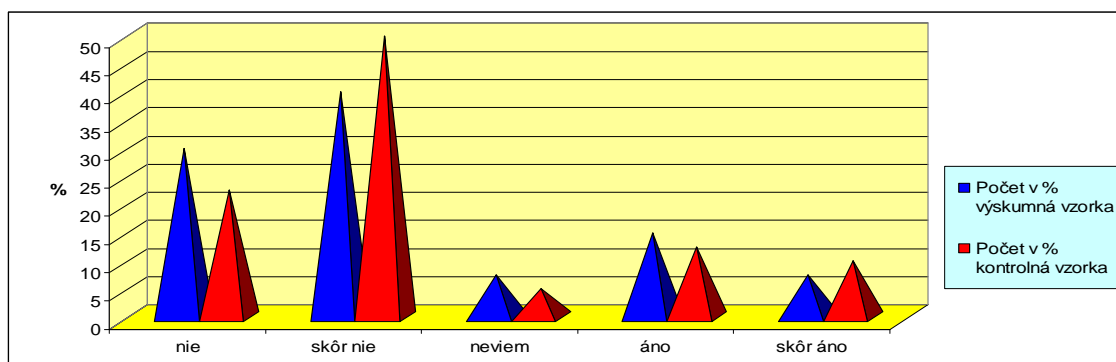
Napriek tomu, že aj oni žijú aktívnym životom (v rámci svojich možností a obmedzení), pristupujú zodpovednejšie vo vzťahu k sebe v zmysle potreby a nutnosti relaxácie. Uvedené zistenia podporujú znenie hypotézy H1.

#### 4. Je pre Vás materiálne zabezpečenie a finančná istota medzi prvými dvomi životnými hodnotami?

Tabuľka 4 Materiálne a finančné zabezpečenie

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
nie	30	22,5
skôr nie	40	50
neviem	7,5	5
áno	15	12,5
skôr áno	7,5	10

Zdroj: vlastný výskum



Graf 4 Materiálne a finančné zabezpečenie

Zdroj: vlastný výskum

Na otázku č. 4 odpovedali respondenti experimentálnej skupiny nasledovne: 6 respondentov (15 %) odpovedalo, že materiálne zabezpečenie a finančná istota patria medzi ich prvé dve životné hodnoty, možnosť skôr áno volili traja respondenti (7,5 %), jednoznačne vyjadriť sa nedokázali traja respondenti (7,5 %), 16 respondentov (40 %) uviedlo, že finančné zabezpečenie a istota skôr nepatria medzi ich prioritné životné hodnoty, 12 resp. odpovedalo nie (30 %).

V kontrolnej skupine odpovedali nasledovne: 5 respondentov odpovedalo áno (12,5 %), skôr áno odpovedali štyria respondenti (10 %), dvaja resp. odpovedali neviem (5 %). Skôr nie odpovedalo 20 resp.(50 %), nie odpovedali deväti (22,5 %).

Porovnaním oboch skupín respondentov je možné vidieť, že väčšina respondentov ako experimentálnej, tak i kontrolnej skupiny nemá v hierarchii hodnôt na prioritnom mieste materiálne zabezpečenia a finančnú istotu, i keď nepochybne považujú tieto veci za dôležité. Odpovede oboch skupín boli v tejto otázke vyvážené, čo svedčí o tom, že hypotéza H2 nebola týmto spôsobom potvrdená.

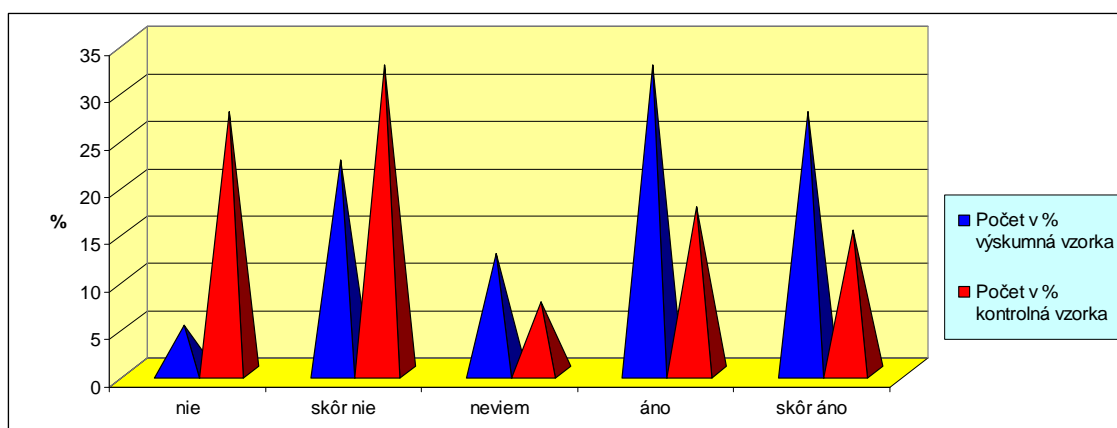
Nielen u telesne postihnutých, ale ani u zdravých ľudí výskumnej vzorky sa materiálne hodnoty neobjavili medzi prioritnými.

## 5. Stravujete sa zdravo?

**Tabuľka 5 Zdravé stravovanie**

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
<b>nie</b>	<b>5</b>	<b>27,5</b>
<b>skôr nie</b>	<b>22,5</b>	<b>32,5</b>
<b>neviem</b>	<b>12,5</b>	<b>7,5</b>
<b>áno</b>	<b>32,5</b>	<b>17,5</b>
<b>skôr áno</b>	<b>27,5</b>	<b>15</b>

Zdroj: vlastný výskum



**Graf 5 Zdravé stravovanie**

Zdroj: vlastný výskum

Odpovede na otázku č.5 v experimentálnej skupine boli nasledovné: áno odpovedalo 13 respondentov (32,5 %), skôr áno odpovedalo 11 respondentov (27,5 %), neviem 5 respondentov (12,5 %), skôr nie 9 resp. (22,5 %), nie dvaja respondenti (5 %).

V kontrolnej skupine: áno odpovedalo 7 respondentov (17,5 %), skôr áno 6 respondentov (15 %), neviem traja respondenti (7,5 %), skôr nie 13 respondentov (32,5 %) a nie 11 respondentov (27,5 %).

Porovnanie jednoznačne poukazuje na nezdravé stravovanie u respondentov kontrolnej skupiny (priznáva ho až 24 respondentov, čo je väčšina kontrolnej skupiny).

V experimentálnej skupine priznáva nezdravé stravovanie 11 respondentov, čo je tiež dosť veľa, stále je to však menej ako v kontrolnej skupine. Odpovede na túto otázku potvrdili hypotézu H1.

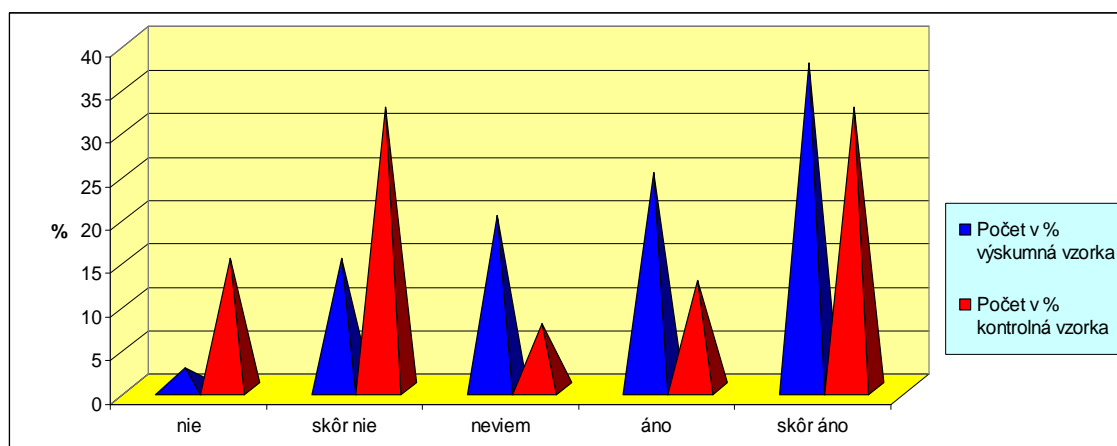
## 6. Dbáte na to, aby bola vaša strava nutrične vyvážená?

**Tabuľka 6 Vyvážená strava**

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
nie	2,5	15
skôr nie	15	32,5
neviem	20	7,5

<b>áno</b>	<b>25</b>	<b>12,5</b>
<b>skôr áno</b>	<b>37,5</b>	<b>32,5</b>

Zdroj: vlastný výskum



**Graf 6 Vyházená strava**

Zdroj: vlastný výskum

Na otázku č. 6 odpovedali respondenti experimentálnej skupiny: áno 10 respondentov (25 %), skôr áno 15 respondentov (37,5 %), neviem 8 respondentov (20 %), skôr nie 6 respondentov (15 %), 1 respondent odpovedal nie (2,5 %).

Respondenti kontrolnej skupiny: áno zvolilo 5 respondentov (12,5 %), skôr áno 13 respondentov (32,5 %), neviem 3 respondenti (7,5 %), skôr nie 13 respondentov (32,5 %), nie 6 respondentov (15 %).

Porovnanie ukazuje, že nutričnú vyváženosť stravy viac sledujú a dodržiavajú telesne postihnutí ľudia, naopak, u zdravých možno konštatovať, že sa o vyváženosť stravy príliš nestarajú.

Odpovede na túto otázku podporujú tvrdenie hypotézy H1.

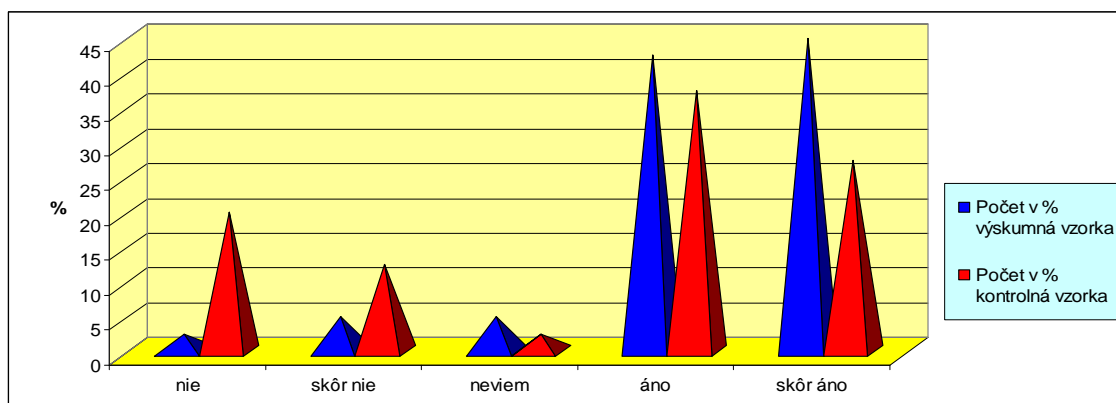


## 7. Máte pod kontrolou svoju hmotnosť?

Tabuľka 7 Kontrola hmotnosti

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
nie	2,5	20
skôr nie	5	12,5
neviem	5	2,5
áno	42,5	37,5
skôr áno	45	27,5

Zdroj: vlastný výskum



Graf 7 Kontrola hmotnosti

Zdroj: vlastný výskum

Respondenti experimentálnej skupiny (ES) odpovedali na otázku č. 7 v 17 prípadoch áno (42,5 %), 18 resp. odpovedalo skôr áno (45 %), dvaja neviem (5 %), rovnako dvaja odpovedali skôr nie (5 %), jeden resp. odpovedal nie (2,5 %).

Odpovede respondentov kontrolnej skupiny (KS): áno 15 resp. (37,5 %), skôr áno 11 resp. (27,5 %), neviem 1 resp. (2,5 %), skôr nie 5 resp. (12,5 %), nie 8 resp. (20 %).

Je možné skonštatovať, že v oboch skupinách má väčšina respondentov svoju hmotnosť pod kontrolou (v ES 35 resp., v KS 26 resp.).

Na druhej strane ale je tiež možné na základe odpovedí na túto otázku tvrdiť, že viac tých, ktorí svoju hmotnosť pod kontrolou nemajú, sú respondenti kontrolnej skupiny (13 resp.).

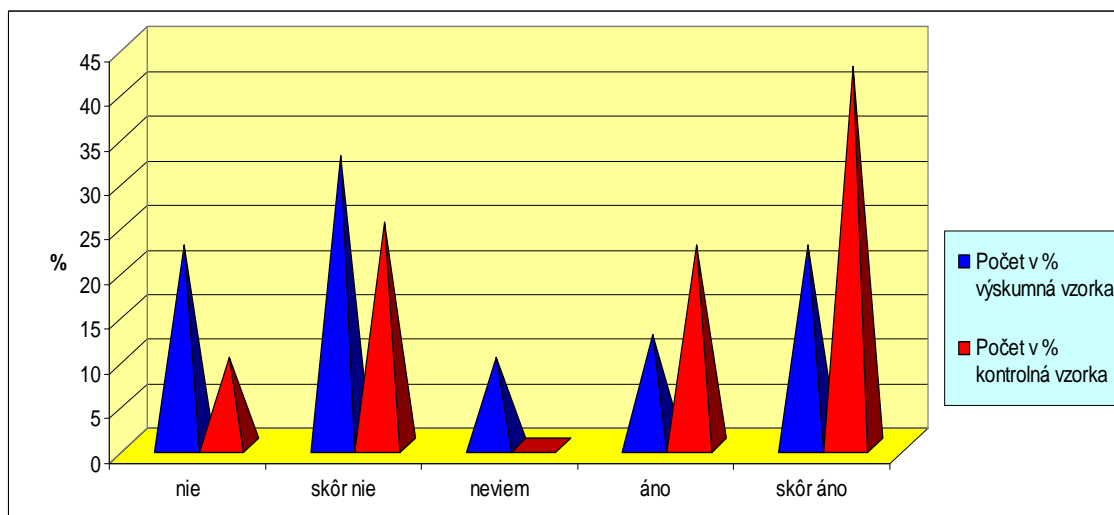
Odpovede teda len čiastočne potvrdzujú hypotézu H1.

## 8. Pociťujete často stres?

Tabuľka 8 Pociť stresu

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
nie	22,5	10
skôr nie	32,5	25
neviem	10	0
áno	12,5	22,5
skôr áno	22,5	42,5

Zdroj: vlastný výskum



Graf 8 Pociť stresu

Zdroj: vlastný výskum

Na ôsmu otázku odpovedali respondenti nasledovne: ES – áno 5 resp. (12,5 %), skôr áno 9 resp. (22,5 %), neviem 4 resp. (10 %), skôr nie 13 resp. (32,5 %), nie 9 respondentov (22,5 %). KS - áno 9 resp. (22,5 %), skôr áno 17 resp. (42,5 %), neviem neodpovedal nikto, skôr nie odpovedalo 10 respondentov (25 %), nie odpovedali 4 respondenti (10 %).

Výsledky poukazujú na jednoznačne častejšie pociťovanie stresu v KS (priznáva 26 respondentov, kým v ES len 14 respondentov).

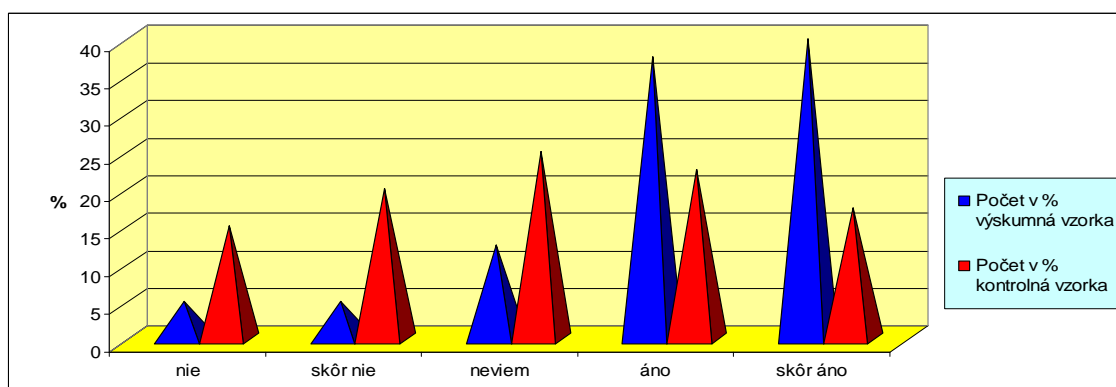
Odpovede podporujú tvrdenie hypotézy H1.

## 9. Považujete sa za šťastného človeka?

Tabuľka 9 Šťastie človeka

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
nie	5	15
skôr nie	5	20
neviem	12,5	25
áno	37,5	22,5
skôr áno	40	17,5

Zdroj: vlastný výskum



Graf 9 Šťastie človeka

Zdroj: vlastný výskum

Na otázku č. 9 odpovedali respondenti experimentálnej skupiny (ES) nasledovne: áno odpovedalo 15 resp. (37,5 %), skôr áno 16 resp. (40 %), neviem odpovedalo 5 resp. (12,5 %), skôr nie dvaja resp. (5 %), nie dvaja resp. (5 %). Respondenti KS: áno 9 resp. (22,5 %), skôr áno 7 resp. (17,5 %), neviem 10 resp. (25 %), skôr nie 8 resp. (20 %), nie 6 resp. (15 %).

Porovnanie oboch skupín ukazuje, že za šťastnejších sa považujú paradoxne ľudia s telesným postihnutím (až 31 resp. ES), naproti tomu len 16 resp. KS, čo nie je ani polovica. Rovnako je zvláštne, že jednoznačne to nevie posúdiť až 10 respondentov zdravých.

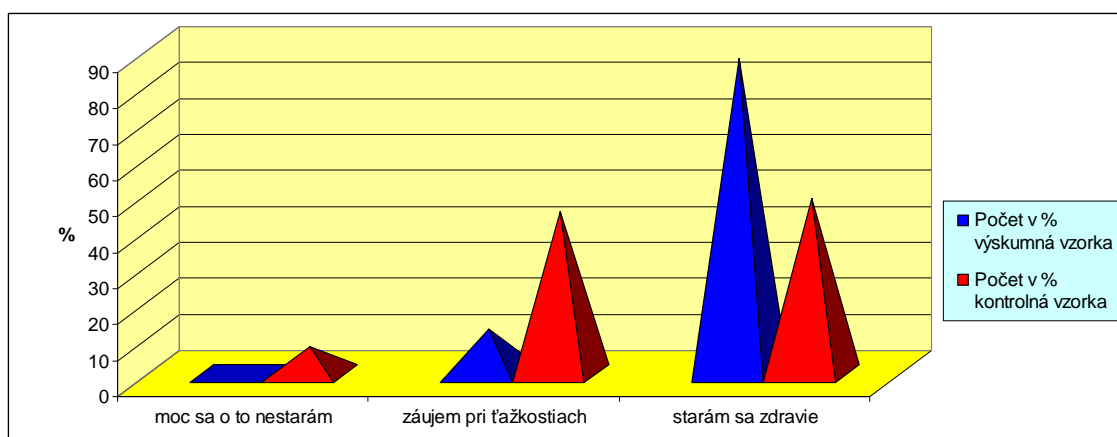
Za nešťastných sa tiež viac považujú zdraví respondenti výskumnej vzorky (14 resp.), telesne postihnutí len 4 sa považujú za nešťastných. Šťastie ako subjektívny pocit a hodnota sa teda v mojom výskume viac objavuje u telesne postihnutých v porovnaní so zdravými, čo svedčí v prospech hypotézy H2.

## 10. Aký máte postoj k svojmu zdraviu?

**Tabuľka 10 Postoj k svojmu zdraviu**

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
<b>moc sa o to nestarám</b>	<b>0</b>	<b>7,5</b>
<b>záujem pri ťažkostiach</b>	<b>12,5</b>	<b>45</b>
<b>starám sa zdravie</b>	<b>87,5</b>	<b>48,5</b>

Zdroj: vlastný výskum



**Graf 10 Postoj k svojmu zdraviu**

Zdroj: vlastný výskum

Na otázku č. 10 odpovedali respondenti ES nasledovne: 35 resp. uvádzalo, že sa stará o svoje zdravie (odpovede C), čo predstavuje 87,5 %, 5 resp. uviedlo, že sa oň zaujíma z času na čas, najmä keď pociťujú nejaké ťažkosti (12,5 %).

Nikto z opýtaných ES sa nevyjadril v tom zmysle, že by sa nezaujímal, resp. nestaral o svoje zdravie. 19 respondentov KS uviedlo, že sa o svoje zdravie zaujíma a aktívne stará (47,5 %), 18 sa stará pri pociťovaní ťažkostí (45 %) a nestarajú sa traja resp. (7,5%).

Tu je možné vidieť, že v skupine zdravých ľudí je najčastejší záujem o svoje zdravie len v prípade nejakých ťažkostí či zdravotných problémov. Postoj zdravých ľudí k zdraviu je teda v tomto zmysle benevolentnejší a môžeme usúdiť, že i ľahkovážnejší, ako u telesne postihnutých. Výsledky podporujú tvrdenie hypotézy H1.

### **11. Napíšte 5 svojich základných životných hodnôt podľa poradia dôležitosti:**

Na otázku č. 11 odpovedali respondenti ES najčastejšie uvádzanými základnými hodnotami, a to:

1. zdravie
2. láska
3. rodina
4. priateľstvo

5. spokojnosť.

Respondenti kontrolnej skupiny odpovedali nasledovne:

1. zdravie

2. šťastie

3. láska

4. priateľstvo

5. spokojnosť.

Porovnanie odpovedí poukazuje na to, že za najdôležitejšiu hodnotu považujú ako ľudia zdravie, tak i telesne postihnutí zdravie.

Poradie ďalších hodnôt je síce trochu iné v oboch skupinách, v zásade sa však preferované hodnoty podstatne nelíšia.

Rovnako je tiež možné sledovať, že medzi piatimi základnými hodnotami sa ani v jednej skupine neobjavuje žiadna z materiálnych hodnôt.

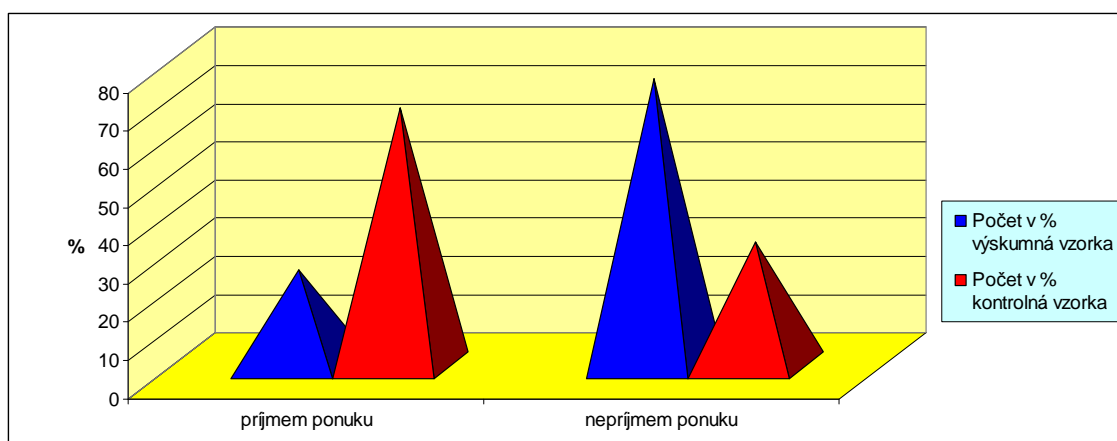
Odpovede teda nepodporujú tvrdenie hypotézy H2.

**12. Máte možnosť si v práci finančne priliepať tým, že urobíte prácu navyše, avšak na úkor víkendu. Ako sa zachováte?**

**Tabuľka 11 Využitie ponuky na prácu**

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
prijmem ponuku	25	67,5
neprijmem ponuku	75	32,5

Zdroj: vlastný výskum



**Graf 11 Využitie ponuky na prácu**

Zdroj: vlastný výskum

Väčšina respondentov ES odpovedala na otázku č. 12 v tom zmysle, že by uprednostnili oddych pred lákavou ponukou práce navyše, teda že by túto ponuku neprijali.

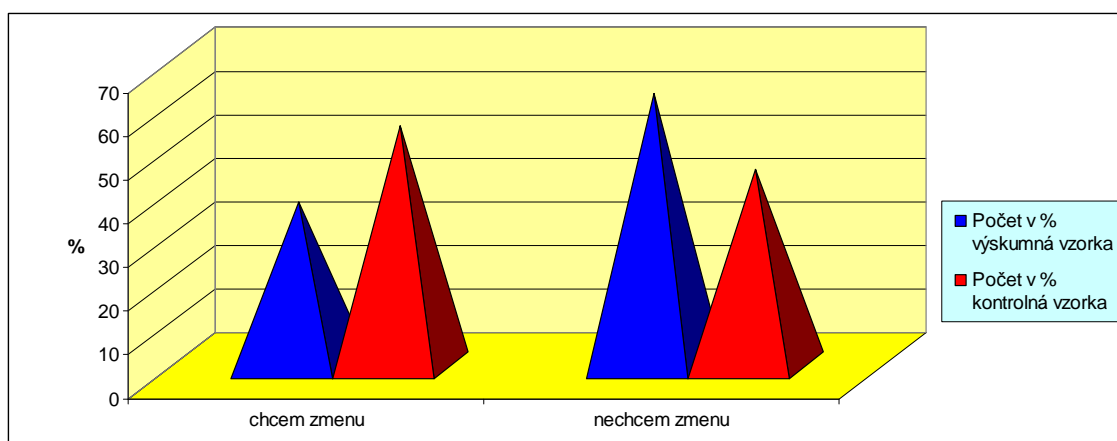
Takto odpovedalo 30 respondentov (75 %). Len 10 malo opačný názor (25 %). Respondenti KS uprednostnili prijatie ponuky (27 resp.= 67,5 %). 13 resp. by uprednostnilo voľný víkend (32,5 %). Výsledky podporujú hypotézu H2.

### 13. Čo by ste na svojom doterajšom živote chceli zmeniť?

**Tabuľka 12 Postoj k zmenám v živote**

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
chcem zmenu	37,5	55
nechcem zmenu	62,5	45

Zdroj: vlastný výskum



**Graf 12 Postoj k zmenám v živote**

Zdroj: vlastný výskum

Na otázku č.13 uvádzali respondenti ES vo väčšine prípadov, že sú so svojím životom spokojní a nepotrebujú či nechcú žiadnu zmenu (25 resp.= 62,5 %). Tí, čo by zmenu chceli (15 resp.= 37,5 %) uvádzali najčastejšie: zlepšenie zdravotného stavu, zlepšenie momentálnej životnej situácie, viac kontaktov, atď.

V kontrolnej skupine 18 respondentov uviedlo, že by na doterajšom živote nechceli nič meniť (45 %), 22 respondentov by uvítalo zmenu.

Chceli by zlepšenie kvality života, viac peňazí, lepšie možnosti uplatnenia sa, viac pracovných príležitostí.

Z tohto môžem usúdiť, že spokojnejší so svojím životom sú v tomto výskume ľudia s telesným postihnutím, teda paradoxne, napriek svojmu handicapu sa cítia šťastnejší. Zdraví ľudia viac túžia po zmene, cítia sa menej šťastní.

Zmeny, ktoré by vo svojom živote uvítali, smerujú k snahe, či túžbe mať sa lepšie, v kontexte odpovedí sa ale viac viažu na materiálne zlepšenie.

Výsledky svedčia v prospech tvrdenia hypotézy H2.

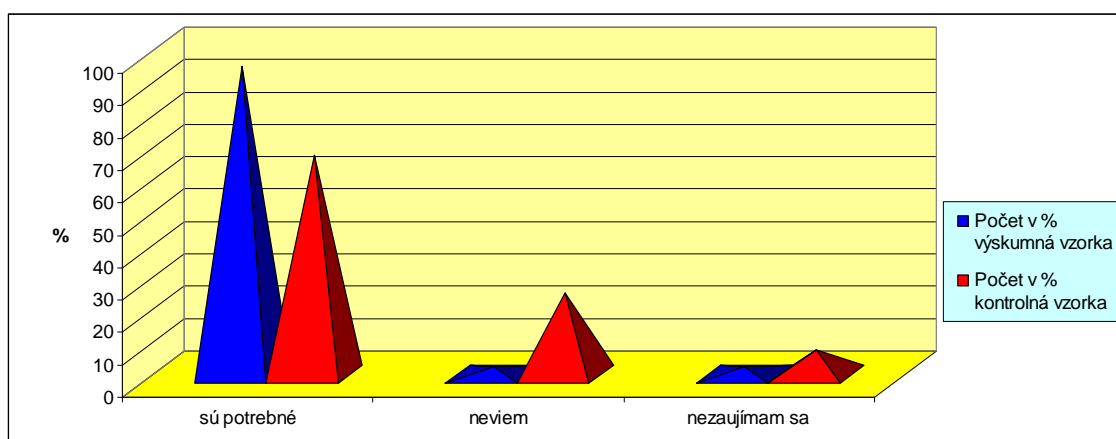


#### 14. Aký máte názor na články o zdravej výžive v časopisoch a novinách?

Tabuľka 13 Články o zdravej výžive

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
sú potrebné	95	67,5
neviem	2,5	25
nezaujíam sa	2,5	7,5

Zdroj: vlastný výskum



Graf 13 Články o zdravej výžive

Zdroj: vlastný výskum

Na otázku č. 14 odpovedali respondenti ES nasledovne: za prospešné považuje články o zdravej výžive až 38 resp. (95 %), 1 respondent sa k tejto problematike nevedel vyjadriť (2,5 %), 1 resp. ich nepovažuje za dôležité (2,5 %).

V kontrolnej skupine považuje články o zdravej výžive za prospešné 27 respondentov (67,5 %), 10 respondentov sa nevie k veci vyjadriť (25 %), 3 resp. ich nepovažujú za smerodajné a prospešné (7,5 %). Je možné usúdiť, že v oboch skupinách väčšina respondentov považuje články o zdravej výžive za užitočné. O niečo viac im však dôverujú ľudia s telesným postihnutím.

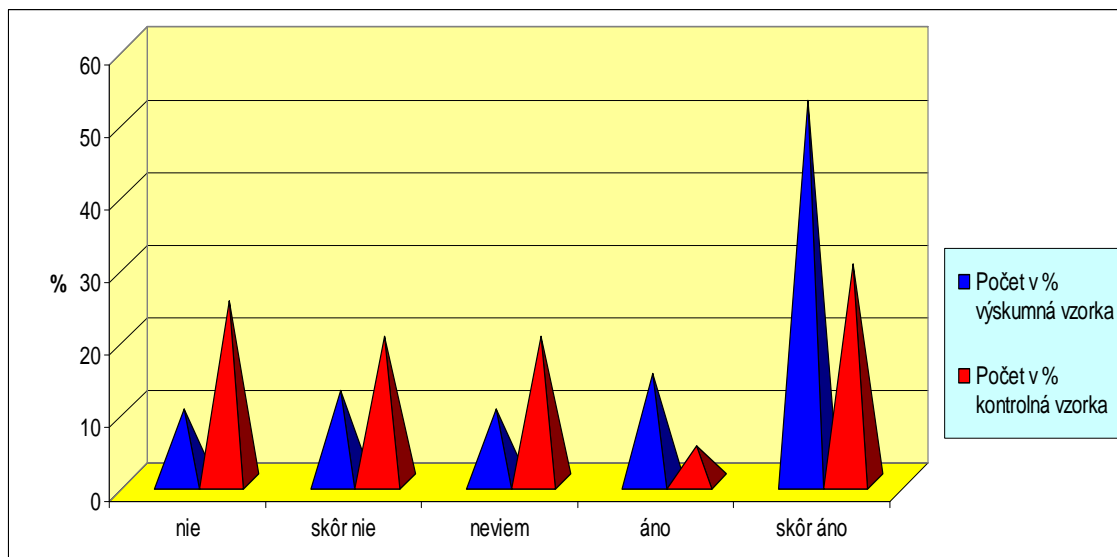
Zásadné rozdiely ale medzi oboma skupinami neboli, na základe čoho teda nemôžem konštatovať potvrdenie hypotézy H1.

**15. Staráte sa určitým spôsobom aktívne o svoju duševnú rovnováhu (relaxácia, meditácia, atď.)?**

**Tabuľka 14 Starostlivosť o duševnú rovnováhu**

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
<b>nie</b>	<b>10</b>	<b>25</b>
<b>skôr nie</b>	<b>12,5</b>	<b>20</b>
<b>neviem</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
<b>áno</b>	<b>15</b>	<b>5</b>
<b>skôr áno</b>	<b>52,5</b>	<b>30</b>

Zdroj: vlastný výskum



**Graf 14 Starostlivosť o duševnú rovnováhu**

Zdroj: vlastný výskum

Respondenti ES odpovedali na otázku č.15 nasledovne: áno odpovídalo 6 respondentov (15 %), skôr áno 21 resp. (52,5 %), neviem odpovedali 4 resp. (10 %), skôr nie 5 resp. (12,5 %) a nie 4 resp. (10 %). V KS: áno 2 resp.(5 %), skôr áno 12 resp. (30 %), neviem odpovedalo 8 resp. (20 %), skôr nie 8 resp.(20 %) a nie 10 resp. (25 %).

Výsledky poukazujú na aktívnejší prístup k vlastnej duševnej rovnováhe v skupine telesne postihnutých (27 respondentov). Výsledky podporujú hypotézu H1.

## 16. Čo si na sebe ceníte najviac?

Odpovede na otázku č. 16 boli rôzne, najčastejšími boli v ES subjektívne vlastnosti ako priateľskosť, čestnosť, pravdovravnosť, úprimnosť, atď.

V KS to boli podobné charakterové vlastnosti, ktoré uvádzali aj respondenti ES.

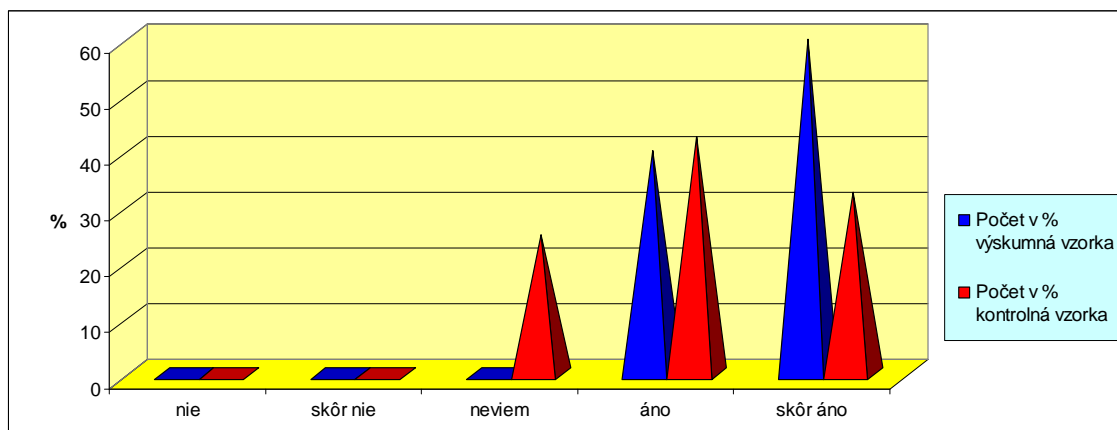
V tomto zmysle väčšie rozdiely či odlišnosti v odpovediach neboli zachytené. Otázka nepodporila hypotézu H2, ktorá mala byť touto otázkou verifikovaná.

## 17. Je podľa Vás v dnešnom živote nejako pre Vás osobne zvlášť dôležitá oblasť medziľudských vzťahov?

Tabuľka 15 Dôležitosť medziľudských vzťahov

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
nie	0	0
skôr nie	0	0
neviem	0	25
áno	40	42,5
skôr áno	60	32,5

Zdroj: vlastný výskum



Graf 15 Dôležitosť medziľudských vzťahov

Zdroj: vlastný výskum

Respondenti ES odpovedali na otázku č. 17 nasledovne: áno 16 resp. (40 %), skôr áno 24 resp. (60 %). Iné odpovede sa nevyskytli.

V KS: áno 17 resp. (42,5 %), skôr áno 13 resp. (32,5 %), neviem 10 resp. (25 %). Odpovede skôr nie a nie sa nevyskytli.

Oblasť medziľudských vzťahov je teda rovnako dôležitá ako pre zdravých, tak i pre telesne postihnutých ľudí, neexistujú rozdiely v názoroch na ne. Hypotéza H2 nebola touto otázkou potvrdená.

### **18. Je pre Vás zvlášť dôležité mať dostatok peňazí? Ak áno, prečo?**

Na otázku č. 18 odpovedali respondenti ES vo väčšine prípadov pozitívne, teda v tom zmysle, že je pre nich dôležité mať dostatok peňazí, nie však extra zvlášť, ako je to formulované v otázke.

Peniaze väčšina z nich považuje za potrebné na dosiahnutie určitej životnej úrovne, na jej udržanie, každý túži prežiť svoj život kvalitne aj po stránke materiálnej.

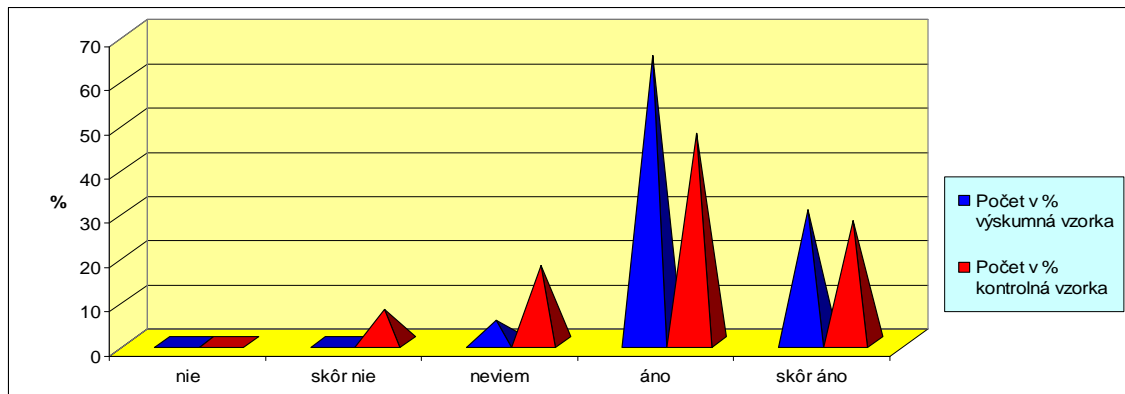
Respondenti KS odpovedali podobne, uvádzali však častejšie ako v ES túžbu mať dostatok peňazí, aby mohli viac cestovať, poznávať svet, prežiť s dostatkom peňazí život plnohodnotnejšie. V kontexte obsahu odpovedí je teda možné usúdiť, že otázka potvrdila hypotézu H2.

### **19. Mali by sa podľa Vás ľudia viac venovať sebe samým v súvislosti s telesným a duševným zdravím?**

**Tabuľka 16 Starostlivosť o telesné a duševné zdravie**

Alternatívy	Počet v %	
	výskumná vzorka	kontrolná vzorka
<b>nie</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>skôr nie</b>	<b>0</b>	<b>7,5</b>
<b>neviem</b>	<b>5</b>	<b>17,5</b>
<b>áno</b>	<b>65</b>	<b>47,5</b>
<b>skôr áno</b>	<b>30</b>	<b>27,5</b>

Zdroj: vlastný výskum



**Graf 16 Starostlivosť o telesné a duševné zdravie**

Zdroj: vlastný výskum

Respondenti ES odpovedali pozitívne, teda odpoveďou „áno“ v otázke č. 19 v 26 prípadoch (65 %), skôr áno v 12 prípadoch (30 %), 2 resp. odpovedali neviem (5 %). Skôr nie a nie neodpovedal nikto.

V KS odpovedali áno 19 resp. (47,5 %), skôr áno 11 resp. (27,5 %), neviem 7 resp. (17,5 %), skôr nie 3 resp. (7,5 %). Nie neodpovedal nikto.

Možno skonštatovať, že v oboch skupinách považujú opýtaní za potrebné viac sa venovať sebe samým v súvislosti s telesným a duševným zdravím (v ES aj v KS väčšina respondentov). Väčšie rozdiely medzi skupinami neboli v tomto smere zaznamenané. Hypotéza H1 nebola touto otázkou potvrdená.

## **20. Čo Vám v živote najviac chýba, aby ste sa cítili spokojnejší ako momentálne?**

Odpovede na otázku č.20 boli v oboch skupinách takmer rovnaké. Ako ľuďom zdravím, tak i telesne postihnutým najviac chýba viac porozumenia medzi ľuďmi, pocit životnej istoty, stability politickej situácie, atď.

Ľudia telesne postihnutí však na rozdiel od zdravých uvádzali aj veci v súvislosti so svojím zdravím.

Respondenti KS častejšie uvádzali aj materiálne hodnoty, najmä peniaze.

Hypotéza H2 bola touto otázkou čiastočne potvrdená.

## **21. Vyjadrite svoju životnú filozofiu 1-2 vetami**

Vyjadrená životná filozofia respondentov, ktorú uvádzali, bola v oboch skupinách najčastejšie buď nejakým známym citátom, alebo výrokom. Napr.: „Ži a nechaj žiť!“, alebo „nerob iným to, čo nechceš, aby robili Tebe“, atď. V zásade sa odpovede ničím podstatným nelíšili, vystihovali to najpodstatnejšie, čím sa daný človek riadi. Ani touto otázkou nebola hypotéza H2 potvrdená.

## **22. Je pre Vás ťažké predstaviť si, že by klesla Vaša životná úroveň? Ak áno, z akého dôvodu?**

Na otázku č. 22 odpovedali respondenti v oboch skupinách kladne, teda v tom zmysle, že by ťažko znášali pokles vlastnej životnej úrovne, čo je pochopiteľné. Respondenti ES by sa najviac obávali zhoršenia zdravotného stavu, zhoršenia kvality, resp. straty lekárskej starostlivosti, straty akej - takej životnej istoty.

Respondenti KS sa obávajú straty určitého postavenia, ktoré si nadobudli, rôznych obmedzení, ktoré by z toho vyplývali, atď. Odpovede potvrdili hypotézu H2.

## **23. Pociťujete nejaké vlastné nedostatky v súvislosti so svojím zdravím? Chcete v tejto súvislosti niečo zmeniť?**

Nedostatky v súvislosti so svojím zdravím sú pociťované ako v ES, tak i v KS. Viac ich však pociťujú respondenti zdraví (až 25 = 62,5 %), ktorí si v istom zmysle uvedomujú, že sa k svojmu zdraviu stavajú stále málo a nedostatočne zodpovedne.

Telesne postihnutí tieto nedostatky pociťujú menej často (15 resp.= 37,5 %).

Hypotéza H2 bola touto otázkou potvrdená čiastočne.

## 5. DISKUSIA

Hypotéza H1 bola verifikovaná 10-timi otázkami (otázky č.1,3,5,6,7,8,10,14,15 a 19), hypotéza H2 13-timi otázkami (2,4,9,11,12,13,16,17,18,20,21,22 a 23)

Overovaním (verifikáciou) hypotéz prostredníctvom jednotlivých otázok dotazníka som došiel k tomuto záveru:

Hypotéza H1 bola potvrdená odpoveďami na otázky č.1,3,5,6,8,10,15, otázkou č.7 bola potvrdená čiastočne, otázkami č.14 a 19 nebola potvrdená. 7 otázok z 10, ktoré sýtli danú hypotézu však potvrdili jej tvrdenie. Hypotéza H1 teda bola výskumom potvrdená.

Hypotéza H2 bola potvrdená odpoveďami na otázky č. 2, 9, 12, 13, 18 a 22, otázkami č. 20 a 23 bola potvrdená čiastočne, otázkami č. 4, 11, 16, 17 a 21 nebola potvrdená. 6 otázok z 13 však potvrdilo jej tvrdenie, považujem ju teda v tomto zmysle za výskumom potvrdenú.

V odpovediach 75 % telesne postihnutých uviedlo, že sa aktívne starajú o svoje duševné a fyzické zdravie, u zdravých to bolo 45 %. Z toho vidieť, že sa viac o zdravie starajú telesne postihnutí. Taktiež 100 % telesne postihnutých relaxuje, či už aktívne alebo pasívne, zarážajúce je to, že zdraví ľudia nepoznajú relax v 22,5 %. Je to tým, že uponáhľaná doba a nie je čas na relaxovanie. V ďalších odpovediach 60 % telesne postihnutých uvádza, že preferujú zdravé stravovanie, no len 32,5 % sa o zdravom stravovaní vyjadrili zdraví ľudia. Na to nadväzuje kontrola hmotnosti. Telesne postihnutí v 87,5 % dávajú pozor na svoju hmotnosť, je to tým, že sa im ťažšie pohybuje na vozíčkoch, keď majú vyššiu hmotnosť a ťažšie odstraňujú bariéry. Zdraví ľudia sa v 65 % vyjadrili, že dávajú pozor na svoju hmotnosť. Taktiež 87,5 % telesne postihnutých sa stará o svoje zdravie a iba 48,5 % zdravých ľudí, čo je zarážajúce. Je to preto, že zdraví ľudia ešte nepochopili význam slova zdravie.

V druhej hypotéze ma zaujímali hodnoty, najmä materiálne v porovnaní s hodnotami zdravých ľudí. V otázkach či je u telesne postihnutých materiálne zabezpečenie a finančná istota medzi prvými dvoma životnými hodnotami, odpovedali telesne postihnutí, že áno v 22,5 %, zdraví ľudia len v 10 %.

Z toho vyplýva, že táto hodnota je napriek všetkému dôležitejšia u telesne postihnutých, čo sa logicky dá pochopiť, pretože majú v zmysle „normálneho“ fungovania (byť mobilní, mať širšie sociálne kontakty, pohybovať sa medzi ľuďmi, byť aktívni akýmkoľvek smerom, zúčastňovať sa spoločenských a iných podujatí, atď.), potrebu začlenenia sa do ostatného sveta zmysluplným a plnohodnotným životom.

Na druhej strane, aj medzi zdravými ľuďmi sú materiálne istoty medzi najdôležitejšími hodnotami. V ďalšej otázke, či sa považujú za šťastných ľudí, odpovedalo 77,5 % telesne postihnutých, že áno a len 40 % zdravých ľudí toto potvrdilo. Zistenia bolo prekvapivé, i keď pochopiteľné. Z toho vyplýva, že za najdôležitejšiu hodnotu považujú obidve skupiny zdravie, i keď sa oň málo starajú, hlavne zdraví ľudia.

Porovnanie odpovedí poukazuje na to, že za najdôležitejšiu hodnotu považujú ako ľudia zdraví, tak i telesne postihnutí zdravie. Na druhom mieste u telesne postihnutých je láska, u zdravých šťastie, na treťom mieste u telesne postihnutých rodina, u zdravých láska, na štvrtom mieste u telesne postihnutých priateľstvo tiež i u zdravých a piate miesto v hodnotách u zdravých aj telesne postihnutých je spokojnosť.

Vychádzajúc z týchto poznatkov som sa teda snažil zistiť preferencie hodnôt a zdravý životný štýl u ľudí telesne postihnutých a zdravých.

Keďže som vychádzal aj z poznania, že handicap mení doterajší spôsob života človeka a mení aj hierarchiu hodnôt, rozhodol som sa práve aj preto skúmať rozdiely, alebo zisťovať, či vôbec sú nejaké, medzi telesne postihnutými a zdravou populáciou.

Môžem konštatovať, čo sa týka aj Popielskeho škály, že najčastejšie preferovali telesne postihnutí hodnoty ako zdravie, láska, rodina, priateľstvo a spokojnosť. Zdraví preferovali najviac zdravie, šťastie, láska, priateľstvo a spokojnosť. Z toho vidieť, že v hodnotách ako je láska a rodina, veľké rozdiely nie sú.

Hypotézu som staval aj na základe skúseností už spomínaných mnohých odborníkov, ktorí tvrdia, že u mnohých ľudí zasiahnutých takýmto postihnutím dôjde k radikálnym zmenám v životných postojoch, hodnotách.



Tiež sa ale nazdávam, že jednou z možností, prečo preferovali zdravie aj telesne postihnutí a zdraví ľudia je, že prevláda trend v spoločnosti, v ktorom je úspešný len človek zdravý a produktívny.

Popielski (1897) píše, že hodnotám noetickým sú podriadené hodnoty psychologické a fyziologické. Hodnoty psychologické majú podriadené hodnoty biologické a sami sú podriadené hodnotám noetickým. Sú rozlišované poznávaním hodnoty v ľudskej existencii nie sú len psychologicky významné, ale sú výrazom hlbokých osobných súvislostí a rozhodnutí.

Podľa Halamu (2001) hodnoty v hierarchickom systéme majú jedny centrálnejšie postavenie v živote človeka, iné zase len okrajové, v jedných hodnotách sa človek angažuje silnejšie (dané presvedčenie je silné a cieľ je veľmi žiaduci), v iných menej. Jedny hodnoty sa vzťahujú ku globálnejším otázkam (čomu zasvätiť svoj život, aké povolanie si zvoliť), iné ku konkrétnym krátkodobým potrebám (napr. čo si pripraviť na večeru). Tieto aj iné charakteristiky usporadúvajú hodnoty do hierarchicky organizovaného celku, v ktorom sa jednotlivé zložky navzájom ovplyvňujú, menia v priebehu vývoja svoje miesto a vo vzájomnej interakcii určujú aktivitu jednotlivca.

Počas výskumu som sa aktívne stretával s ľuďmi telesne postihnutými, práca s nimi bola jednoduchá, zábavná, na nič sa nest'ážovali, boli ochotní pomôcť, musím uznať, že po tejto skúsenosti s nimi ich obdivujeme za ich silu a vytrvalosť. Faktom je ale aj to, že to boli väčšinou ľudia silne veriaci a viera, ako som zistil počas rozhovoru s nimi im pomáha, napĺňa, aby zvládli svoj údel. Aj keď sa mi chvíľami zdalo, že oni sa nevnímajú ako iní, že to skôr my „zdraví“ z nich robíme iných. Jeden pacient povedal: *„Myslím si, že niektorí by mohli žiť aspoň tak ako ja, takže sa vnímam takmer ako zdravý človek, keby nebolo pár individuí, ani neviem, že sa líšim. Alebo: „Samozrejme, že si vážim zdravie, svoje postihnutie neberiem, ako chorobu, ale ako poslanie. Ja som v podstate šťastný človek, aj napriek občasným mrakom. Ale tie musia byť, inak by bol môj život fádny.“ „Ved' aj zdraví ľudia majú mraky, tak z toho nerobím problém.“*

Ako som už vyššie spomenul, boli to ľudia silne veriaci, možno práve preto boli takí ochotní pomôcť, spolupracovať.

Musím podotknúť, že s kontrolnou skupinou sa mi pracovalo oveľa ťažšie ako s ľuďmi telesne postihnutými. Asi je to konzumným spôsobom života.

Ľudia sa neustále niekam ponáhľajú, nemajú čas sa zastaviť a zamýšľať sa nad zmyslom života. Mnoho oslovených nemalo ochotu a niektorí sa drzo vyjadrovali, aby som neotravoval, zrejme práve pre uponáhlanosť.

Možno preto nám vyšli aj takéto zistenia, že je rozdiel v prežívaní životnej zmysluplnosti medzi ľuďmi zdravými a telesne postihnutými.

Počas aktívneho života sa človek vysporiadava s rôznymi úlohami. Kariéra, špecializácia, ekonomická a sociálna pozícia, manželstvo, výchova detí, konflikty a toto všetko im zaberá čas a energiu. Aj telesne postihnutí sa musia vysporadúvať s takýmito bežnými vecami, čo je však náročnejšie, oni musia vynaložiť oveľa viac síl, aby také, pre nás zdravých, bežné veci dosiahli. A napriek tomu prežívajú zmysluplnejší život.

## 6. ZÁVER

Súčasnú snahu demokratickej spoločnosti smerujú k začleňovaniu telesne postihnutých do väčšinovej spoločnosti, snaží sa vytvárať priestor pre ľudský dôstojnejší život postihnutých, pre odstránenie rozdielov medzi nimi a zdravými, pre vysokú mieru nezávislosti.

Prvým dôležitým krokom pre začlenenie ľudí s telesným postihnutím predstavuje zaistenie komplexných služieb, ktoré vytvárajú podmienky pre rovnocennosť, samostatnosť a aktívny prístup svoju nepriaznivú životnú situáciu za každú cenu zmeniť k lepšiemu, čo sa dosiahne sociálnym prostredím, medziľudskými vzťahmi a politickým opatrením.

Ľudia telesne postihnutí sa musia v priebehu svojho života vyrovnávať s rôznymi prekážkami a obmedzeniami, ktoré sú dané zníženou pohybovou schopnosťou. Tieto prekážky obmedzujú samostatnosť človeka, jeho nezávislosť a do istej miery mu bránia žiť plnohodnotným životom v rovnakej miere ako žije zdravý človek.

V teoretickej časti som charakterizoval základné pojmy danej problematiky, ako sú telesne postihnutí, handicap, ochorenie, úraz. Ďalej som poukazoval na význam slova kríza telesne postihnutého a vyzdvihoval som zmeny psychického stavu telesne postihnutého a tiež aj zmeny v uspokojovaní základných potrieb telesne postihnutých.

Poukazoval som na pojmy ako zmysel života a zmysluplné prežívanie, noetický rozmer osobnosti a vyzdvihoval som zdroje zmyslu života.

Na záver teoretickej časti som poukazoval na dôležitosť pojmu kompenzácia sociálnej pomoci a právo na dôstojný život telesne postihnutého.

Cieľom práce bolo zistiť do akej miery prežívajú ľudia s telesným postihnutím svoj život ako zmysluplný, do akej miery sú so svojím životom spokojní a aké hodnoty preferujú.

Práca je určená všetkým ľuďom, ktorí prichádzajú do styku s telesne postihnutými, cieľ som splnil, zistil som ako prežívajú život telesne postihnutí a je na nás ich neodcudzovať, ale im pomôcť, aby aj oni prežili svoj život plnohodnotne a hlavne šťastne.

Môžem konštatovať, že problematiku telesného postihnutia a jej vplyv na človeka a jeho osobnosť je problémom, ktorým sa musí zaoberať celá spoločnosť.

Nemôžeme ponechať riešenie tohto problému na rodine alebo jednotlivcovi. Je veľmi dôležité, aby ľudia neodsúvali telesne postihnutých na okraj spoločnosti a čo najviac využívali sociálnu pomoc, i keď tá by mala byť viac ústretová k telesne postihnutým a vôbec k postihnutým ľuďom, hlavne čo sa týka ekonomickej situácie.

Meradlom vyspelosti spoločnosti bola, je a bude starostlivosť o občana, najmä o občana, ktorý je na to odkázaný.

Na záver chcem podotknúť, že je potrebné tejto problematike venovať viac pozornosti aj v budúcnosti a intenzívnejšie sa zaoberať jej riešením.

Z poznatkov nadobudnutých v kapitolách práce odporúčam:

- Prostredníctvom médií priblížiť verejnosti problematiku osôb s telesným postihnutím.
- Urýchliť odstraňovanie architektonických bariér.
- Zjednodušiť administratívny systém, aby došlo k odbúraniu byrokratických bariér.
- Treba venovať viac pozornosti, aby telesne postihnutí ľudia prežili svoj život zmysluplnejšie.

## 7. ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV

- ANTONOVSKÝ, A. *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987, 250 s.
- BARKER, R. et. al. *Adjustment to Physical Handicap and Illness*. A survey of the Social Psychology of Physique and Disability. Soc. Science Res. Council, New York, 1953.
- BODNÁROVÁ, B. *Sociálna a právna ochrana zraniteľných jednotlivcov a skupín v dospelom veku*. Bratislava: Sapienza, 2005, 58 s.
- ĎAČOK, J. *Človek, utrpenie, nemocnica - niektoré hľadiská pastoračnej služby*. Trnava: Dobrá kniha, 2000, 168 s.
- DRAGANOVÁ, H. et al. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006, 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- FRANKL, V. E. *Človek hľadá smysl - úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladateľství, 1994a, 143 s. ISBN 80-8074-214-3.
- FRANKL, V. E. *Vule ke smyslu*. Brno: Cesta, 1994b, 240 s. ISBN 80-8475-785-3.
- FRANKL, V. E. *Lekárska péče o duši*. Brno: Cesta, 2006, 240 s. ISBN 80-8531-950-0.
- GLASOVÁ, M.-KRIŽANOVÁ, L. *Zomierajúci adolescent - problém sprevádzania*. In: *Lekárska etika a bioetika*, 1999, roč. 6, č. 1-2, s. 13.
- GRŇA, P. *Nauč sa žiť. Aktívny vozík*. 2004. 50 s. [online]. [cit. 2010-01-25] Dostupné:[http://www.aktivnyvozik.sk/images/brozura%20ako%20zit/Ako\\_Zit\\_s%20obrazkovou\\_prilohou.rar](http://www.aktivnyvozik.sk/images/brozura%20ako%20zit/Ako_Zit_s%20obrazkovou_prilohou.rar)
- HALAMA, P. *Teoretické a metodologické prístupy k problematike zmyslu života*. In: *Československá psychologie*, 2000, roč. 94, č. 3, s. 216.
- HALAMA, P. *Vplyv životnej zmyslupnosti na zvládanie psychickej záťaže*. In: *Osobnosť a zvládanie stresu*. Ústav experimentálnej psychológie SAV, 2001, roč. 4, č. 3, s. 28.

- HALAMA, P. Vývin a konštrukcia škály životnej zmyslupnosti. In: *Československá psychologie*, 2002, roč. 46, č. 3, s. 265.
- HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, 776 s.  
ISBN 80-7178-303-X.
- HAŠKOVÁ, H. *Thanatologie. Náuka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007, 244 s.  
ISBN 97-8807-262-471-3.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: Pyramída, 1985, 189 s.
- JANOSIKOVÁ, E. H.-DAVIESOVÁ, J. L. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť*.  
Martin: Osveta, 1999, 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
- KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál, 2000, 168 s.  
ISBN 80-7178-365-X.
- KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada, 1998, 312 s.  
ISBN 80-7542-430-3.
- KONDÁŠ, O. *Psychológia pri ošetrovaní chorých*. Martin: Osveta, 1977, 257 s.
- KORENÝ, P. Choroba a životný zmysel. In: *Slovenský lekár*, 1992, roč. 2, č. 3, s. 2-4.
- KRHUTOVÁ, L. a kol. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc:  
Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 270 s.  
ISBN 80-244-1168-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domu, 1994, 104 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychológia zdraví*. Praha: Portál, 2001, 278 s.  
ISBN 80-7178-774-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotne postižených*. Praha:  
Avicenum, 1985, 249 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážne nemocní medzi námi*. Praha: Avicenum, 1989, 157 s.  
ISBN 80-9155-334-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. Praha: Grada, 2010, 128 s.  
ISBN 97-8802-473-149-0.
- LEVICKÁ, J. – MRÁZOVÁ, A. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: Fakulta  
zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave, 2004, 124 s.  
ISBN 80-89104-35-5.

- LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl. Logoterapeutická utěcha v krizi*. Brno: Cesta, 2006, 192 s. ISBN 80-8531-979-9.
- MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. Brno: MU Brno, 1997, 158 s. ISBN 80-210-1009-9.
- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie témeř pro každého..* Praha: Academia, 2004, 300 s. ISBN 80-2001-198-6.
- PARSONS, T. *The Social System*. Glencoe, 1951, n. 224.
- POPIELSKI, K. *Noetyczyny wymiar osobowosci*. Lublin: Redakcja Wydawnictw Kul, 1994, n. 214.
- POSSE, R.- MELGOSA, J. 2002. *Umenie výchovy*. Vrútky : Advent-Orion, 2002, 162 s. ISBN 80-88960-89-4.
- REPKOVÁ, K. *Občania so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie*. Bratislava: EPOS, 1998, 192 s. ISBN 80-8057-005-1.
- REPKOVÁ, K. *Zdravotné postihnutie*. Bratislava: EPOS, 1999, 240 s. ISBN 80-8057-178-3.
- REPKOVÁ, K. *Životné podmienky rodín so zdravotne postihnutým členom*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, december 2006.  
[online]. [cit. 2010-01-25] Dostupné:  
<http://www.sspr.gov.sk/index.php?nodeid=180&lang=>
- REPKOVÁ, K. a kol. *Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky*. Bratislava: Informačná kancelária Rady Európy, 2003, 214 s. ISBN 80-891 41-03-X.
- REKER, G. T.-CHAMBERLAIN, K. *Exploring Existencial Meaning Optimizing. Human Developent Across the Life Span*. London: Sage Publications, 2000, n. 244.
- SCHWARTZ, S. H. Basic Human Value: Their Countent and Structure asrosa. Cultures. In: Tamayo. A. - Porto, J. work). Brasilia. Editora Universidade de Brasilia. 2003. n. 340.
- SYRIŠŤOVÁ, E. *Skupinová psychoterapie psychotiku a osôb s těžším somatickým postižením*. Praha: Avicenum, 1989, 157 s.

- STRIEŽENEC, Š. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: Sapiaenta, 1996, 255 s.  
ISBN 80-967589-0-X.
- TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova Praha, 2000, 250 s. ISBN 80-86039-90-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychológia*. Praha: Portal, 2000, 528 s.  
ISBN 80-7178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M. Handicap ako psychosociálny problém 1. In: *Theologická revue*, 1996, roč. 5, č. 1, s. 6.
- VÁGNEROVÁ, M. Handicap ako psychosociálny problém 2. In: *Theologická revue*, 1996, roč. 5, č. 2, s. 25.
- VANČOVÁ, A. Telesné a zdravotné postihnutie v kombinácii s inými postihnutiami. In: VAŠEK, Štefan et al.: *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaenta, 1999, 282 s. ISBN 80-967180-4-5.
- VAŠEK, Š. *Špeciálna pedagogika*. Bratislava: Sapiaenta, 2003, 177 s.  
ISBN 80-968797-2-3.
- VAŠEK, Š. et al. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaenta, 1999, 282 s. ISBN 80-967180-4-5.
- VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004, 463 s.  
ISBN 80-7315-071-9.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003, 396 s.  
ISBN 80-7178-740-X.
- VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada, 2007, 390 s.  
ISBN 80-2471-315-1.
- WONG, P. T. P. Living with dignity and palliative care. In: *End of life issues- interdisciplinary and multidimensional perspectives*. 1998, n. 4, p. 77-94.
- YALOM, I. The „terrestrial“ meaning of life. In: *International Forum for Logotherapy* 1982, n. 5, p. 92-102.
- Zákon 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov  
[online]. [cit. 2010-01-27] Dostupné:



<http://www.zbierka.sk/Default.aspx?sid=15&PredpisID=15665&FileName=01z088&Rocnik=2005&&AspxAutoDetectCookieSupport=1#xml=http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?HitFile=True&FileID=97&Flags=160&IndexFile=zz01&Text=%C3%BApln%C3%A9+znenie+z%C3%A1kona+o+soci%C3%A1lnom+zabezpe%C4%8Den%C3%AD>

<http://www.spo.sk/dokumenty/socialnesluzby.pdf>

<http://www.sztp.sk/?var=kompensacie>

Ústava Slovenskej republiky

Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení, v znení neskorších predpisov

## **8. KLÍČOVÉ SLOVÁ**

osoby s telesným postihnutím

základné potreby

životné hodnoty

kompenzácia

sociálna pomoc

## 9. PRÍLOHY

### DOTAZNÍK

Prostredníctvom dotazníka by som Vás chcel poprosiť o pravdivé a úprimné zodpovedanie nižšie položených otázok.

Uvedený dotazník je anonymný a bude výlučne použitý len na študijné účely. Ďakujem pekne za spoluprácu.

1. Staráte sa aktívne o svoje fyzické a duševné zdravie (primeraným športovaním, dostatočne dlhým spánkom, zdravým stravovaním)?

- A) nie
- B) skôr nie
- C) neviem
- D) skôr áno
- E) áno

2. Je pre Vás spokojnosť Vašich rodinných príslušníkov dôležitejšia ako Vaša?

- A) nie
- B) skôr nie
- C) neviem
- D) skôr áno
- E) áno

3. Ako relaxujete?

.....  
.....

4. Je pre Vás materiálne zabezpečenie a finančná istota medzi prvými dvomi životnými hodnotami?

- A) nie
- B) skôr nie
- C) neviem
- D) skôr áno
- E) áno

5. Stravujete sa zdravo?

- A) nie
- B) skôr nie

- C) neviem
- D) skôr áno
- E) áno

6. Dbáte na to, aby bola vaša strava nutrične vyvážená?

- A) nie
- B) skôr nie
- C) neviem
- D) skôr áno
- E) áno

7. Máte pod kontrolou svoju hmotnosť?

- A) nie
- B) skôr nie
- C) neviem
- D) skôr áno
- E) áno

8. Pociťujete často stres?

- A) nie
- B) skôr nie
- C) neviem
- D) skôr áno
- E) áno

9. Považujete sa za šťastného človeka?

- A) nie
- B) skôr nie
- C) neviem
- D) skôr áno
- E) áno

10. Aký máte postoj k svojmu zdraviu?

- A) moc sa o to nestarám
- B) z času na čas sa oň zaujímam, najmä keď pociťujem ťažkosti
- C) záleží mi na ňom, starám sa oň

11. Napíšte 5 svojich základných životných hodnôt podľa poradia dôležitosti:

.....  
.....

12. Máte možnosť si v práci finančne prilepšiť tým, že urobíte prácu navyše, avšak na úkor víkendu. Ako sa zachováte?  
A) ponuku prijmem aj za cenu voľného času  
B) ponuku neprijmem, uprednostním oddych a relax
13. Čo by ste na svojom doterajšom živote chceli zmeniť?  
A) chcem zmenu: (uviesť)  
B) nechcem nič meniť, som spokojný
14. Aký máte názor na články o zdravej výžive v časopisoch a novinách?  
A) sú potrebné a prospešné pre ľudí  
B) neviem  
C) nezaujímam sa o ne, nepovažujem ich za smerodátne
15. Staráte sa určitým spôsobom aktívne o svoju duševnú rovnováhu (relaxácia, meditácia, atď.)?  
A) nie  
B) skôr nie  
C) neviem  
D) skôr áno  
E) áno
16. Čo si na sebe ceníte najviac?  
.....  
.....
17. Je podľa Vás v dnešnom živote nejako pre Vás osobne zvlášť dôležitá oblasť medziľudských vzťahov?  
A) nie  
B) skôr nie  
C) neviem  
D) skôr áno  
E) áno
18. Je pre Vás zvlášť dôležité mať dostatok peňazí? Ak áno, prečo?  
.....  
.....

19. Mali by sa podľa Vás ľudia viac venovať sebe samým v súvislosti s telesným a duševným zdravím?

- A) nie
- B) skôr nie
- C) neviem
- D) skôr áno
- E) áno

20. Čo Vám v živote najviac chýba, aby ste sa cítili spokojnejší ako momentálne?

.....  
.....

21. Vyjadrite svoju životnú filozofiu 1-2 vetami

.....  
.....

22. Je pre Vás ťažké predstaviť si, že by klesla Vaša životná úroveň? Ak áno, z akého dôvodu?

.....  
.....

23. Pociťujete nejaké vlastné nedostatky v súvislosti so svojím zdravím? Chcete v tejto súvislosti niečo zmeniť?

.....  
.....