

Universita Karlova

Filosofická fakulta

Katedra sociální práce



Bakalářská práce

Renata Rönischová

Vliv osobní asistence na vnímání těla u osob po poranění míchy

The influence of personal assistance on body perception in people
after spinal cord injury

V Praze 2023

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při konzultacích a pomoci s vypracováním této bakalářské práce.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu. Práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného titulu.

Dne: 23.11.2023

Renata Rönischová

Abstrakt:

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňují důsledky poranění míchy body image respondentů, a má-li na toto vnímání vliv využívání služeb osobní asistence. Jedním z důvodů pro zvolení tohoto tématu byla snaha o pochopení, zda-li narušení tělesné intimity skrze péči o tělo prováděné druhou osobou může vést k negativnímu body image. Teoretická část práce čtenáře seznamuje s pojmy a informacemi, které se dané problematiky týkají. Empirická část byla provedena metodou kvalitativního výzkumu. Přestože informace získané na základě rozhovorů s respondenty potvrdily změny body image po poranění míchy, nebyla zjištěna souvislost mezi těmito změnami a využívanou osobní asistencí.

Klíčová slova:

Body image, sebepojetí, poranění míchy, sociální rehabilitace, sociální služby, osobní asistence, tělesné postižení

Abstract:

The main aim of this bachelor thesis was to explore how the consequences of spinal cord injury affect the body image of respondents and whether the utilization of personal assistance services influences this perception. One of the reasons for choosing this topic was an attempt to understand whether the disruption of bodily privacy through care provided by another person could lead to a negative body image. The theoretical part of the thesis acquaints the reader with concepts and information related to this issue. The empirical section was conducted using a qualitative research method. Despite information obtained from interviews with respondents confirming changes in body image after spinal cord injury, no correlation was found between these changes and the use of personal assistance.

Keywords:

Body image, self-perception, spinal cord injury, social rehabilitation, social services, personal assistance, disability

Obsah

| | |
|---|----|
| ÚVOD | 7 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 8 |
| 1. Sociální práce ve vztahu k lidem po poranění míchy | 8 |
| 1.1 Sociální rehabilitace po poranění míchy | 8 |
| 1.2 Podpora státu po úrazu | 10 |
| 1.3 Sociální služby pro lidi po poranění míchy..... | 12 |
| 2. Osobní asistence | 14 |
| 2.1 Předpoklady pro práci osobního asistenta..... | 15 |
| 2.2 Rizikové aspekty při práci sociálního pracovníka | 16 |
| 2.3 Východiska pro práci s klientem..... | 17 |
| 2.4 Role sociálního pracovníka v realizaci osobní asistence | 18 |
| 3. Vnímání těla (body image) | 20 |
| 3.1 Koncept body image | 21 |
| 3.2 Tělesné sebepojetí a jeho složky | 22 |
| 3.3 Negativní body image | 24 |
| 3.4 Aspekty ovlivňující body image..... | 25 |
| 3.5 Terapie negativního body image | 27 |
| 3.6 Terapie body image v kontextu sociální práce | 28 |
| 4. Problematika poranění míchy | 30 |
| 4.1 Míšní poranění | 30 |
| 4.2 Důsledky poranění míchy | 31 |
| 4.2.1 Fyzické důsledky poranění míchy | 31 |
| 4.2.3 Psychické důsledky poranění míchy | 33 |
| 5. Body image u osob po poranění míchy | 36 |
| 5.1 Změny složek tělesného sebepojetí po poranění míchy..... | 36 |
| 5.2 Sociokulturní vliv..... | 38 |

| | |
|--|-----------|
| 5.3 Strategie pro pozitivní body image | 39 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 41 |
| 6. Vymezení výzkumu..... | 41 |
| 6.1 Cíle výzkumu | 41 |
| 6.2 Metodologie výzkumu | 41 |
| 6.3 Výzkumný soubor | 42 |
| 6.3.1 Výběr výzkumného souboru..... | 43 |
| 6.3.2 Charakteristika výzkumného souboru | 43 |
| 6.4 Sběr a analýza dat..... | 44 |
| 7. Interpretace dat | 46 |
| 7.1 Body image u tázaných respondentů před úrazem..... | 46 |
| 7.2 Vývoj body image u tázaných respondentů v čase | 47 |
| 7.3 Aspekty ovlivňující vnímání vlastního těla..... | 48 |
| 7.3 Vnímání osobní asistence a jeho proměny v čase | 50 |
| 7.4 Vliv poskytovatelů osobní asistence | 52 |
| 7.5 Vliv osobní asistence na body image a získané strategie pro adaptaci | 54 |
| 8. Závěr výzkumného šetření..... | 56 |
| 8.1 Body image po poranění míchy | 56 |
| 8.2 Vliv osobní asistence na body image | 57 |
| 8.3 Diskuze..... | 58 |
| ZÁVĚR | 61 |
| Bibliografie | 63 |

ÚVOD

Tato bakalářská práce se věnuje problematice změn v body image u osob po poranění míchy, aspektům, které tyto změny mohou ovlivňovat a hledání možných souvislostí mezi těmito změnami a potřebou osobní asistence, která po úrazech míchy může vzniknout.

Toto téma jsem si zvolila na základě svých zkušeností získaných při práci osobní asistentky v Centru Paraple, o. p. s., které poskytuje široké spektrum sociálních a rehabilitačních služeb právě pro osoby po poranění míchy s následnou diagnózou paraplegie či tetraplegie. V rámci této několikaleté praxe jsem byla svědkem mnoha komplikací, ať již psychických či fyzických, které klienti centra musí překonávat. Jednou z nich bylo i vyrovnávání se se změnami ve svém vzhledu, které po úraze nastávají. U některých klientů jsem zde mohla pozorovat zdánlivé odpojení se od svého těla či rezignaci na péči o něj. Díky získaným znalostem náplně práce osobní asistentky a zkušenostem s jejím přijímáním od klientů mě zaujal fakt, nakolik tato služba může vnímání vlastního těla u klienta ovlivňovat, a je-li schopen asistent tyto dopady vhodným přístupem zmírňovat. Proto jsem se rozhodla tomuto tématu hlouběji věnovat.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, části teoretické a praktické. V rámci teoretické části jsou nejprve představeny možnosti sociální práce s touto cílovou skupinou, následuje kapitola věnovaná tématu osobní asistence. Na to je navázáno definicí konceptu body image obecně, stejně jako aspektů, které ho mohou ovlivňovat. Potom se práce zaměřuje na charakteristiku poranění míchy a jeho dopadů na fyzickou i psychickou oblast zdraví. V neposlední řadě jsou zde rozepsány možné dopady tohoto postižení na vnímání vlastního těla, které jsou podloženy již provedenými výzkumy v této oblasti.

Praktická část se zaměřuje na charakteristiku mnou provedeného výzkumu a interpretaci získaných dat. Jsou zde formulovány hlavní a vedlejší výzkumné otázky, popsána metodologie výzkumu a kritéria pro výběr výzkumného vzorku stejně jako definice sběru a analýzy pořízených dat. Následně jsou stručně rozepsány získané poznatky a v závěrečném šetření jsou srozumitelně shrnuty ve vztahu k dříve vytyčeným výzkumným otázkám. Výzkumná část je zakončena diskuzí, která se zaměřuje na rekapitulaci hlavních výstupů výzkumu stejně jako na zhodnocení limitů studie a možnosti dalších výzkumů zabývajících se touto problematikou.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Sociální práce ve vztahu k lidem po poranění míchy

Matoušek (2008) definuje sociální práci jakožto „*společenskovědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů.*“ V rámci sociální práce můžeme pracovat na mikroúrovni nebo makroúrovni. Mikroúrovni se rozumí například zlepšování schopností jedince reagovat a přizpůsobovat se rozličným životním situacím, popřípadě zajistit mu kontakt s organizacemi, které jsou schopné mu tuto formu podpory zajistit. Při práci na makroúrovni se sociální pracovník snaží o optimalizaci funkcí sociální politiky a zefektivnění příslušných systémů poskytujících podporu a zdroje klientům (Matoušek, 2013, s. 13-14). Práce s klienty s tělesných postižením (např. po poranění míchy) může probíhat v obou těchto oblastech, ať již zaměřená na jednu z nich, nebo se vzájemně prolínající. Podpora schopností jednotlivce zahrnuje pomoc při adaptaci na novou situaci vyplývající ze změny zdravotního stavu. Obsahem této činnosti je například prevence izolace, udržení původních sociálních rolí či nalezení nových, ať už v rámci rodinných a širších vztahů, nebo při znovuzapojení do pracovního procesu. Důležité je také poskytnout klientovi přístup ke všem ekonomickým zdrojům v podobě různých dávek či příspěvků. Nemalý význam má i pomoc při zprostředkování potřebných sociálních služeb zajišťujících například osobní asistenci. Na makroúrovni se sociální pracovník snaží na poli politiky nebo přímo ve společnosti prosadit změny vedoucí k odstraňování rozličných fyzických i sociálních bariér, zlepšit dostupnost sociálních služeb a obecně vytvářet vhodné podmínky pro úspěšnou integraci lidí s hendikepem do společnosti (Matoušek et al., 2005, s. 94, 95, 98, 99).

1.1 Sociální rehabilitace po poranění míchy

Sociální rehabilitace je souhrn opatření s účelem zlepšit stav a situaci klienta, jehož sociální fungování je ohroženo z důvodu nepříznivé životní situace (např. získáním hendikepu). Jejím cílem je znovunabytí či naučení nových dovedností potřebných pro soběstačnost klienta, stejně jako posílení jeho sociálních kompetencí (Matoušek, 2008, s.

207). U rehabilitace cílené na odstranění nebo zmírnění následků získaného postižení hovoříme o tzv. ucelené rehabilitaci. Ta je vnímána jako multidisciplinární koncept, během něhož dochází ke koordinované spolupráci odborníků z různých vědních odvětví. Její součástí může být rehabilitace zdravotní, psychologická, pracovní či volnočasová, a samozřejmě také rehabilitace sociální (Matoušek et al., 2005, s. 92 - 93).

Zahájení ucelené rehabilitace u jedince po poranění míchy začíná na spinální jednotce, kam je krátce po úrazu převezen. Krom mnoha specializovaných oborů, jako jsou například fyzioterapie, ergoterapie, psychologie, zde také dochází k prvnímu kontaktu sociálního pracovníka s klientem a jeho blízkými (Kříž, 2019, s. 499). Rehabilitace se může lišit u každého jednotlivce, neboť následky poranění míchy, a tím pádem i klientovi potřeby, jsou velmi individuální. Prvním krokem sociálního pracovníka na spinálním oddělení je ujištění se, že dotyčný vlastní veškeré potřebné osobní doklady, popřípadě pracovník pomáhá jejich absenci řešit. Dále je třeba pomoci klientovi se zorientovat v potřebných sociálních dávkách, příspěvcích a službách, jejichž využitím lze podpořit klientovo finanční zajištění a znovuzískání soběstačnosti. Spolu s klientem nebo s jeho rodinou, jsou-li zpravomocněni, pomáhá sociální pracovník o konkrétní příspěvky zažádat. Taktéž se na spinální jednotce otevírá řešení invalidního důchodu, bytových úprav či umístění klienta do pečovatelského zařízení. Tyto žádosti ovšem ne vždy lze zde dořešit, neboť klientův stav se mění v čase a dlouhodobé následky postižení mohou být v této chvíli nejasné (Kříž, 2019, s. 387 - 388). Neméně podstatná je i práce s klientovou rodinou, neboť nastalá situace může být pro ně obtížně přijatelná. Je proto vhodné pomoci i jim vyrovnat se s jejich pocity a zapojit je do procesu (Faltýnková, 2012, s. 24).

Ze spinální jednotky klient přechází zhruba po 2 – 3 měsících na spinální rehabilitační jednotku, kde rehabilituje přibližně po dalších 5 měsících. Spolu se sociálním pracovníkem zde klient společně s rodinou navazují na započatou sociální rehabilitaci. Jejím cílem je zajistit, aby se klient mohl, pokud možno, vrátit do domácího prostředí, do pracovního režimu, společenského života a udržel si co největší míru soběstačnosti (Kolář, 2020, s. 356).

Krátce po propuštění do domácího prostředí, ale i kdykoliv během života, mají nezastupitelnou roli neziskové organizace. V České republice se na práci s lidmi po poranění míchy zaměřují především tři organizace – Centrum paraple, Paracentrum Fénix a Česká asociace paraplegiků (Kříž, 2013, s. 142). První dvě zmíněné organizace nabízejí téměř totožné služby. Jejich cílem je poskytovat ucelenou rehabilitaci ve spolupráci týmů sociálních pracovníků, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, instruktorů nácviku soběstačnosti, osobních asistentů a dalších. Důraz jde zde kladen především na sociální rehabilitace, která probíhá jak

ambulanční formou, tak i ve formě pobytových turnusů (Kříž, 2019, s. 502-504). Česká asociace paraplegiků poskytuje klientům rozličné služby. Od odborného poradenství přes provozování startovacích bytů, tréninkového zaměstnání, až po programy peer mentoringu nebo portálu vozejkmap, jehož cílem je zmapovat bezbariérovost různých míst. Asociace také pracuje i na makroúrovni, kdy se snaží tlačit na změny systému týkající se například dostupnosti sociálních služeb, dosažení širší bezbariérovosti či zavedení vhodnějšího posuzování žádostí o příspěvky na péči (CZEPA, 2022, s. 1-20).

1.2 Podpora státu po úrazu

Poranění míchy a jeho následky na život jedince lze bezesporu označit pojmem sociální událost. Ta je definována jako životní situace, ze které vyplývají sociální a ekonomické důsledky, jenž ohrožují existenci dotyčného jedince. Zároveň spolu s ní vzniká právní nárok na podporu státu, která má pomoci zmírnit nebo překonat její dopady na život jedince (Tomeš, 2010, s. 186,187). Pokud po poranění míchy dochází k dlouhodobému narušení zdravotního stavu, nazýváme tuto situaci invaliditou. S tou je z pravidla spojen i pokles pracovních schopností. Proto se stát snaží postiženému jedinci poskytnout pomoc ve formě invalidního důchodu a dalších dávek pro zdravotně postižené (Tomeš, 2015, s. 196 - 197).

Základním prvkem finančního zajištění pro zdravotně postižené je invalidní důchod. Na základně rozhodnutí Lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení lze klientovi přiznat důchod I-III. stupně. Pro určení přiznaného stupně je posuzován pokles pracovní schopnosti. Pro uznání invalidního důchodu je nutné splňovat určitou dobu účasti na systému důchodového pojištění, která se odvíjí od věku klienta. Pokud dotyčný tyto podmínky nespĺňuje, lze mu uznat invalidní důchod bez nároku na výplatu dávky. Délka uznání důchodu se odvíjí od zdravotního stavu žadatele a pohybuje se mezi 1 – 5 lety. (Kříž, 2019, s. 388 - 389).

Z hlediska míry závislosti na pomoci dalších fyzických osob lze zažádat o příspěvek na péči, který slouží jako příspěvek na zajištění sociálních služeb či individuální asistence. Nárok na něj je zakotven v zákonu Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a o jeho přiznání rozhoduje příslušný úřad práce. Příspěvek se dělí na 4 stupně:

I. stupeň - Lehká závislost

II. stupeň - Středně těžká závislost

III. stupeň - Těžká závislost

IV. stupeň - Úplná závislost

Celková výše příspěvku se odvíjí od přiznaného stupně příspěvku, od věku, a podle toho, zda-li je péče poskytována v domácím prostředí či v pobytovém zařízení (Čeledová, Čevela, 2023, s. 164 - 167). Pro přiznání nároku na příspěvek v určitém stupni se hodnotí schopnost klienta zvládat základy činnosti jako jsou komunikace, stravování, orientace, mobilita, tělesná hygiena, oblékání, výkon fyziologické potřeby a péče o domácnost. Tyto schopnosti jsou hodnoceny posudkovým lékařem okresní správy sociálního zabezpečení. Klientům po poranění míchy bývá přiznán příspěvek v rozmezí II. – IV. stupně, v závislosti na konkrétní diagnóze (Kříž, 2019, s. 389).

Mezi další peněžité sociální dávky patří příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. Příspěvek na mobilitu slouží osobám, které jsou držiteli průkazu ZTP nebo ZTP/P, jejich postižení těžce nebo úplně narušuje pohyblivost nebo orientaci a je u nich oprávněný předpoklad, že se budou nuceni pravidelně přepravovat nebo být přepravováni (Janský, 2016, s. 44, 52). Příspěvek na zvláštní pomůcku slouží na pořízení zdravotních pomůcek, které nejsou primárně hrazeny ze zdravotního pojištění a jejichž využití pomáhá žadateli v sebeobsluze, v získávání informací či k realizaci vzdělávání, výkonu zaměstnání apod. V rámci příspěvku rozlišujeme příspěvek na pořízení motorového vozidla a příspěvek na zvláštní pomůcku (Kříž, 2019, s. 390).

Poslední zmíněnou nepeněžitou dávkou je průkaz osoby se zdravotním postižením. Jeho přiznáním se opět zabývá příslušný úřad práce na základě zprávy od posudkového lékaře správy sociálního zabezpečení. Pro jeho získání je třeba, aby zdravotní stav dotčené osoby významně narušoval její schopnost pohyblivosti nebo orientace. Osoby po poranění míchy s diagnózou paraplegie nebo tetraplegie mají nárok na získání průkazu ZTP nebo ZTP/P. V závislosti na typu průkazu pak držitel získává určité výhody, jako je bezplatná doprava držitele průkazu či jeho průvodce spoji městské hromadné dopravy, snížené jízdné v rámci dopravy vnitrostátní, přednost při osobním projednávání na úřadech, slevy na vstupné na sportovní a kulturní akce a jiné benefity, které určují další právní předpisy. (Čeledová, Čevela, 2023, s. 206 - 214).

1.3 Sociální služby pro lidi po poranění míchy

Sociální služby lze definovat jako soubor veřejných služeb, jejichž cílem je poskytovat pomoc jedincům, kteří se ocitli v nepříznivé situaci, skrze zajišťování sociálního poradenství, péče a prevence. Podmínky pro jejich provozování jsou zakotveny v zákonu o sociálních službách (Sládková, 2022, s. 39).

Sociální poradenství můžeme rozdělit na základní a odborné. V případě základního poradenství příslušný pracovník obecně informuje klienta o veškerých možnostech, které mohou napomáhat ke zlepšení jeho stavu, jako jsou například různé formy dávek a služeb. A to vždy s ohledem na klientův stav a dostupnost konkrétních služeb v rámci jeho bydliště. Odborné poradenství se následně individuálně zaměřuje na specifika klientova stavu a jím podané informace jsou více konkrétní. V rámci této pomoci může být poskytována i terapeutická činnost (Matoušek, 2013, s. 102). Sociální prevence je činností, která se zaměřuje na pomoc s překonáváním nepříznivého stavu, aby u těchto osob nedošlo k sociálnímu vyloučení. Zároveň touto činností eliminují možnost nárůstu patologických jevů ve společnosti (Sládková, 2022, s. 40).

Zákon o sociálních službách v § 38 definuje služby sociální péče jako služby, které „*napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006). Služby sociální péče hrají v životě lidí po poranění míchy velkou roli, neboť je jejich zdravotní stav často nutí využívat při každodenních činnostech. Spolu s poraněním míchy přichází velmi často potřeba bezbariérového bydlení a může být otázkou poměrně dlouhého času, než-li je klient schopen své stávající domácí prostředí této potřebě přizpůsobit. V rámci sociální péče proto může využít služby nabízející možnosti přechodného bydlení či ústavní péče. Například již zmíněná Česká asociace paraplegiků nabízí startovací či tréninkové byty, které lze po určité době využívat. Podobné služby nabízí i Centrum pro tělesně postižené Fatima, kde lze krom individuálního ubytování využít i pomoc osobních asistentů centra. O přijetí do tohoto centra se rozhoduje na základě výsledků pohovoru a sociálního šetření, které je vedeno místním sociálním pracovníkem. Druhou, mnohdy jedinou možností pro získání klientovi nezávislosti, je využívání pečovatelské služby či osobní asistence. Výhodou těchto služeb je jejich schopnost poskytovat péči o daného člověka přímo v jeho domácím prostředí, popřípadě se

individuálně přizpůsobovat jeho potřebám. Nevýhodou ovšem může být jejich špatná dostupnost v menších městech (Kříž, 2019, s. 392 - 393).

2. Osobní asistence

Osobní asistence je dle Matouška (2008) charakterizována jako osobní pomoc osobám se zdravotním postižením, jež zahrnuje služby, které zmírňují důsledky postižení jedince při všech jeho činnostech. Její přesná definice je také zakotvena v Zákonu o sociálních službách, § 39, kde je také vyjmenována její základní náplň:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Jinými slovy služby osobní asistence mají danému jedinci pomoci zajistit jeho základní životní potřeby, ať již z pohledu potřeb biologických, jakými u míšního poranění jsou především pomoc při přípravě a příjmu potravy, asistence při hygieně a toaletě, pomoc s přesunem a případným polohováním na lůžku, tak i potřeby sociální jako je doprovod za kulturou, anebo při sportovních aktivitách, či pomoc v rámci vzdělávání, práce apod. Je tedy potřeba si uvědomit, že v rámci osobní asistence se jedná především o sociální zabezpečení nikoli o zdravotnické služby. V případě potřeby zdravotní péče je třeba tuto službu kombinovat se službami jinými (Hrdá, 2004, s. 12). Osobní asistenci můžeme rozdělit následovně:

- Sebeurčující osobní asistenci
- Řízenou osobní asistenci

Sebeurčující osobní asistenci je myšlena asistence, při které se klient sám rozhoduje o její formě a vede její organizaci. Pro tento typ asistence není povinné žádné specifické vzdělání či kurzy (Hrdá, 2001, s. 10). Pro bližší popis sebeurčující osobní asistence se také využívá principů „čtyř D“. Jedná si o princip *demedikalizace* (náplní asistence není zdravotní péče, klient ji vyhledává pouze v případě zdravotních komplikací), *delimitace* (rozsah péče není určen skrze taxativní výčet úkonů v daném čase), *deprofesionalizace* (klient školí asistenta

osobně, není třeba určité vzdělání) a *deinstitutionalizace* (asistence si odehrává v domácí prostředí, přičemž klient nejedná přes dalšího prostředníka) (Hrdá, 2006). V případě, že klient není schopen si sám určovat potřebnou asistenci, nebo je k jejímu výkonu potřebná odborná příprava, hovoříme pak o asistenci řízené (Hrdá, 2001, s. 10).

2.1 Předpoklady pro práci osobního asistenta

Podle Matouška (2008) je osobní asistent neboli také pracovník v sociálních službách „osoba, která vykonává přímou obslužnou péči o klienty, základní výchovnou činnost, upevňování potřebných návyků a pečovatelskou činnost“ (Matoušek, 2008, s. 151). Dle zákona o sociálních službách, § 116, podmiňuje výkon této práce plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost, což jsou samozřejmě kritéria platící pro řízenou osobní asistenci (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Při sebeurčující asistenci mohou asistovat osoby z řad rodiny, přátel, komunity nebo z k tomuto účelu zaměřené organizace. V rámci povolání osobního asistenta by měl daný pracovník být v dostatečně dobré fyzické kondici, aby zvládl vykonávat klientem požadované úkony, z nichž některé mohou být fyzicky náročné (např. přesuny, polohování apod.). Je potřebná i jistá míra zručnosti. Také asistentův zdravotní stav by měl být natolik dobrý, aby ho vykonávání této práce nezhoršovalo či neohrožovalo, popřípadě je nutné umět si zvolit vhodné techniky a pomůcky, které zhoršení mohou zabránit (technika přesunů, bederní pás apod.) (Hrdá, 2001, s. 10).

Práce osobního asistenta s sebou nese také určité požadavky na psychické a charakterové vlastnosti asistenta. Důležitými vlastnostmi jsou určitě zodpovědnost a spolehlivost, neboť klient je na této službě často velmi závislý a jen těžko je schopen vyřešit náhlé výpadky v jejím poskytování. Asistent by také měl být dostatečně tolerantní nejen k jiným názorům klienta, ale i k novým postupům v rámci asistence, pokud je klient vyžaduje. S tím souvisí i potřeba a chuť učit se novým technikám a znalostem. Mezi další žádoucí vlastnosti patří, minimálně po dobu poskytování asistence, trpělivost, vstřícnost, ochota, laskavost a empatie. Hrdá (2001) ve své brožuře pro asistenty zmiňuje několik typů nevhodných charakterů pro pozici asistenta:

- **typ pečovatelský** (vlivem nadměrné péče a direktivního přístupu potlačuje klientovy schopnosti i v oblastech, ve kterých je soběstačný a o kterých je schopen samostatně rozhodovat)

- **typ ochranný** (jedná se o nadměrnou ochranu klienta před nejrůznějšími aspekty vnějšího světa)
- **typ asistenta „postiženého“ svou původní profesí a neschopného se přeorientovat na současnou klientelu** (například bývalý pedagogický pracovník, jenž není schopen vnímat klienta jakožto dospělou osobu namísto dítěte)
- **typ řešící si své nízké sebevědomí** (asistent si ve svém chování vůči klientovi léčí své komplexi méněcennosti)
- **typ hledající partnera mezi klienty** (klient může být v pozici zranitelné osoby a na svého asistenta se přílišně upíná, což může přerůst až do patologické závislosti) (Hrdá, 2001, s. 10-12)

V neposlední řadě je podstatná i správná motivace asistenta pro výkon práce. Tou by neměla být pouze touha po finanční odměně, ale i touha naučit se novým dovednostem, pomáhat lidem nebo dělat smysluplnou práci (Hrdá, 1997).

Dalším z požadavků pro práci osobního asistenta může být dosažení odborné způsobilosti. V dnešní době to znamená především dokončení základního, popřípadě i středního vzdělání a absolvování akreditačního kurzu v rozsahu stanoveném právním předpisem. Popřípadě je zaměstnavatel povinen svým zaměstnancům zprostředkovat další dílčí vzdělávání, které má za úkol upevňovat a rozšiřovat jejich pracovní dovednosti, a to opět v zákonem určeném rozsahu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006). Práce asistenta může být psychicky náročná a jak je již výše uvedeno, vyžaduje určité psychické vlastnosti. V důsledku toho je vhodné, aby asistent před nastoupením do práce prošel psychologickými testy, při kterých je třeba vyloučit patologické závislosti, duševní onemocnění a pro práci nevhodné formy chování. Stejně tak je doporučované, aby asistenti absolvovali dvakrát do roku supervizi a měli možnost konzultovat podle své potřeby (Hrdá, 2001, s. 12-13).

2.2 Rizikové aspekty při práci sociálního pracovníka

Práce osobního asistenta sebou přináší i jisté rizikové aspekty. Jedním z nich může být vysoká míra stresu způsobená nároky, které daná činnost na asistenta klade. Vnějšími faktory, jenž to ovlivňují, mohou být podmínky v práci, které jsou neočekávané, dlouhotrvající nebo v přílišné intenzitě. Mezi ně řadíme například změny v chování klienta (depresivní či agresivní chování), neadekvátní požadavky ze strany klienta, kontakt s rodinnými příslušníky, nespokojenost v zaměstnání či nízké pracovní ohodnocení. Vnitřním

faktorem jsou pak osobní vlastnosti asistenta a mechanismy, jimiž se tuto zátěž snaží zvládat. Dlouhodobý nárůst stresové zátěže může vést až k syndromu vyhoření (Mlýnková, 2010, s. 36 - 37). Matoušek (2008) ho definuje jako „stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí“. Tento stav se může později odrazit i na chování vůči klientovi, které se může státi odměřené, direktivní, odosobnělé nebo až negativní. Prevencí tohoto syndromu je vhodné nastavení vztahu klient - asistent, profesionální míry angažovanosti, umění oddělovat soukromý a profesní život, dobrá duševní hygiena a účast na supervizích a případových konzultacích (Matoušek, 2008, s. 246 - 247).

2.3 Východiska pro práci s klientem

Základním principem ve vztahu klienta a asistenta je podpora samostatnosti klienta. Primárně nejde o to, aby klient zvládal žít zcela nezávisle na pomoci druhé osoby, ale aby byl schopný převzít odpovědnost za svůj život. Zatímco dříve bylo postavení klienta v rámci péče spíše pasivní, dnes se klade důraz na to, aby o své péči a o svém životě rozhodoval v největší možné míře. S tím souvisí i klientovo postavení, coby osoby, která asistenci organizuje a svého asistenta „školí“ (Hrdá, 1997).

Výchozím bodem při práci s klientem by měl být etický kodex osobního asistenta. Ten si volí každá organizace sama s ohledem na Listinu základních práv a svobod a na další právní předpisy. V etickém kodexu by měla být popsána práva a povinnosti osobního asistenta vůči klientovi. Mezi hlavní východiska by mělo patřit vnímání klienta jako rovnocenné bytosti, respekt k jeho osobě, osobní svobodě a způsobu života. Dále by měl obsahovat pravidla pro zachování klientova soukromí, podmínky pro zajištění práv obou stran a řešení případných střetů zájmu či rizik vyplývajících z procesu osobní asistence (Hrdá, 2004, s. 74 - 75)

Pro popis zásad osobní asistence můžeme použít i základní principy sociální práce pro práci s jednotlivcem. Mezi ně patří individualizace a z ní vyplývající individuální přístup ke klientovi, akceptace práva klienta na vyjádření vlastního názoru, snaha o vcítění se do klientovy situace a pocitů, plné přijetí klientovy osobnosti, nehodnotící postoj, zachování diskretnosti v rámci asistentových zákonných povinností a respektování klientova práva na sebeurčení (Matoušek, 2013, s. 37).

Vztah klienta a osobního asistenta je pro výkon profese velmi důležitý. Hrdá (2001) zmiňuje, že jak klienti, tak i asistenti při popisování svého vztahu odmítali myšlenku, že by se jednalo o vztah čistě pracovní. Naopak hovořili o velmi blízkém až osobním vztahu, ve

kterém spolu společně něco budují a jejich vztah je především partnerský. Avšak přestože jsou si v tomto vztahu obě strany rovnocenné, nejsou si ale rovnoprávné. Na jednu stranu je zde závislost klienta na asistentovi, na druhé straně je to právě klient, kdo by měl mít ve vztahu dominantní postavení a zároveň nést odpovědnost z toho vyplývající. Alespoň v případě sebeurčující asistence (Hrdá, 2001, s. 16 - 17).

2.4 Role sociálního pracovníka v realizaci osobní asistence

Sociálního pracovník ve službách sociální péče, a to včetně osobní asistence, může zastávat více profesních rolí, které se mohou vzájemně ovlivňovat nebo doplňovat. Jejich výčet záleží na nastavení konkrétní organizace či služby. Může se jednat o jejího zprostředkovatele, sociálního poradce, pečovatele, terapeuta, manažerskou pozici (ať již případovou nebo personální) či administrativního pracovníka (Fabián, 2021, s. 52 - 53).

Sociální pracovník bývá přítomen při prvním kontaktu s klientem. V rámci něj se, po předchozí domluvě, odehrává sociální šetření, jehož cílem je pomocí pozorování a rozhovoru přesněji definovat potřeby klienta. K průběhu šetření je vhodné přizvat i vedoucího pracovníka zdravotnického nebo ošetrovatelského úseku, protože sociální i ošetrovatelská péče spolu úzce souvisí a je třeba, aby jejich vykonavatelé spolu vzájemně spolupracovali. Podle závěru sociálního šetření se rozhoduje, zda-li je konkrétní služba pro klienta vhodná. Pokud ano, dochází k uzavření smlouvy, což je krok, který taktéž často spadá do kompetence sociálního pracovníka (Kolektiv autorů, 2017, s. 19 - 22).

Další možnou roli související se službou osobní asistence je role koordinátora služby. Na základě sociálního šetření sestavuje koordinátor individuální plán péče, který dává základ pro plánování realizace osobní asistence. V případě nedostatečné kapacity zaměstnanců, může koordinátor osobní asistenci provádět i osobně. Následně pak podle potřeby klienta i organizace je individuální plán modifikován. Součástí náplně této role může být i tvorba metodiky, školení asistentů, organizace porad a supervize (Koordinátor osobní asistence, 2020).

Pozice supervizora je jedna z dalších rolí sociálního pracovníka. Matoušek (2008) definuje supervizi jako „*kvalifikovaný dohled nad průběhem programu nebo projektu zaměřený na kvalitu činnosti pracovníků*“. Supervize se dělí na vzdělávací, podpůrnou a řídicí. V závislosti na tom se formují její cíle. Vzdělávací supervize má za úkol prohloubit znalosti a dovednosti zaměstnanců pomocí reflexe jejich praxe. Při podpůrné činnosti je cílem

nejen podpořit supervidovaného při vykonávání jeho pracovní náplně, ale i napomoci dosažení pozitivní atmosféry v rámci celého týmu. Podpůrná supervize slouží i jako prevence syndromu vyhoření (Havrdová, Hajný, 2008, s. 51 - 54). Tyto dva typy se častěji týkají externí supervize, neboť poskytují větší pocit bezpečí pro supervizanty, obzvláště pokud dojde na sdílení negativních či problematických zkušeností. Řídící supervize naopak bývá spíše interní, jelikož internista se lépe vyzná v organizační kultuře, jejích cílech a praktických činnostech. V rámci ní nese odpovědnost za standardy a kvalitu poskytované péče (Matoušek, 2013, s. 364 - 365).

Poslední zmíněnou rolí je sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu. Multidisciplinární tým lze definovat jako sladěnou spolupráci, při níž se využívají znalosti a praktické dovednosti různých oborů, včetně osobní asistence. Sociální pracovník zde často funguje nejen jako zástupce oboru sociální práce, ale i jako koordinátor celého týmu neboť je obeznámen s potřebami klienta (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020, s. 125). Na základě svého vzdělání a praxe je také schopen nasměrovat tým k cíli a udržovat jej v chodu. Zúročuje zde své znalosti v oblasti komunikace, pochopení potřeb a interakcí v rámci týmu, řešení případných zdrojů napětí a celkově přispívá k efektivní spolupráci uvnitř týmu, stejně jako ke vhodné formě předávání informací směrem ke klientovi či rodině (Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020, s. 135 -136).

3. Vnímání těla (body image)

Tělo je důležitou součástí či podstatou našeho bytí, neboť právě uvnitř něj žijeme a skrze něj se prezentujeme okolnímu světu a druhým lidem. Tělo nám pomáhá utvořit si naši identitu, která úzce souvisí i s tím, jak své tělo vnímáme, jak jej hodnotíme a jaký vůči němu zaujímáme postoj (Fialová, Krch, 2012, s. 26 - 27).

Podstatnou roli hraje také i vztah společnosti vůči našemu tělu, stejně jako vzhled tělesného ideálu, který je nám společností předkládán. Ten je proměnlivý. Zatímco dříve byla za známku blahobytu považována vyšší tělesná hmotnost, dnes je symbolem úspěchu a vhodného životního stylu hubenost a dobrá kondice. Lidé s vyšší tělesnou váhou se naopak stávají terčem stereotypů a diskriminace (Fialová, 2006, s. 56). Rozdíly ve vnímání těla nacházíme i napříč historií. Jedním z nejstarších dochovaných zobrazení tělesného ideálu je Věstonická Venuše, jejíž podstata vychází z oslavy plodnosti, která je zobrazena pomocí silných boků a výrazných prsů. Ve starém Řecku je ideál zobrazován skrze božstva, zatímco v renesanci je pozornost upřena na člověka. V dějinách se střídají nejrůznější parametry charakterizující krásu – štíhlost, bledost pokožky, délka vlasů či tělesné proporce. Střídmost je během let nahrazena smyslností (Fialová, 2007, s. 28 – 29). Názory na lidskou tělesnost byly předmětem diskuzí mnoha filozofů, jenž se snažili určit vztah mezi tělem a duší, stejně jako biologů definujících optimální tělesné parametry, pohlavní diferenciaci, nebo pojmy zdraví a nemoc. V neposlední řadě tělo a gender jsou důležitou součástí mnoha psychologických teorií a metod (Fialová, Krch, 2012, s. 41 – 49). S rozdílným pojetím krásy a hodnot souvisejících s tělem se můžeme setkávat i v rámci různých geografických poloh. Určitou tělesnou stavbu či prvky budou velebit v Africe a jiné zase například v asijských zemích. Pro Západ je charakteristická touha po štíhlosti, atletické postavě a dostatečném materiálním zabezpečení, které nám umožňuje financovat nákladnou péči o tělo, stejně jako odpovídající odívání. Západní společnost tak vyvíjí značný tlak na spojitost mezi úspěchem a ideálním tělesným zobrazením, přičemž je na daného jedince vyvíjen mnohdy až neúměrný nátlak se tomuto zobrazení přizpůsobit (Fialová, 2006, s. 25 – 26).

Všechny tyto aspekty (a mnohé další) mají větší či menší vliv na způsob, jakým vnímáme naše tělo a skrze to i na naši duševní a sociální pohodu, stejně jako na kvalitu našeho života. Mohou se stát naší motivací pro zlepšení, stejně jako důvodem vzniku negativního pohledu na naše tělo a vývoje mnohdy až patologických vzorců chování (Fialová, 2006, s. 27).

3.1 Koncept body image

Pojem „body image“ vyjadřuje postoj či pohled jedince na své vlastní tělo. Tento postoj je čistě subjektivní a nemusí vždy odpovídat realitě (Gürsel, Koruç, 2011, s. 29). Zjednodušeně řečeno můžeme říci, že tento koncept odráží naše vnímání, myšlenky či pocity, které v nás vyvolává naše tělo, stejně jako způsob jakým se k našemu tělu chováme. Toto vnímání může být buď pozitivní, nebo negativní, což může značně ovlivňovat kvalitu našeho života a našeho vnímání světa (Bailey et al., 2015, s. 24).

Jak již bylo výše zmíněno, koncept body image můžeme také definovat jako postoj k vlastnímu tělu. Urbanovská a Škobrtal (2012) popisují postoje jakožto „trvalejší seskupení našich pocitů, znalostí a vědomostí a k nim vztažených tendencí nějakým způsobem se chovat ve vztahu k určitým předmětům našeho sociálního světa“. Těmito předměty mohou být reálné věci či osoby, stejně tak ale mohou být i abstraktního charakteru, např. víra, emoce. Předpokladem pro vznik postoje k dotyčnému předmětu je nejen jeho existence (ať již v reálném světě nebo v naší mysli), ale i míra důležitosti, kterou tomuto předmětu přikládáme (Urbanovská, Škobrtal, 2012, s. 49). Pokud se na postoje zaměříme v rámci tématu body image, tak je daným předmětem naše tělo a zkoumáme zde postoj, který si my k němu vytváříme. Tento postoj (stejně jako i postoje obecně) je tvořen třemi dimenzemi:

- Kognitivní dimenzí
- Emocionální dimenzí
- Činnostně regulativní neboli behaviorální dimenzí

Kognitivní dimenze je tvořena naším pohledem na vlastní tělo a tím, jak přemýšlíme o jeho jednotlivých fyzických parametrech. Těmito parametry může být tvar a velikost jeho jednotlivých segmentů, stejně jako hodnocení vzájemné proporcionality (Fialová, Krch, 2012, s. 29). Do kognitivní dimenze můžeme zařadit i percepční složku. Zatímco kognitivní složka body image je charakterizována myšlenkami nad tím, jestli vlastní tělo vypadá dobře či špatně při určitých aktivitách nebo že některé jeho části jsou příliš či nedostatečně velké, tak percepční složka je tvořena tím, jak daný jedinec vidí sám sebe. Tento vnímaný obraz přitom nemusí odpovídat realitě (Healey, 2014, s. 1). Ze všech tří dimenzí konceptu body image, je kognitivní dimenze nejvíce ovlivňována biologickými procesy. Stackeová (2007) o této dimenzi uvádí, že „je výsledkem syntézy řady informací přicházejících aferentními nervovými drahami do centrální nervové soustavy“ a které jsou zde vyhodnocované. Jedněmi z nejdůležitějších informací jsou ty, které přicházejí z proprioreceptorů (Stackeová, 2007, s. 1). To jsou receptory, které poskytují nejvíce informací ohledně činnosti jednotlivých částí

těla a o jejich vzhledu a poloze v prostoru, a dotyčné informace ukládají do svalové paměti (Kobrová, Válka, 2017, s. 11). Z tohoto důvodu jsou významné jak při učení a výkonu sportovních činností, tak i při vnímání a hodnocení těla a jeho charakteristik (např. výkon, vzhled) (Stackeová, 2007, s. 1).

Emocionální dimenze, neboli také afektivní, je odrazem pocitů vyvolaných hodnocením vlastního těla ve vztahu k jeho vzhledu, tvaru nebo hmotnosti (Healey, 2014, s. 1). Jedná se o afektivní obraz jak jednotlivých segmentů těla, tak i k jeho celku. Jednotlivé pohledy na tělo či jeho části mohou být navzájem odlišné, stejně jako pocity, které se k nim váží (Stackeová, 2007, s. 1). Tyto pocity mohou vyvolávat jistou míru spokojenosti či nespokojenosti ohledně našeho těla a podporovat či snižovat naši důvěru v jeho funkce a možnosti (Fialová, Krch, 2012, s. 29).

Behaviorální dimenze se projevuje skrze jednání daného jedince, které je reakcí na jeho vztah či nespokojenost vůči vlastnímu tělu. Cílem tohoto jednání může být udržení či optimalizace tělesných parametrů skrze úpravy životního stylu v podobě určitých stravovacích návyků, diet či pohybových aktivit, nebo i pomocí estetických a chirurgických zákroků (Stackeová, 2007, s. 1). Výrazná nespokojenost s charakteristikami vlastního těla může vyústit až v destruktivní chování, které je užíváno jakožto prostředek ke změně jeho vzhledu (Healey, 2014, s. 1).

3.2 Tělesné sebepojetí a jeho složky

Důležitou součástí lidské osobnosti je tzv. sebesystém (self-systém), což je určitá část našeho vědomí, která se skládá z našich myšlenek, emocí a prožitků o sobě samém. Skládá se z několika hypotetických konstruktů jako je sebepojetí, sebehodnocení, sebekontrola, sebestopozumění a dalších (Urbanovská, Škobrtal, 2012, s. 101). V rámci této práce nás zajímá především sebepojetí. Jedná se o kognitivní složku sebesystému, která vychází z našich zkušeností získaných při snaze porozumět sobě samým, stejně jako z hodnocení, kterého se nám dostává z našeho okolí. Díky němu si poté vytváříme jakýsi obraz o nás samých a stejně tak i ovlivňuje naše chování a postoje (Fialová, Krch, 2012, s. 14 – 15).

Podstatnou součástí sebepojetí je tzv. tělesné sebepojetí, které se vytváří hodnocením jednotlivých charakteristik vlastního těla, a to především vzhledu, zdraví a tělesné výkonnosti. Informace využívané k tomuto hodnocení můžeme získávat jak z interních tak i z externích zdrojů (Fialová, 2006, s. 49). Těmito interními zdroji mohou být již výše zmíněné proprioreceptory nebo vizuální informace získané například pohledem na naše tělo. Externími zdroji je zase myšlena společnost a její jednotliví představitelé, kteří na náš nejvíce působí

(vrstevníci, rodina, významné osobnosti) (Fialová, Krch, 2012, s. 30). Takto získané informace potom nadále zpracováváme do určitého postoje, který zaujímáme vůči našemu tělu. Tento postoj má dvě základní vlastnosti – subjektivitu a elasticitu. Subjektivita znamená, že vnímané tělesné sebepojetí a postoj k vlastnímu tělu nemusí vždy odrážet realitu a ani vycházet z objektivního hodnocení. Elasticitou je zase míněno, že body image, vnímaný dotyčným jedincem, se může měnit či vyvíjet při získávání nových zkušeností na základě kontaktů s vnějším světem (Fischer, Škoda, 2014, s. 145).

Tělesné sebepojetí neboli body image je považováno za tzv. multidimenzionální sociální koncept (Bailey et al., 2016, s. 1). Skládá se ze tří základních složek, které mají na jeho utváření nejvýznamnější vliv. Těmito složka jsou (Fischer, Škoda, 2014, s. 145):

- Vzhled
- Zdraví
- Zdatnost

Je to právě vzhled, který má v dnešní době, a především v západní kultuře, výrazný vliv na naše tělesné sebepojetí. V rámci dosažení co nejlepšího hodnocení, se jedinec snaží odpovídat veškerým ideálům, které jsou na něj kladeny skrze společnost, referenční skupiny či požadavky opačného pohlaví (Fialová, Krch, 2012, s. 30). Pocit atraktivity hraje klíčovou roli při sebehodnocení. Aby bylo dosaženo pozitivního body image, je třeba, aby byl dotyčný jedinec nejen schopen pojmout svůj vzhled jako součást sebe sama, ale také být přesvědčen, že je přijímán i svým sociálním okolím a společností jako takovou (Fialová, Krch, 2012, s. 104). Kromě vlivu na naše tělesné sebepojetí, může mít vzhled (a obecné požadavky na něj) vliv i náš životní styl. Může být důvodem veškeré naší tělesné sebezpeče, stejně jako i motivací k zlepšení naší životosprávy, ať již formou úpravy jídelníčku, zvýšené péče nebo navýšení pohybových aktivit. Přílišné zaujetí nebo tlak společnosti či určitých skupin může vést i k negativním dopadům na naši psychiku či tělesné zdraví (Fialová, 2006, s. 83). Ideál vzhledu se může lišit v závislosti na našem pohlaví, věku, společenské vrstvě, profesi nebo subkultuře (Fialová, Krch, 2012, s. 104).

V úplně nejjednodušším pojetí bychom mohli definovat zdraví jakožto stav absence nemoci. Pokud budeme chtít být trochu obecnější, řekneme že se jedná o stav, kdy je dosaženo homeostázy mezi lidským organismem a vnějším prostředím. Jakékoliv vybočení z tohoto rovnovážného stavu bychom poté mohli označit za nemoc. V současné době se nejvíce vychází z holistického pojetí zdraví, které Novosad (2009) definuje jakožto „rovnovážný stav tělesné, duševní, spirituální i společenské pohody člověka“ a zároveň podmiňuje tím, že „zdravý organismus je schopen se vyrovnávat s měnícími se vlivy vnějšího prostředí“ (Novosad, 2009, s. 14 – 16). Pojem zdraví dále můžeme rozdělit na zdraví

subjektivní, které je založeno na vnímání vlastního fyzického a psychického stavu dotyčným jedincem, a na zdraví objektivní, které je určováno tím, jak společnost hodnotí dotyčného zdravotní stav (Fialová, 2006, s. 82). Pojem „zdraví“ se do tělesného sebepojetí může promítat jak skrze nejružnější onemocnění, které nám působí rozličné fyzické obtíže a ovlivňují naši duševní pohodu, ale také skrze tvorbu a ukládání tuku, což mívá přímý vliv na naše sebehodnocení a náš vzhled (Fialová, Krch, 2012, s. 104 – 105).

Poslední složkou body image je zdatnost neboli optimální výkonost a funkčnost těla (Fialová, Krch, 2012, s. 30). Pro navození těchto schopností je třeba se udržovat v dobré fyzické kondici, což se může projevat například dostatečnou vytrvalostí, pohyblivostí nebo silou. Zachování a údržba těchto jednotlivých aspektů slouží nejen ke zlepšování fyzického i duševního zdraví či zvyšování fyzické atraktivity, nýbrž také k dosažení vyšší spokojenosti a pozitivnějšímu vnímání sebe sama (Fialová, 2006, s. 84).

3.3 Negativní body image

Jak bylo již zmíněno na začátku této práce, body image může být buď pozitivní nebo negativní. Pokud jedinec má se svým tělem spojené negativní myšlenky či pocity, může se u něj vyvinout nespokojenost s vlastním tělem neboli negativní body image. Tento jev je ovlivňován především externími zdroji dotyčného a může být zesilován negativní zpětnou vazbou, které se danému jedinci z jeho sociálního okolí dostává (Healey, 2014, s. 1 – 2). Výsměch, obzvláště je-li spojen se slovními útoky na nedostatky v oblasti těla, může mít rozsáhlé dopady na celkové sebepojetí dotyčné osoby, stejně jako na její body image. Tento efekt může být zesílen, dochází-li k němu v případech dětí a adolescentů (Fischer, Škoda, 2014, s. 150). Podobné důsledky pak může mít i tlak okolí, například médií, který nám nastavuje určitý tělesný ideál, a pokud se s ním neztotožňujeme, může vyústit až v negativní body image se škodlivým vlivem jak na naše zdraví, tak i na naši duševní pohodu (Healey, 2014, s. 1 – 2)

Negativní vnímání vlastního těla, ať již vycházející z reálných parametrů nebo pouze v mysli dotyčného, se může podepisovat i na dalších oblastech života. Výzkumy naznačují, že existuje souvislost mezi negativním body image a nízkým sebevědomím, úzkostnými pocity nebo tendencí se izolovat od společnosti. Zároveň s narůstající nespokojeností může docházet i k poklesu motivace ke změně návyků či chování, a k postupné rezignaci na řešení fyzických, psychických a sociálních těžkostí, které z tohoto stavu plynou (Fialová, Krch, 2012, s. 39). Stejně tak ale i nadměrné zaujetí dosažením určitého ideálu krásy může vést až k jednání, které má patologické či destruktivní znaky – například k poruchám příjmu potravy. Nicméně

je třeba si uvědomovat, že tyto poruchy nemusí primárně vycházet z negativního body image, ale i z typických dysfunkcí, které se projevují v rodině či blízkém okolí dotyčného (Fischer, Škoda, 2014, s. 147).

Pokud si jedinec udržuje pozitivní body image, tento duševní stav se poté odráží v jeho celkovém sebepojetí a vyšší kvalitě jeho života. K jeho změně je ale třeba změnit jak předsudky související s tím, jak by dotyčný měl vypadat, tak i zaměření osobních cílů mimo rovinu vzhledu. Je také dokázáno, že minimálně podpurný vliv na zlepšování body image má nácvik asertivního chování. Při něm totiž dochází k zvýšení sebevědomí a osobní autonomie. Při větších problémech je ale třeba hledat pomoc i z vnějších zdrojů (Fialová, Krch, 2012, s. 38). Zlepšením svého body image dosahuje daný jedinec lepšího fyzického a duševního zdraví, ale také se stává více rezistentním vůči mnohokrát až nereálným požadavkům na vzhled, které jsou mu předkládány ze strany společnosti a médií. Pozitivní body image vede také ke zdravějšímu vztahu k jídlu, aktivitám a celkově k vyváženějšímu zdravému životnímu stylu (Healey, 2014, s. 1).

3.4 Aspekty ovlivňující body image

V souvislosti s vnímáním tělesného sebepojetí se zde vyskytuje několik základních aspektů, které ho ovlivňují. Ty můžeme rozdělit na (Rašticová, 2009, s. 32):

- Biologické
- Psychologické
- Sociokulturní

Do biologických aspektů, jenž ovlivňují body image, řadíme například genetické predispozice, věk nebo pohlaví daného jedince (Rašticová, 2009, s. 32). Genetické predispozice mají bezesporu vliv na náš vzhled. V první řadě je náš vzhled ovlivněn příslušností k určité lidské rase, přičemž se každá rasa vyznačuje určitými dominantními rysy (barva kůže, tvar očí, rozložení postavy). Dále pak geny mají významný vliv i na tělesné parametry jako je výška, rozložení tělesného tuku, svalová hmota, stejně jako na rychlost metabolismu (Fialová, 2006, s. 29, 31, 33). Nespokojenost s vlastním tělem může přicházet s tělesnými změnami, které doprovázejí dospívání (Rašticová, 2009, s. 32). Nicméně negativní body image nacházíme i u mladších dětí, lze je nalézt už u šestiletých dětí (Fischer, Škoda, 2014, s. 145). Obzvláště dospívající ženy jsou náchylnější k problémům s tělesným sebehodnocením. Jejich vnímání vlastního těla navíc bývá častěji vzdálenější od reality (více negativně), než-li u mužů jejich věku (Fialová, 2006, s. 58 - 59).

Pozitivní nebo negativní body image může být ovlivněn přítomností jevů jako je deprese, nadměrná stresová zátěž, psychická traumata nebo používání více či méně vhodných strategií pro překonávání zátěžových situací. Stejně tak na něj může mít vliv i celkové vnímání sebe sama nebo výskyt patologického chování, jako jsou například poruchy příjmu potravy či problematické vztahy v rodině (Rašticová, 2009, s. 32 – 33).

Sociokulturní aspekty dělíme na tři základní druhy: média, vrstevníci a rodina. Všechny tři hrají podstatnou roli ve vytváření pozitivního či negativního body image, jak dokazuje mnoho výzkumů (Cash, Smolak, 2011, s. 15 – 16). Velký vliv mají v dnešní době především média, která zobrazují společenské představy ideálu a stejně tak pomáhají vytvářet sociální realitu. Jedná se o komunikační kanály, které se vyznačují tím, že předávají písemné, vizuální nebo audio informace neomezenému množství příjemců. Může to být například televize, rádio, běžný tisk nebo internet. Předávané informace mohou, ale také nemusí být pravdivé, nicméně bez ohledu na to mohou ovlivňovat širokou veřejnost (Fialová, 2007, s. 33). V rámci těchto médií předávaných informací je vytvářen jakýsi „ideální obraz“ lidského těla, který má být klíčem k úspěchu, štěstí a atraktivitě. Snaha o jeho dosažení může být motivací, ale také příčinou nespokojenosti s vlastním tělem a dalších negativních důsledků v souvislosti s tělesným sebepojetím (Fialová, Krch, 2012, s. 156). Děje se tak prostřednictvím dvou procesů. První z nich je internalizace tohoto médií (a zároveň i společnosti) předkládaného ideálu, druhým je potom zvyšování tendencí ke srovnávání svého těla s těly druhých. Oba tyto procesy pak přispívají k nárůstu nespokojenosti s vlastním tělem (Healey, 2014, s. 46). Co se týká ovlivnění ze strany vrstevníků, je tento tlak nejvíce pocíťován právě v období dospívání. Kromě některých tělesných změn, které jsou v období dospívání běžné, je celkové vnímání vlastního těla v tomto věku výrazně citlivé k výsměchu a hodnocení ze strany druhých. Negativní hodnocení z řad vrstevníků vede k rozvoji nespokojenosti s vlastním tělem a souvisejících poruch (Rašticová, 2009, s. 33). Vrstevnické skupiny však ovlivňují body image nejen skrze hodnocení. V rámci nich se také formují názory a normy související s tělesnými parametry, různé strategie pro dosažení „ideálního“ těla a stejně tak i přesvědčení, že určitý tělesný stav (např. hubenost, svalová hmota) přímo souvisí s oblíbeností a atraktivitou (Cash, Smolak, 2011, s. 16). Ač je role médií a vrstevníků ve vytváření body image podstatná, největší vliv má především rodina. Rodina ho může ovlivňovat mnoha způsoby. Nejobecnějším je přenos zvyků, hodnot a určitého chování ve vztahu k tělesnému vzhledu, stravování a k životnímu stylu jako takovému. Přímo pak také může rodina zasahovat do rozvoje tělesného sebepojetí dítěte skrze hodnotící komentáře, omezování potravy či porovnáváním s vrstevníky (Fischer, Škoda, 2014, s. 147). Nepřímo k tomu pak může docházet díky patologickým vzorcům chování v rodině, jako je například

hyperprotektivní chování, kladení přílišně vysokých nároků na dítě či vysokému výskytu rodinných konfliktů a dalších stresujících podnětů. V neposlední řadě se také může projevat důsledek pozitivní atmosféry v rodině při stravování, existence společného stolování nebo obecně duševní a psychické pohody dítěte (Rašticová, 2009, s. 34).

3.5 Terapie negativního body image

Při snaze o dosažení či udržení pozitivního body image je jedním z podstatných faktorů zdravý životní styl a fyzická aktivita. Ať již z pohledu preventivního, nebo při snaze o snížení již vytvořeného negativního vnímání vlastního těla (Fischer, Škoda, 2014, s. 152). Součástí zdravého životního stylu je sebek péče skrze dodržování jistých návyků, jako je například dostatečné množství spánku, omezené či nulové užívání návykových látek nebo udržování optimální hmotnosti skrze kvalitní vyváženou stravu a pravidelný pohyb. To vše může přispívat k pozitivnímu vnímání těla (Fialová, 2007, s. 53). Přínos sportu je nejen v redukci tělesné hmotnosti a ve zlepšování fyzické vytrvalosti, přestože i to pomáhá cítit se lépe ve svém těle, ale i v kladném ovlivňování psychiky jedince. Sport zvyšuje psychickou stabilitu, pozitivní sebehodnocení a odolnost vůči stresu, stejně jako pomáhá snižovat pocity deprese. Může také vést jedince k větší pozornosti k vnímání vlastního těla, k jeho schopnostem a možnostem (Fialová, 2007, s. 70 - 71). Čápková (2007) popisuje roli sportu v životě handicapovaných lidí jako důležitou pro vyrovnání se s handicapem, utváření možností pro seberealizaci a navyšování sebedůvěry a pocitu vlastní hodnoty.

Další možností, jak pracovat s negativním body image, je vyhledat odbornou pomoc terapeuta. Kognitivně behaviorální terapie je hojně využívána k řešení negativního body image, neboť se zaměřuje na faktory, které podporují klientovo zaujetí vlastním tělem a negativními pocity s ním souvisejícími. Jako první je v rámci této terapie nastaven individuální plán terapie, v němž jsou zmapovány problémové myšlenkové vzorce, které vedou k úzkosti v souvislosti s body image. Při úspěšné terapii jsou tyto vzorce nahrazeny novými vhodnějšími vzorci (Gibson, 2015, s. 290). Dysfunkční myšlenky jsou nahrazovány pomocí technik jako je psychoedukace (zaměřené na příčiny a důsledky tělesné nespokojenosti), desenzibilace (například pomocí tzv. zrcadlové expozice), sebemonitorování, relaxační techniky a jiné (Lewis-Smith et al., 2019).

Při terapii negativního body image může být využívána i skupinová terapie. Jejím východiskem je předpoklad, že většina vzorců, které se promítají do našeho vnímání a chování má původ ve skupinách, kterými je jedinec celý život přirozeně obklopan, jako

například rodina, vrstevníci, kolektiv ve vzdělávacím či pracovním prostředí atd. Uvnitř terapeutické skupiny si členové vytváří vztahy a chovají se podle podobných vzorců, které se naučili ve svých přirozených skupinách. Během terapie tak na základě interakcí s terapeutem a se skupinou mohou získat náhled na své chování či prožívání. Ten může vyvolat změnu chování a postojů, která je trvale zakomponována do psychiky daného jedince (Praško et al., 2019, s. 15 - 16). V rámci skupiny se jednotliví členové setkávají s dalšími lidmi, kteří mají podobné zkušenosti či problémy. Tento fakt pomáhá vytvářet bezpečné prostředí pro sdílení vlastních myšlenek a emocí, a posiluje pocity přijetí a respektu. Klienti zde, kromě podpory a pomoci, dostávají také příležitost pomáhat ostatním a tím si znovu budovat víru v sebe sama a své schopnosti. Celkově účast ve skupině vede k pozvednutí sebeúcty, sebevědomí a přijetí sebe sama (Matoušek, 2013, s. 172 - 174).

K lepšímu vnímání vlastního těla pomáhá i pohybová terapie, při které je pohyb využíván terapeutickým způsobem a zaměřuje se na sebeuvědomění a psychofyzickou integraci jednotlivce. Tato metoda může být verbální i neverbální a zahrnuje tanec, umění či psychodrama. V rámci ní má jednotlivec možnost aktivní účasti, sebevyjádření, zapojení představivosti a dosažení hlubšího propojení těla a mysli. To může vést nejen k uvolnění fyzického i psychického napětí, uvědomění si svých silných i slabých stránek, ale i ke změnám v myšlenkových procesech, zlepšení interpersonálních i kognitivních dovedností a dosažení vyšší kvality života (Savidaki et al., 2020).

3.6 Terapie body image v kontextu sociální práce

V procesu ozdravování negativního body image má svou roli i sociální pracovník. Jak již bylo zmíněné v kapitolách výše, posláním sociálního pracovníka je pomáhat lidem v nepříznivé životní situaci, a podporovat jejich sociální fungování ve vztazích s dalšími lidmi a s jejich sociálním prostředím. Různé způsoby této pomoci lze rozdělit a charakterizovat pomocí 3 paradigmat sociální práce v závislosti na určení prioritních faktorů ovlivňujících sociální fungování. Jedná se o terapeutické, reformní a poradenské paradigma (Matoušek, 2012, s. 185 - 187).

V rámci terapeutického paradigmatu považujeme za hlavní faktory sociálního fungování duševní zdraví a psychickou a sociální pohodu klienta. Sociální pracovník se toho snaží dosáhnout pomocí psychoterapie, ať již skupinové nebo individuální. Velký důraz je zde kladen především na komunikaci a vzájemnou interakci mezi terapeutem a klientem. Sociální pracovník v pozici terapeuta musí mít hlubší znalosti psychologie a absolvovat

psychoterapeutický výcvik. Při práci s negativním body image tak může sociální pracovník s příslušným vzděláním být zprostředkovatelem například některé z terapií zmíněných v předešlé kapitole (Navrátil, Musil, 2000, s. 121).

Reformní paradigma pracuje s východiskem, že pro sociální fungování je třeba změny ve společnosti a dosažení sociální rovnosti. V případě dosažení této rovnosti ve prospěch některé utlačované skupiny, jsou její členové opět zmocněni ke změně své situace a schopni mít vliv na své životy (Matoušek, 2012, s. 187 - 188). Ve vztahu k body image se může jednat například o témata jako je vliv médií na představu společnosti o tělesném ideálu nebo genderové pojetí body image. Mediální obraz ideálního těla vychází často z genderových stereotypů. Zobrazuje ženy jako hubené a submisivní a muže jakožto svalnaté a dominantní. Tento obraz může vést k obavám ze sociálního vyloučení a většímu úsilí těmto ideálům dostat, a způsobovat narušení vnímání vlastního těla (Kong, 2023). Jelikož média získávají čím dál větší vliv na chování jedince i celé společnosti, vzniká tu nutnost edukace veřejnosti v oblasti mediální gramotnosti. Zvyšování schopnosti společnosti umět zpracovávat a vyhodnocovat médii poskytované podněty má vliv na postoje společnosti a kvalitu života (Jiráček, Wolák, 2007, s. 6 - 8).

Posledním zmíněným paradigmatem je sociálně právní pomoc neboli poradenské paradigma. V rámci něj se sociální pracovník soustředí na potřeby klienta a na jeho možnosti a schopnosti nutné k jejich naplnění. Zároveň mu zprostředkovává přístup k potřebným zdrojům, ať již ve podobě informací nebo souvisejících služeb a další odborné pomoci (Navrátil, Musil, 2000, s. 122 - 123).

4. Problematika poranění míchy

V rámci praxe s lidmi po poranění míchy se sociální pracovník často pohybuje ve zdravotnickém prostředí a krom jiného hledá řešení i jeho sociálně-zdravotních problémů. Práce s klientem, jehož potřeby zdravotní stav silně ovlivňuje, tak vyžaduje i doplnění znalostí z jiných oborů, jakými jsou například medicína či psychologie, aby bylo možné tyto potřeby co nejlépe definovat (Matoušek et al., 2005, s. 96). Pokud sociální pracovník pracuje ve zdravotnictví, může tak činit pouze pod odborným dohledem. Při této praxi má tedy pracovník omezené kompetence, navíc ji mohou provázet i problémy při personálním zajištění. Vhodnější alternativou je doplnění vzdělání absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu pro získání statusu zdravotního sociálního pracovníka (Kříž, 2019, s. 387).

Při práci s lidmi po poranění míchy je třeba krom sociálních faktorů brát v potaz i zdravotní stav dotyčného včetně specifík konkrétního onemocnění či postižení, aktuální fyzickou kondici, stejně jako jeho psychický stav, sebepojetí a další psychologické faktory, které mohou ovlivňovat schopnost klienta řešit svou situaci (Matoušek et al., 2005, s. 99). Tyto znalosti spolu s dalšími jsou významné pro zvážení následných sociálních rizik a potřeby pomoci. Tvoří základ pro to, aby byl vhodně nastaven následný plán zdravotní i sociální péče. Proto je i pro sociálního pracovníka nutné, aby se uměl v důsledcích postižení orientovat (Matoušek et al., 2005, s. 167).

4.1 Míšní poranění

Poranění míchy je důsledkem traumatického či netraumatického poranění páteře a/nebo míchy, které může vést k poškození motorických a senzorických funkcí těla (Bailey et al., 2016, s. 1). Páteř se skládá z krčních obratlů (C1-C7) z nichž první dva se nazývají nosič (atlas) a čepovec (axis). Dále potom z obratlů hrudních (Th1-Th12), bederních (L1-L5), kosti křížové a kosti kostrční. Otvory jednotlivých obratlů vytvářejí tzv. páteřní kanál, skrze který vede mícha (Kočiš, Wendsche, 2012, s. 1 - 4, 14). Míchu tvoří 31 párových míšních segmentů (pro pravou a levou část těla), které dělíme stejně jako obratle na krční (C1-C8), hrudní (Th1-Th12), bederní (L1-L5), křížové (S1-S5) a kostrční (Co1). Podle zasaženého segmentu se určuje výška míšního poranění, která souvisí s následným rozsahem postižení (Faltýnková, 2012, s. 9). Při traumatu míchy rozlišujeme primární a sekundární poranění. Primárním poraněním jsou rozuměny různé typy komprese míchy způsobené zlomeninami a

posunem zasažených obratlů, násilné protažením páteře nebo úplné přerušeni míchy. To způsobuje mechanické poškození míchy a odumírání buněk. Sekundární poškození se může projevit s určitým časovým odstupem od úrazu a dochází při něm k dalšímu poškození buněk vinou například krvácení nebo zánětu (Kříž, 2019, s. 7 - 8).

Bezprostředně po úrazu může dojít ke vzniku tzv. syndromu míšního šoku. Otok v místě poranění může způsobit narušení motorických, senzitivních a autonomických funkcí organismu, které později zeslábne nebo odezní. K útlumu dochází v rámci několika dní až týdnů a teprve po něm je možné přesněji zhodnotit následky úrazu (Kříž, 2019, s. 9). Jak již bylo výše zmíněno, v závislosti na výšce míšní léze dochází k určení míry postižení. To se dělí na paraplegie a tetraplegii (kvadruplegii). Paraplegie vzniká lézí v úrovni obratlů hrudních a bederních, nebo v oblasti kosti křížové či kostrční. Dochází při ní k snížení pohybu a citlivosti dolní části trupu a končetin. Léze způsobující tetraplegie se pak nachází v oblasti krčních obratlů. Projevuje se v různé míře poškozením pohyblivosti a citlivosti horních a dolních končetin, trupu a pánve (Bailey et al., 2016, s. 1).

K poranění míchy dochází nejčastěji z důvodu autohavárie (více než 50 %). na dalším místě jsou pak pády a skoky z výšky, nebo úrazy způsobené při sportu. Nejčastěji postihují muže ve věku 30 až 40 let. Zhruba ve 25% případů se míšní léze nachází v oblasti krční páteře (Kočiš, Wendsche, 2012, s. 23).

4.2 Důsledky poranění míchy

V předchozí části textu je již zmíněné, že v závislosti na oblasti výskytu míšní léze dochází k částečnému či úplnému narušení senzomotorických funkcí nervových zakončení v určité části těla. Zjednodušeně by se dalo říci, že poranění míchy narušuje tok informací mezi mozkiem a částí těla, která je pod poškozenou oblastí. To způsobuje mnoho zdravotních problémů a z nich vyplývající možné psychické důsledky (Faltýnková, 2012, s. 15).

4.2.1 Fyzické důsledky poranění míchy

S narušenou schopností pohybu a cití souvisí možnost vzniku dekubitů, stejně jako popálenin, omrzlin nebo jiných poranění. Dekubity neboli proleženiny vznikají jako důsledek vytrvalého tlaku na konkrétní oblast kůže. U člověka po míšním poranění k nim může docházet z důvodu nedostatečné ošetrovatelské péče, nevhodné péče o své tělo nebo nedodržováním preventivních opatření (například nedostatečným odlehčováním přes den) (Kříž, 2019, s. 255). To vše je samozřejmě ještě zesíleno faktem, že dotyční často necítí, v

jakém stavu či poloze se některé části jejich těla nachází. Tlak působící na kůži může způsobit poranění až odumření tkáně a kostí pod ním, a v extrémních případech může být daný jedinec ohrožen na životě. Pro úspěšnou léčbu je potřeba nasadit přísný odlehčovací režim, popřípadě je nutné problém řešit chirurgicky. Obojí ale vede k častějšímu pobytu na lůžku, mnohdy i na několik měsíců, což vede ke zhoršení kvality života dotyčného (Faltýnková, 2012, s. 19 - 20).

Další komplikací jsou mimovolné záškuby ochrnutého svalstva neboli spasmy. Jedná se o nekontrolovanou aktivaci ochrnutých svalů. Ta může být dočasná a dochází k ní především při změnách polohy těla nebo dotyku, nebo trvalá. Následkem těchto křečí mohou být problémy se stabilitou, ztížený pohyb a sebezpečí, a mohou vést až k trvalým deformitám končetin a trupu. Do jisté míry je lze potlačit pomocí rehabilitace či nasazením medikamentů (Faltýnková, 2012, s. 17).

Významným a omezujícím problémem doprovázejícím míšní poranění je narušená funkce vylučovací soustavy. Po poranění míchy často chybí pocit potřeby vyprázdnění, proto se dotyčný musí naučit dobře rozlišovat signály svého těla a umět využívat potřebné pomůcky buď sám nebo s asistencí další osoby. V opačném případě pak může docházet k nekontrolovanému úniku moči či stolice, popřípadě ke zvýšenému výskytu infekcí (Kříž, Kábrtová, Faltýnková, 2004, s. 15 – 19). Především s těmito problémy souvisí syndrom autonomní dysreflexie. Jeho projevy jsou vysoký krevní tlak, zvýšená činnost potních žláz, zčervenání obličeje a silná bolest hlavy. Způsobuje ho intenzivní podráždění receptorů pod úrovní cití, které může být zapříčiněno bolestivým podnětem, zánětem nebo právě nadměrnou náplní močového měchýře či střev. V případě výskytu tohoto syndromu je třeba akutní lékařský zásah, jelikož může dojít až ke stavům ohrožujícím život pacienta (Faltýnková, 2012, s. 17).

Mezi další příznaky poškozené míchy patří porucha termoregulace, ztížené dýchání vedoucí k zhoršené dýchací hygieně a vykašlávání, zvýšený výskyt otoků končetin nebo riziko osifikace či rýdnutí kostí (Faltýnková, 2012, s. 14 - 22).

V neposlední řadě je potřeba se zmínit i o možnosti sexuální dysfunkce, které může být také následkem tohoto typu poranění. Šrámková (1998) ji definuje jako kvantitativní poruchu sexuální výkonnosti v oblastech sexuální apetence, sexuálního vzrušení, orgasmu a sexuálního uspokojení (Šrámková, 1998, s. 26). U lidí po poranění míchy se jedná především o problémy s erekcí a ejakulací, které jsou způsobeny přerušáním nervových drah v poškozených míšních segmentech. Dalším tématem pak může být zhoršená kvalita spermií, kterou kromě změny chemických procesů v těle mohou způsobovat i opakované urologické infekce či problémy s termoregulací. Tyto změny mohou komplikovat možnosti rodičovství a často je nutné je řešit vhodnými kompenzačními pomůckami, medikamenty či využitím

služeb asistované reprodukce (Kříž, 2019, s. 209, 210, 219). Překážkou v této oblasti mohou být i předsudky, ať již ze strany postiženého, partnera nebo společnosti. Stejně tak i psychické a fyzické problémy jako je například strach ze selhání, nízké sebevědomí, snížená citlivost a možnost pohyblivosti nebo nekomfortní pocity související s výše zmíněnými fyzickými důsledky postižení (Drábek, 2013, s. 60 - 62).

4.2.3 Psychické důsledky poranění míchy

Postižení může být vrozené či získané. Přestože není možné říci, že by ztotožnění se s jedním či druhým bylo snazší či těžší, můžeme vidět určitá specifika v procesu vyrovnávání se zdravotním stavem u každého z nich. Zatím co u vrozeného postižení je možnost postupné adaptace, u získaného postižení, jakým jsou i poškození vzniklá v důsledku poranění míchy, je daný jedinec nucen čelit náhlé změně nejen svého fyzického stavu, ale i společenského postavení. Promítá se jak do osobního a rodinného života, tak i do oblastí kariéry či postavení v rámci komunity. Postižený tak ztrácí či mění dílčí části podstaty své identity a je nucen měnit své životní plány a postoje. U takovýchto úrazů dochází k této změně opravdu z minuty na minutu, bez sebemenší možnosti přípravy (na rozdíl například od onemocnění dlouhodobějšího charakteru) (Novosad, 2011, s. 114).

Ačkoliv je myšlení, cítění a prožívání každého člověka odlišné, pocity většiny lidí v nejbližší době po úraze jsou orientovány spíše negativně. Jsou mezi nimi zastoupeny strach, deprese, lítost, vztek či neschopnost uvěřit tomu, co se stalo. Jejich intenzita se postupem času mění a dochází k postupnému smíření se s novou životní situací. To přináší danému jedinci možnost se znovu zaměřit na budoucnost a vzít život do vlastních rukou (Faltýnková, 2012, s. 13). Mezi možné adaptační mechanismy můžeme řadit například popírání oznámené diagnózy, introspekci kdy dotyčný může za svůj úraz obviňovat sám sebe, nebo mechanismus projekce, při které svaluje vinu na své okolí. Za nepřiměřenou adaptaci můžeme považovat dlouhodobou a intenzivní depresi, stejně ale tak může být problémem až přílišný optimismus v rámci něhož pacient svou diagnózu zlehčuje. V takových případech je vhodné mu nabídnout odbornou psychologickou pomoc (Kříž, 2019, s. 381 - 382). V odborné literatuře se můžeme setkat s nejrůznějšími modely průběhu psychického prožívání traumatu. Podle modelu dle Křivohlavého (1985) lze toto prožívání rozdělit do 5 fází:

- fáze výkřiku
- fáze popření
- fáze intruze
- fáze vyrovnání

- fáze smíření

V první fázi výkřiku dochází k nejintenzivnějšímu prožívání emocí jako je úzkost, strach, hněv či pocity selhání. Navenek se mohou projevat buď výraznými výbuchy, křikem a pláčem, ale nebo také propadnutím do naprosté apatie či deprese. Tuto fázi střídá fáze popírání, která se projevuje útlumem prožívaných emocí a odtržením se od právě prožívané reality. Zatímco v počátku poúrazové péče je tato fáze vítaná jakožto prevence depresivních stavů, později může být negativní pro potřebnou rehabilitaci, neboť daný jedinec může přestat mít zájem na sobě pracovat a svou situaci zlepšovat. V rámci fáze intruze se mohou negativní pocity opět zesilovat a to na tolik, že daný jedinec se není schopen od své situace odpoutat, což může vést ke vtíravým myšlenkám, které mohou končit až prožíváním noční děsů či halucinacemi. Ve fázi vyrovnávání nastává postupné přijímání nové životní situace a hledání vhodných mechanismů adaptace. Jedná se o dlouhodobý proces, ať již tvořený sérií samostatných pokusů, nebo za pomoci odborného poradenství. Poslední fáze je fáze smíření, kdy již došlo k plné adaptaci a nalezení vlastního řešení. Pacient se přestává soustředit na svou léčbu a začíná nový život (Šrámková, 1998, s. 18)

Dalším užívaným modelem je model dle Kübler-Rossové, jenž je též užíván při vyrovnávání se se smutkem či umíráním. Jeho jednotlivé fáze jsou:

- fáze popírání
- fáze hněvu
- fáze smlouvání
- fáze deprese
- fáze smíření

Jednotlivé fáze probíhají podobně jako ve výše zmíněném model dle Křivohlavého. Nejdříve dochází k popírání nastalé situace. Jedná se o obraný mechanismus úniku od situace, který je střídán mechanismem útoku, neboli agresí a hněvem. Ten přechází do postupného „smlouvání“ s osudem a depresivním pocitům. Celý tento proces je opět uzavřen postupným smířením se s novým zdravotním stavem a počátkem procesu adaptace. (Kříž, 2019, s. 380 – 381) Stejně jako v předchozím modelu, jednotlivé fáze mohou mít různý průběh i délku trvání, což je ovlivněno mnoha aspekty včetně vlastních osobnostních charakteristik pacienta. Některé fáze se mohou opakovat nebo k nim dojít nemusí, včetně fáze smíření se. V každém případě se jedná o dlouhodobý proces, který v mnoha případech probíhá doživotně (Šrámková, 1998, s. 18).

Vliv na psychiku člověka po traumatu míchy má samozřejmě i do jisté míry změna prostředí. Adaptace na nemocniční prostředí může být náročná. Ze dne na den se zužuje svět pacienta na dlouhodobý pobyt na lůžku, nemocniční řád a pobyt s dalšími těžce nemocnými lidmi. Tato změna je v případě míšního úrazu velmi náhlá a trvá až několik měsíců. Podstatně jej mohou ovlivňovat vztahy s personálem. Pokud je na pacienta nahlíženo především skrze jeho diagnózu, ještě více se může prohlubovat pomyslná ztráta jeho identity a stává se pouze anonymním číslem v nemocničním kolosu. Depresivní stavy pak mohou nadále prohlubovat nesprávné nebo omezené informace ze strany lékařů. Je proto vhodné zaujmout vůči pacientovi partnerský přístup a poskytovat mu dostatek empatie a co největší možnou míru autonomie (Kříž, 2019, s. 382). Faltýnková (2012) uvádí následující body, které mají přispívat k tomu, aby se pacient se svým stavem vyrovnal co nejlépe:

- Dozvědět se co nejvíce o svém stavu a o míšním poškození.
- Akceptovat, že je normální cítit negativní emoce.
- Mluvit s někým o svých pocitech (s lékařem, psychologem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, rodinou, přáteli, jinými lidmi s poraněním míchy apod.). Je dobře být upřímný ve vyjádření svých pocitů a obav.
- Zůstat aktivní fyzicky i mentálně, dělat oblíbené věci a nebát se zkoušet věci nové.
- Rozhodnout se pokračovat v životě i s poškozením míchy a na vozíku (Faltýnková, 2012, s. 13)

Důležitou součástí je i podpora rodiny a okolí. Přestože se spinální program snaží umožňovat co nejčastější návštěvy domácího prostředí, dochází během jeho léčby a rehabilitace k odtržení od kontaktu s rodinou a komunitou. Při jeho návratu domů je proto potřeba, aby byla rodina schopná se o dotyčného postarat nejen po praktických stránkách, jako je například zajištění bezbariérového prostředí či poskytnutí/zajištění dostatečné asistence, ale i po stránce psychické (Šrámková, 1998, s. 20). Je žádoucí zprostředkovat mu pocit znovupřijetí do rodiny i komunity. Psychicky náročná pro daného jedince může být i případná změna chování v jeho okolí a společnosti obecně. Dotyčný si musí zvyknout na to, že lidé se mohou projevovat nejistě při komunikaci s ním, nabízet až příliš aktivně pomoc nebo dávat nevyžádané rady, a to včetně jeho nejbližších. Je třeba naučit se vést na toto téma otevřenou komunikaci a podpořit se navzájem (Kříž, Kábrtová, Faltýnková, 2004, s. 10). Kromě aktivního návratu do společenského života, může přispět k rychlejšímu psychickému zotavení i návrat do pracovního procesu či nalezení nových možností aktivního trávení volného času. S tím může pomoci nejen rodina a komunita, ale také odborné poradenství (Šrámková, 1998, s. 20).

5. Body image u osob po poranění míchy

V oblasti zkoumání body image u osob po poranění míchy jsou významných přínosem především dvě kanadské studie, které zpracoval Bailey et al. (2015, 2016). První z nich je *Výzkum pozitivního body image osob s poraněním míchy (2015)* taktéž zkoumá body image u lidí po poranění míchy, tentokrát spíše s důrazem na jeho pozitivní stránky. Účastníky studie byli totiž respondenti jako v první zmíněné studii. Každý z nich byl schopen popsat aspekty ovlivňující pozitivní body image, tři z nich dokonce připouštěli jeho plné dosažení. Jako podstatná byla probírána následující témata: akceptace vlastního těla, respekt a vděčnost k vlastnímu tělu, sociální podpora, zlepšení funkčnosti těla, nezávislost, vliv médií na body image a obecné pojetí krásy, potřeba pozitivního přístupu a obklopení se pozitivně smýšlejícími lidmi, přijetí a respekt od svého okolí, náboženství či spiritualita, péče o tělo a zvládání sekundárních komplikací (Bailey et al., 2015).

Druhá studie s názvem *Výzkum negativního body image osob s poraněním míchy (2016)*, kterého se účastnilo 9 respondentů ve věku 21 – 63 let, kteří byly nejméně 12 měsíců po poranění míchy. Na základě rozhovorů s nimi bylo určeno 7 hlavních kategorií, které jsou vnímány jako nejvíce ovlivňující jejich negativní body image. Těmito kategorie jsou: vzhled, obavy z nárůstu hmotnosti, negativní změny funkcí těla, obtíže s hygienou a inkontinencí, nostalgické pocity ve vztahu k tělu před úrazem a ztráta propojení s vlastním tělem (Bailey et al., 2016).

V rámci zpracovávání této kapitoly vycházela autorka práce především z těchto dvou výzkumů.

5.1 Změny složek tělesného sebepojetí po poranění míchy

Jak již bylo zmíněno ve třetí kapitole, jako základní složky tělesného sebepojetí neboli vnímání vlastního těla jsou označovány vzhled, zdraví a zdatnost (Fischer, Škoda, 2014, s. 145). Po poranění míchy vlivem nejrůznějších aspektů dochází k radikálním změnám ve všem těchto třech oblastech.

Vzhled je považován za nejdůležitější složku tělesného sebepojetí. Hraje významnou roli jak při utváření subjektivních názorů na vlastní tělo skrze vizuální informace, tak i na naše přijetí do společnosti (Fialová, Krch, 2012, s. 30). V případě paraplegie a tetraplegie nastává mnoho změn ve vzhledu jedince, které z velké části mohou mít vliv na zhoršení jeho body image. Po míšním poranění dochází k postupnému úbytku svalové tkáně pod úrovní

míšní léze a na částech těla s porušenými nervovými zakončeními, které jsou výsledkem narušených motorických schopností a s tím související absencí zátěže. Tento úbytek je větší u lidí s diagnózou tetraplegie oproti paraplegikům (Kříž, 2019, s. 227-228). Naopak vlivem jednostranné zátěže může docházet k nárůstu svalové hmoty oproti jejímu stavu před postižením, například v oblasti paží a ramen (vlivem časté zátěže skrze pohyb na vozíku). To může mít rozdílné dopady na spokojenost s vlastním tělem, přičemž tento fakt těší především muže, zatímco u žen může být vnímán spíše negativně (Bailey et al., 2016, s. 5). Po poranění dochází také ke změnám v poměru rozložení svalové a tukové tkáně. To souvisí jak se změnami v metabolismu, tak i se snížením pohybu určité části těla a celkové aktivity daného jedince. Na výsledku těchto změn se mohou podílet i spastické křeče, které mohou uchovávat některá svalová vlákna aktivní a tím zabraňovat jejich úplné degradaci (Kříž et al., 2014, s. 210). Faktem ovšem zůstává, že v důsledku ochrnutí dochází k nárůstu tukové tkáně, především v oblasti břicha a nohou, což může mít negativní vliv na vnímání vlastního těla. Zvláště pro ženy je toto citlivé téma. Ať již zvětšení v oblasti břicha, tak i ztráta křivek v důsledku atrofie svalů. Za zmínku stojí i to, že lidé po poranění míchy do vnímání svého vzhledu zařazují i svůj invalidní vozík. Za důležité považují například to, jak moc komfortně se ve vozíku cítí, s čímž může souviset jeho ovladatelnost, vzhled, ale i jeho úpravy na míru, neboť nevhodně nastavený vozík může vést až k nevhodnému sedu a asymetrickému držení těla, což sebou přináší další obtíže. Pro někoho můžeme být i důležitým bodem to, zda-li je stále schopen využívat mechanický vozík a není odkázán na vozík elektrický (Bailey et al., 2016, s. 5) V neposlední řadě je také třeba zmínit riziko obezity, které je u míšních pacientů poměrně vysoké a vede nejen ke zhoršení body image, ale i k možným zdravotním rizikům a poklesu soběstačnosti, což souvisí s dalšími dvěma složkami tělesného sebepojetí (Kříž et al., 2014, s. 212).

Druhou základní složkou body image je zdraví. Zcela evidentně sebou postižení přicházející po poranění míchy nese zdravotní komplikace a ovlivňuje zdraví jedince po zbytek života. Kromě již zmiňované obezity, můžeme ještě zmínit některé z dalších důsledků, které mohou potenciálně ovlivnit vnímání sebe sama a svého těla. Jedním z nich je inkontinence a nekontrolované úniky stolice. Lidem po poranění míchy tato ztráta kontroly nad vlastním tělem nejen neustále připomíná, že nejsou normální, ale nutí je vnímat, že jejich tělo je „nečisté“. S tím se samozřejmě pojí i obtíže s udržováním čistoty, jelikož po úraze je pro ně používání toalety, sprchy nebo vany mnohem komplikovanější (Bailey et al., 2016, s. 7). Jako další důsledek úraze, jenž ovlivňuje vnímání těla, bývá označována bolest. Ta může být způsobena například přetížením zbývajících funkčních svalů anebo může být například neuropatické podstaty. Její minimalizace je podstatný krok ke zlepšení vztahu k vlastnímu

tělu. Obecně je pro udržení pozitivního body image nutné naučit se včas rozeznávat přicházející zdravotní komplikace a potřeby svého těla, a je-li to možné, nedopustit zhoršení v důsledku jejich ignorování či zanedbávání péče o své tělo celkově (Bailey et al., 2015, s. 31).

Posledním aspektem body image je zdatnost, která v tomto případě může být posuzována nejen skrze fyzickou sílu, sportovní vlohly nebo kondici, ale i jako zachovalá tělesná funkčnost a soběstačnost. Kromě fyzioterapeutických cvičení se lidem využívajícím invalidní vozík doporučuje věnovat se sportovním aktivitám, ať již závodně či rekreačně. Sportovní aktivita má pozitivní vliv nejen na jejich fyzickou kondici, ale výrazně zlepšuje i jejich duševní pohodu, stejně jako jejich schopnost soběstačnosti (Faltýnková, 2012, s. 48 - 49). Lidé po úrazu míchy často zmiňují potřebu býti vnímání jako stále fyzicky aktivní a sportování či cvičení jim pomáhá k udržení lepšího body image (Bailey et al., 2016, s. 8). Dalším vzpomínaným tématem je soběstačnost, která silně zlepšuje vnímání sebe sama a svého těla, neboť k jejímu alespoň částečnému dosažení je třeba mnoho práce. To vyvolává v dotyčných nejen pocity vděčnosti za zachovalou funkčnost jejich organismu, ale také emoce jako je hrdost nebo pocity vítězství, což má přímý vliv na zlepšení body image daných jedinců (Bailey et al., 2015, s. 29).

5.2 Sociokulturní vliv

Jedním z významných činitelů, které ovlivňují body image, patří společnost a sociální kontakty. Bailey et al. (2016) uvádí, že pro většinu respondentů jeho výzkumu bylo podstatné, aby byli společností vnímání především jako normální lidé, nikoli jako postižení. Trpěli pocitem, že okolí je hned škatulkuje jako „ty na vozíku“, což má pak vliv i na jejich pohled na sebe samého a vyvolává v nich pocit určitého stigmatu. Dotyční uváděli nutkání co nejvíce zakrývat známky svého postižení a naopak cítili tlak na to, aby skrze svůj vzhled a chování co nejvíce dokazovali jejich normálnost a sounáležitost s „nepostiženou“ společností. Projevovalo se to například větší potřebou péče o své tělo s cílem dosažení pocitu atraktivity, aby vypadali méně postiženě, nebo aktivnějším sportování, aby nepůsobili příliš líně. Nevhodné reakce okolí a strach z negativního statusu vedly některé respondenty až k neochotě opouštět svůj domov a zapojovat se do společenského života (Bailey et al., 2016, s. 7 - 8).

Média také podstatnou částí ovlivňují body image, neboť silně propagují především západní pojetí zdravého a krásného těla, což obzvláště pro tělesně postiženého člověka může

být zátěž při snaze akceptovat své nové tělo. Naopak pro některé získání postižení znamená možnost oprostít se od této formy sociálního tlaku a naučit se vnímání širšího konceptu krásy, které není již tolik závislé na hodnocení většinové společnosti (Bailey et al., 2015, s. 30).

Do této kategorie můžeme zařadit i pohled společnosti na sexualitu lidí na vozíku. Ta je podstatným prvkem pro sebehodnocení daného jedince a odráží se i v jeho partnerském či manželském životě, stejně jako v jeho duševním zdraví. Lidé s postižením však často bývají vnímáni jako asexuální, přestože by měl být spíše kladen důraz na podporu a rozvoj v této oblasti (Drábek, 2013, s. 15 - 16). Lidé po úrazu míchy se často vnímají jako „znetvoření“, mají obavy z možného hledání partnera a prožívají negativní pocity a myšlenky ohledně tohoto tématu. V lepším případě je výsledkem hledání mechanismů na zvládnání těchto pocitů, často skrze zvýšeného důrazu na hygienu, vkusné oblečení nebo dokonce i skrze chirurgické zásahy s cílem své tělo vylepšit (Bailey et al, 2016, s. 7). Vlivem frustrace z nenaplnění sexuálních potřeb může docházet ke snižování sebevědomí a k rezignaci na péči o sebe a svůj vzhled. V takovém případě je vhodné vyhledat psychologickou pomoc. A jako prevenci pracovat s tímto tématem v rámci adaptačního procesu po úrazu (Šrámková, 1998, s. 41).

5.3 Strategie pro pozitivní body image

Kromě výše zmíněných poznatků, přináší oba výzkumy další aspekty vnímání vlastního těla po úrazu míchy, které mohou být podstatné pro získání či udržení pozitivního body image. Jedním z nich je zjištěná přímá úměrnost mezi množstvím času uplynulého po úrazu a zlepšováním přijetí vlastního těla. Respondenti, kteří silněji lpěli na představě svého starého těla coby ideálního, vykazovali nižší sebevědomí a spokojenost se svým tělem oproti druhé skupině (Bailey et al., 2016, s. 8). Naopak pozitivní přínos mělo zaměření se na současné zachovalé funkce a pociťování vděčnosti za to, čeho je tělo stále schopné. Stejně tak snaha o další zlepšování jeho možností přinášelo dotyčným uspokojení s přímým vlivem na jejich spokojenost ve vlastním těle. Celkově je přijetí vlastní těla hodnoceno jako nezbytný předpoklad pro pozitivní body image.

Mezi další zmiňované kategorie patřily například náboženství nebo psychická odolnost. Víra pomáhá nejen dosáhnout vyšší míry smíření s nastalou situací, ale i lepší akceptace vlastního těla. Určitá míra psychické odolnosti je zase vnímána jako potřebná složka pro znovupřijetí sebe sama. Respondenti dále hovořili také o nutnosti cítit bezvýhradné přijetí a respekt od svého okolí, stejně jako o potřebě obklopovat se lidmi, kteří se ve svém těle taktéž cítí komfortně (Bailey et al., 2015, s. 28 - 31).

Výzkumy se také zmiňovaly o možnostech, jak může lékařský a pomocný personál podpořit pozitivní body image, ať již během rehabilitace, nebo i později. Kromě doporučení o začlenění fyzických aktivit pro klienty, které mají pozitivní dopad na body image po úrazu, tak i o poskytování psychické podpory. Velký význam vidí autoři výzkumu v edukaci personálu a pomáhajících profesí ve vhodných formách podpory a povzbuzení, neboť právě ty mohou mít velké dopady na vnímání vlastního těla pacientů a následnou kvalitu jejich života (Bailey et al., 2016, s. 9).

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Vymezení výzkumu

V následujících kapitolách se autorka zabývá praktickou částí práce. V rámci ní nejdříve krátce představí cíle výzkumu a hlavní výzkumné otázky. Následuje popis zvolené metodologie výzkumu, seznámení se s výzkumným vzorkem a s metodami užitými pro sběr dat. Text je zakončen interpretací získaných dat.

6.1 Cíle výzkumu

Výzkum se zabývá vnímáním vlastního těla u lidí po poranění míchy. Jeho hlavními cíli bylo zjistit, zda-li se toto vnímání po úrazu změnilo oproti stavu před úrazem a podílela-li se na této změně potřeba služeb osobní asistence, především v oblasti sebepěče. Dílčími cíli pak byla snaha o zmapování, jak se toto případné změněné vnímání vlastního těla či snížené soběstačnosti formovalo v čase, stejně jako zjištění možných strategií, které si účastníci daného výzkumu byli schopni vyvinout a jež by usnadňovaly přijetí jejich nové životní situace či zmírňovaly jednotlivé důsledky.

V souladu s určenými cíli výzkumu byly stanoveny následující hlavní výzkumné otázky:

- Došlo po poranění míchy ke změně vnímání vlastního těla u daných osoby?
- Ovlivňuje potřeba osobní asistence vnímání těla u osob po poranění míchy?

V zájmu dosažení hlubšího pochopení odpovědí na hlavní výzkumné otázky byly pak dále stanoveny vedlejší výzkumné otázky:

- Jakých způsobem se měnilo vnímání vlastního těla během následujících let po úraze?
- Které aspekty tyto změny vnímání ovlivňovaly?
- Jaké pocity u daných osob vyvolává potřeba využívání osobní asistence?
- Vytvořily si dotyčné osoby funkční strategie usnadňující adaptaci na novou situaci?

6.2 Metodologie výzkumu

Pro daný výzkum byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Zatímco kvantitativní výzkum je založen na testování určité hypotézy, výzkum kvalitativní lze popsat spíše jakožto

proces, při kterém výzkumník sbírá co největší možné množství informací, kterým se následně pak snaží porozumět co nejvíce do hloubky a vytvořit z nich určitou teorii, která buď odpovídá na pokládané hypotézy, rozšiřuje je nebo přináší i hypotézy nové (Disman, 2000, s. 285 - 286). Z tohoto důvodu o této výzkumné strategii lze hovořit jakožto o pružném typu výzkumu. Stejně tak, na rozdíl od kvantitativního výzkumu, probíhá vyhodnocování dat nejen na konci, ale i během sběru dat, přičemž sám výzkumník data vyhodnocuje a určuje, která z nich jsou pro jeho výzkum zásadní a je potřeba je hlouběji prozkoumat. Na základě toho může pak svůj výzkum o tato data rozšiřovat a ověřovat si jejich podstatu (Hendl, 2005, s. 50 - 51).

Jako u každé strategie, i použití této sebou přináší určité výhody i nevýhody. Nespornou výhodou kvalitativního výzkumu je fakt, že přináší podrobné a do hloubky zkoumané informace. To se výborně hodí při zkoumání specifických jevů ve společnosti nebo pro popis prožívání určité skupiny osob, jenž se nachází v určité sociální situaci (Disman, 2000, s. 289 -290). Avšak ono podrobné zkoumání může být výrazně časově náročnější, stejně jako se můžeme ve výsledku potýkat s nižší mírou transparentnosti celého výzkumu, oproti výzkumu kvantitativnímu. Dalším ambivalentním faktem může být ono tvoření procesu zkoumání. Na jednu stranu do výzkumu přináší nové hypotézy a nové proměnné jež výzkum obohacují a prohlubují, na stranu druhou je silně ovlivněno subjektivním chápáním výzkumníka, což snižuje jeho možnou důvěryhodnost. Mezi dalšími nevýhodami je třeba zmínit i neschopnost replikace kvalitativního výzkumu, snížený počet zkoumaných osob a v důsledku toho i velmi nízkou možnost výsledky výzkumu generalizovat v rámci širší populace (Hendl, 2005, s. 50 -53).

Jelikož vnímání vlastního body image, stejně jako proces adaptace na novou životní situaci po úraze, je především subjektivně vnímaný prožitek, tak se autorka této práce rozhodla pro svůj výzkum zvolit právě kvalitativní metodu výzkumu. Jako jeho další klad pro tuto práci je vnímám také onen posun při formování výzkumných hypotéz, který vzniká ve spolupráci se zúčastněnými respondenty, neboť právě takto vznikající výsledky výzkumu jsou mnohem autentičtější, než kdyby byly stanoveny čistě v teoretické rovině.

6.3 Výzkumný soubor

Zkoumanou skupinou jsou osoby, které jsou v důsledku poranění míchy upoutány na invalidní vozík a které byly vybrány na základě specifických kritérií, jenž jsou vypsána níže.

6.3.1 Výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl určen pomocí metody účelového výběru. Princip této metody spočívá v tom, že jsou jednotliví respondenti vybíráni na základě předem stanoveného souboru kritérií, která musí pro svou účast ve výzkumu splňovat (Miovský, 2006, s. 136).

V rámci tohoto výzkumu byla pro účast v něm stanovena následující kritéria:

- dosažení dospělosti, tzn. je starší 18 let
- stanovená diagnóza tetraplegie
- minimální doba od úrazu jsou 2 roky
- využívání služeb osobní asistence

Autorka této práce použila konkrétně metodu záměrného účelového výběru přes instituce, což znamená, že výzkumný soubor byl vybrán skrze služby určité organizace či instituce, která se zaměřuje na požadovanou cílovou skupinu (Miovský, 2006, s. 138). Jako potenciální respondenti výzkumu byli osloveni klienti Centra Paraple, kteří odpovídali požadovaným kritériím. Klienti byli osloveni přímo během jejich rehabilitačního pobytu, stručně seznámeni s rozsahem a cíli výzkumu, a v případě zájmu byli do výzkumu zařazeni.

6.3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 7 respondentů žijících na území České republiky v zastoupení 3 ženy a 4 muži. Vybraní respondenti jsou ve věku 27 – 47 let. Jejich bližší popis je znázorněn v následující tabulce.

| | Věk | Pohlaví | Diagnóza | Doba od úrazu |
|----------------|-----|---------|--------------------|---------------|
| Respondent č.1 | 47 | Žena | Tetraplegie, C4-C5 | 30 let |
| Respondent č.2 | 36 | Žena | Tetraplegie, C5 | 16 let |
| Respondent č.3 | 43 | Muž | Tetraplegie, C6 | 23 let |
| Respondent č.4 | 27 | Muž | Tetraplegie, C7 | 3 roky |
| Respondent č.5 | 31 | Muž | Tetraplegie, C6-C7 | 10 let |
| Respondent č.6 | 29 | Muž | Tetraplegie, C6 | 8 let |
| Respondent č.7 | 29 | Žena | Tetraplegie, C5-C6 | 9 let |

Tabulka č.1, Výzkumný vzorek, zdroj: autorka, 2020

Všichni respondenti mají stanovenou diagnózu tetraplegie získanou v důsledku úrazu. Poranění míchy je lokalizováno v rámci obratlů C4 – C7 a doba od získání postižení se pohybuje v rozmezí 3 – 30 let. Všechny oslovené osoby se pohybují pomocí invalidního vozíku, mají přiznaný invalidní důchod a pobírají příspěvek na péči 3. – 4. stupně. V důsledku své diagnózy využívají služby osobní asistence především v oblastech vyprazdňování, hygieny a další sebezpěče, ale stejně tak při přesunech či různých volnočasových aktivitách.

Všechny zúčastněné osoby žijí samostatně ve svých domácnostech, vedou v podobné míře aktivní život zahrnující sport, kulturní a sociální vyžití. I tento fakt je třeba brát v potaz při hodnocení jejich adaptace na míšňí poranění a život na vozíku.

6.4 Sběr a analýza dat

Jak již bylo výše zmíněno, prvotní kontakt s potenciálními respondenty si odehrál osobně v rámci služeb Centra Paraple. Zde byli respondenti velmi stručně seznámeni s cíli a zaměřením výzkumu a tázáni, zda-li by o účast ve výzkumu měli zájem. V případě kladné odpovědi byli zařazeni do seznamu respondentů a byl jim odeslán vstupní informační email, který je podrobněji seznámil s náplní této práce a základními okruhy výzkumných otázek. Pokud zájem dotyčných osob nadále přetrvával, byl s nimi domluven termín osobní schůzky. V rámci osobní schůzky byly s respondentem vždy znovu probrány záměry rozhovorů, bylo mu poskytnuto ujištění o anonymitě rozhovorů a byl mu k podepsání předložen dokument stvrzující jeho informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Po jeho podepsání se přikročilo k druhé fázi výzkumu, tedy k samotným rozhovorům.

Pro výzkum v rámci této práce byly využity polostrukturované rozhovory s otevřenými otázkami. Tyto otázky byly formulovány na základě dříve stanovených hlavních a vedlejších výzkumných otázek, a následně rozděleny do tří okruhů. První okruh rozhovoru se týkal vnímání vlastního těla a skládal se z následujících otázek:

- Jakým způsobem jste vnímal/a své tělo před úrazem? Jak jste se v něm cítil/a?
- Jakým způsobem jste vnímal/a své tělo těsně po úraze? Jak jste se v něm cítil/a?
- Jakým způsobem vnímáte své tělo nyní? Jak se v něm cítíte?
- Jaké aspekty toto Vaše vnímání ovlivňují?
- Pociťujete rozdíl ve vnímání částí těla, které ovládáte/cítíte, a v těch které neovládáte/necítíte?

Druhý okruh se pak zaměřoval na téma osobní asistence, v rámci které se autorka zajímala o následující:

- V jakém rozsahu využíváte služby osobní asistence?
- Jaké pocity ve Vás vyvolávala potřeba osobní asistence v období těsně po úraze?
- Jaké pocity ve Vás vyvolává potřeba osobní asistence nyní?
- Myslíte si, že to ovlivňuje Vaše vnímání vlastního těla?
- Kdo Vám tuto asistenci zajišťuje a jak se to promítá do Vašeho vnímání vlastního těla?

Třetí okruh byl věnován možným strategiím, které si dotyčné osoby mohly vytvořit pro lepší adaptaci na svou situaci a na potřebu využívání služeb osobní asistence?

- Jakým způsobem zvládáte Vaše pocity, které ve Vás potřeba asistence vyvolává? Máte nějaké strategie, které vám to usnadňují?

Každý rozhovor byl případně doplňován dodatečnými otázkami s ohledem na individuální odpovědi a pocity jednotlivých respondentů. Na závěr každého okruhu dostaly respondenti prostor pro vlastní připomínky k danému okruhu. Rozhovory byly doplněné krátkými dotazníky, pomocí kterých autorka práce zaznamenávala základní informace o respondentech. Mezi tyto informace patřily údaje o věku a pohlaví respondenta, roku ve kterém došlo k míšnímu poranění a výše míšní léze. Dále pak každý z respondentů označil činnosti, při kterých potřebuje využívat služby osobního asistenta. Toto označování probíhalo formou zaškrťování.

Třetí fáze výzkumu se týkala analýzy získaných dat. Všechny rozhovory byly se souhlasem respondentů zaznamenávány na diktafon. Následovala jejich doslovná transkripce do psané formy. Z přepisu byly vynechány veškeré citlivé informace, aby na základě vzniklého textu nebylo možné identifikovat respondenta. Jako metoda analýzy získaných dat byla použita metoda trsů, jejíž pomocí lze shromáždit určité výroky respondentů do jednotlivých kategorií. Toho lze dosáhnout podrobným srovnáváním přepsaných rozhovorů, kdy identifikujeme ta data, která se vzájemně překrývají v námi specifikovaných oblastech zájmu (Miovský, 2006, s. 221). Pomocí této analýzy sestavila autorka této práce několik kategorií, které jsou podrobně rozepsány v následující kapitole.

7. Interpretace dat

Na základě provedených rozhovorů a jejich následovné analýzy, byly získané informace rozděleny do těchto tematických kategorií:

- Body image u tázaných respondentů před úrazem
- Vývoj body image u tázaných respondentů v čase
- Aspekty ovlivňující vnímání vlastního těla
- Vnímání osobní asistence a jeho proměny v čase
- Vliv poskytovatelů osobní asistence
- Vliv osobní asistence na body image a získané strategie pro adaptaci

7.1 Body image u tázaných respondentů před úrazem

První téma, které bylo v rámci výzkumu s respondenty diskutováno, byl jejich vztah k vlastnímu tělu ještě před úrazem. Z rozhovorů vyplynulo, že žádný z účastníků výzkumu neměl před úrazem patologicky negativní body image a s tím spojené možné problémy, jakožto poruchy příjmu potravy či silně negativní prožívání svého vzhledu.

Pět ze sedmi respondentů popisovalo svůj vztah k tělu před úrazem jako velmi pozitivní. Byli spokojeni se všemi jeho stránkami, cítili se v něm příjemně a sebevědomě. V rámci rozhovorů kladli velký důraz především na dva hlavní aspekty, které dávali do kontrastu se současným stavem. Prvním z nich bylo vykonávání pravidelné fyzické aktivity, čili sportu nebo posilování, kterému se často věnovali, což soustavně zlepšovalo jejich body image.

„Vnímám jsem ho (své tělo) dobře. Cvičil jsem, chodil do posilovny... více méně jsem si s ním hrál a zkoušel, co všechno dokáže.“ (RD3)

„Cítil jsem se parádně, naprosto parádně. Lépe bych se cítit nemohl. Dlouho jsem makal s kámošema a byl jsem na vrcholu své fyzické kondice.“ (RD5)

Druhým zmiňovaným aspektem byla možnost a schopnost se o své tělo postarat podle svých potřeb a preferencí.

„Milovala jsem svůj vzhled, postavu a především to, že jsem se uměla upravit. Měla jsem to ráda a lpěla jsem na tom.“ (RD7)

Dvě z respondentek uvedly, že se svým vzhledem nebyly úplně spokojené a snažily se zlepšit jeho vizuální stránku.

„Cítila jsem se asi dobře... vlastně jsem byla hodně stydlivá na svoji nahotu, i před svým partnerem, takže vlastně asi jsem si vždycky myslela, že by to mohlo být lepší.“ (RD2)

Jak již ale bylo zmíněno výše, celkově se pohybovalo body image všech respondentů v oblasti pozitivního vnímání sebe sama, na škále od velmi pozitivní po průměrné.

7.2 Vývoj body image u tázaných respondentů v čase

Cílem této kapitoly bylo pokusit se zmapovat vývoj body image u jednotlivých respondentů a zaznamenat, jak se proměňovalo v čase. Nejdříve nás zajímalo, jaké pocity prožívaly dotyčné osoby v týdnech bezprostředně po úraze. Dva ze sedmi respondentů uváděli, že v této době se nenacházeli v dobrém zdravotním stavu a byli příliš pod vlivem medikace na to, aby se byli schopní vybavit si své pocity z tohoto období. U ostatních respondentů se napříč všemi rozhovory objevovaly tendence nad svou situací nepřemýšlet moc do hloubky, neboť všichni předpokládali, že nastalá situace je pouze dočasná a že se brzy zlepší.

„Byly to boje, ale víš jak, prostě nevíš a čekáš, co bude. Viděl jsem spoustu lidí si stoupat, tak pořád čekáš, co bude. To byly první dojmy.“ (RD5)

„Ale měl jsem i takové pocity, že jsem v mysli zvedl nohy, ale přitom se to nestalo... Pořád jsem doufal, že se to rozhýbe, když jsem s tím hýbal v mysli. Myslel jsem, že se to spraví, ale bohužel.“ (RD4)

Tyto výroky plně odpovídají první fázi (fáze popření) v modelu Kübler-Rossové nebo druhé stejnojmenné fázi podle modelu Křivohlavého, které jsou oba popsány ve druhé kapitole. Ve shodě s druhým zmíněným modelem, v rozhovorech se všemi respondenty bylo možné s postupem času pozorovat stále výrazněji negativní body image v následujících týdnech.

„Pak přišel největší průšvih, kdy jsem se přestala poznávat v zrcadle... a když jsem se viděla v zrcadle ve výtahu, vůbec jsem se nepoznala. Propadlý obličej, kruhy pod očima, mastné vlasy, ošklivé oblečení, které bylo špinavé od jídla. A každému to bylo jedno!“ (RD7)

„To tělo bylo divné, divně smrdělo jak se neobrušovala kůže, takže mi to vlastní tělo bylo hrozně nepříjemné, štítla jsem se ho“ (RD1)

V této fázi se také začala projevovat absence výše zmiňovaných aspektů, které respondenti uváděli jakožto podstatné pro pozitivní vnímání svého body image. Jednalo se o nemožnost vykonávat fyzickou aktivitu, která nutně vedla i k rychlé ztrátě hmotnosti svalové hmoty. Tento fakt byl zmiňován především muži, kteří ho vnímali jako důvod ke ztrátě sebevědomí a spokojenosti se svým tělem.

„Strašně rychle jsem zhubl, cca 30 kg během 14 dní, to se mi nelíbilo.“ (RD4)

Dále se pak jednalo o nutnost smíření se se ztrátou kontroly nad sebebpečí o své tělo. Tři respondenti, všechny ženy, zmiňovaly negativní vnímání sami sebe z důvodu nedostatku péče (především estetického rázu) a ze své neschopnosti tento nedostatek ovlivnit.

„Štvalo mě, že nemůžu s tělem hýbat. Vadilo mi, že se nemůžu upravit tak, jak bych uznala sama za vhodné. Tak abych se cítila spokojeně sama se sebou.“ (RD7)

„Navíc je hrozné jak před tím úrazem je člověk zvyklý se opečovávat, oholit se a mít takový kulturní upravení. Tak v té nemocnici se to všechno stopne, to bylo pro mě hrozné.“ (RD2)

Postupem času, v rámci několika měsíců, se všichni respondenti na svou situaci začali adaptovat a přešli do fáze smíření. Spolu s časem potřebným na zvykání si na svůj stav, mělo jistě velký vliv na tuto adaptaci i opuštění ryze nemocničního prostředí spolu se znovuziskáváním některých svých schopností a kontroly nad svým životem. Přesto bylo možné v některých rozhovorech zaznamenat u respondentů jistou míru odcizení se od vlastního těla.

„Teď jsem jako karoserie. Tady vidíš, jak ta věda jde dopředu, za pár let se budou měnit jenom mozky, takže tělo je jenom zbytečná schránka.“ (RD3)

„No tak zvykl jsem si na to, jak to tělo pracuje, celkem. Ale je to vězení, jak se to nehýbe. Jako by mysl byla sevřená v betonu. Chce se pohnout, ale nepustí jí to, takže jakoby vězení. Nevím jak lépe to popsat.“ (RD4)

„A vlastně si už dávno zvyknul, že to tělo není jenom jeho, že je to prostě tělo a vlastně to, co je ve mně je to moje, ale to tělo je jenom nástroj pohybu.“ (RD2)

Všichni respondenti uvádějí, že v současné době jsou se svým zdravotním stavem smíření a že je jejich vnímání těla neutrální až pozitivní.

7.3 Aspekty ovlivňující vnímání vlastního těla

Na základě získaných rozhovorů se podařilo identifikovat několik aspektů, které podle respondentů mohou ovlivňovat body image u lidí s diagnózou tetraplegie.

Nejčastěji zmiňovaným tématem byla **nespokojenost s tělesnou hmotností**. Čtyři respondenti hovořili o problémech s obezitou a následným snížením hmotnosti.

„Snažím se hubnout, všechny ty svaly ti spadnou do břicha a ten pupek je neskutečný... Ta váha tě limituje i při přesunech a tak.“ (RD5)

„Je pro mě o dost náročnější si teď udržet nebo snížit váhu, to je otrava“ (RD 6)

„Jako jo, snažím se držet diety, jíst tak, abych nevypadala tlustě... Ale hodně si to hlídám, nikde se neukazuju, mám jen pár asistentek před kterými se nestydím.“ (RD2)

Tento pocit bývá u tetraplegiků velmi častý a příliš velký nárůst hmotnosti může způsobovat nejen horší sebehodnocení, ale také negativně ovlivňovat další aspekty související s kvalitou života po úraze míchy, jako je zdraví nebo soběstačnost například v oblasti hygieny, přesunů nebo v sexuálním životě. Velký vliv má jistě i to, že vzhledem k omezeným možnostem pohybu a výdeje, je pro částečně ochrnutou osobu mnohdy mnohem složitější na své hmotnosti něco změnit. Na druhou stranu, jeden z respondentů uvedl, že jedním z nejsilnějších aspektů, které ovlivňují jeho body image, je naopak fakt, že po úrazu míchu u něj došlo k výrazné redukci hmotnosti a svalové hmoty. Jelikož v době před úrazem si na své svalové hmotě velmi zakládal, je pro něj tato ztráta i po letech velmi citlivé téma.

Další zmiňovanou stránkou života na vozíku, která negativně ovlivňuje vztah k vlastnímu tělu, jsou podle respondentů výzkumu **fantomové bolesti**. Ty limitují nejen výkonost a funkčnost jejich těla, ale také mají dlouhodobě špatný vliv na jejich psychickou pohodu, což je ještě prohloubeno skutečností, že pro absenci či oslabení těchto bolestí neexistuje žádná efektivní léčba, která by účastníkům tohoto výzkumu byla známá.

„Musel jsem být teď dva měsíce v nemocnici, nemohl jsem se bolestí hýbat, nic mi ale nenašli. Je to hrozný, nevím co s tím... chodím teď k psycholožce a dostávám nějaké prášky na úzkost, ale moc to nefunguje.“ (RD4)

Dva z respondentů mluvili v rámci tohoto tématu o tom, jak je důležité, aby lidé na vozíku nezanedbávali **péči o svůj zevnějšek**. To, že se to děje vysvětlovali především tím, že někteří lidé z jejich okolí mají pocit, že když jsou na invalidním vozíku, tak už se o ně nikdo nezajímá a nemá smysl investovat energii do svého vzhledu. Tuto rezignaci ale hodnotili jako nezdravou z toho hlediska, že z jejich pohledu je důležité, aby se o sebe člověk staral tak, aby byl sám se sebou spokojený, neboť jinak nemůže být šťastný.

„Jako také mám věci, které mě na mně štvou, ale jakž takž jsem se sebou spokojená. Tak si myslím, že by na to neměli ti lidé zanevřít s tím, že už to nikoho nezajímá, a chodit ve špinavém, neupravení, neučesaní, proboha. Pro mě je to moc důležité, abych byla sama se sebou spokojená.“ (RD7)

Dvě ze tří žen také vnímaly invalidní vozík jako hlavní překážku pro **nalezení partnera**, přestože u nich v této stránce již převládala jistá míra rezignace. Naopak žádný z mužských respondentů obdobné obavy nezmínil.

„...člověk by chtěl chlapa a to tělo je ten prostředek pro ty muže, jakože jim na vizuální stránce záleží, tak je to pak samozřejmě komplikace.“ (RD2)

„No a potom se smíříš, že nemáš chlapa, ale zase se s tím smíříš a řešíš další věci, jako úmrtí v rodině a to, že nemáš děti a tak, a to nahrazuje ten smutek z toho těla a vzhledu.“ (RD1)

Mezi další zmiňované aspekty patřily **problémy s inkontinencí**, špatná **termoregulace**, obtíže spojené se **silnou spasticitou** nebo nestabilní a **křivý posed** na vozíku. Naopak žádný z respondentů nepocíťoval duální vnímání těla (rozdílné vnímání ochrnutých a neochrnutých částí těla), které bylo zmiňované výzkumem zpracovaným Bailey et al. (2016), a na které byly v rámci rozhovorů respondenti tázáni.

7.3 Vnímání osobní asistence a jeho proměny v čase

Tato kapitola, se podobně jako u vnímání vlastního těla, snaží popsat jak dotyční respondenti vnímají potřebu osobní asistence a jak se toto jejich vnímání vyvíjelo v čase. Účastníci výzkumu popisovali, že těsně po úraze v nich nutnost osobní asistence vyvolávala především pocity vzteku a bezmoci, ať již z náhlé ztráty soukromí a zásahu do osobního prostoru, tak i z obtíží přijetí pocitu závislosti na jiných osobách, na který do té doby nebyli zvyklí.

„To jsem byl hodně naštvaný, to mi vadilo. Třeba to vyprazdňování, když tam byly mladé holky, tak jako mladému klukovi mi to velmi vadilo... to bylo nepředstavitelné, že to tak bude a bez pomoci nic nedokážu“ (RD 3)

„Nejhorší byl ten pocit bezmoci. Nechtěl jsem být závislý na asistenci cizích lidí. Vlastně vůbec na nikom, asistence od matky už mi potom vyloženě vadila“ (RD6)

Tři z dotyčných osob hovořili o tom, jak pro ně bylo náročné zvyknout si na osobní asistenci v nemocničním a rehabilitačním prostředí, jelikož byla řízená především časovým harmonogramem a místními pravidly, nikoli jejich individuálními potřebami. Pro ženy byl nepříjemným problémem fakt, že danou péči poskytovali jak ženy, tak i muži bez ohledu na pohlaví a preference pacienta. Z toho důvodu pro ně bylo smíření se s potřebou asistence mnohem těžší, obzvláště při asistenci zasahující do jejich intimních zón.

„Ta nemocnice je obrovsky komplikovaná tím, že tam pomáhají muži, to jsem musela přijmout a bylo to hodně těžké... vlastně po tom úraze mi přijde, že ty první tři měsíce jsou tak strašný, že potom už je všechno lepší.“ (RD2)

Jeden z účastníků výzkumu popisoval své negativní pocity, když musel v nemocnici dlouze čekat, než k němu zdravotní sestry či osobní asistenti přijdou v určitý čas, protože nebyl schopný si pomoc sám zavolat nebo zazvonit na zvonek. Prožíval v ty chvíle silné pocity bezmoci a paniky, dodnes vnímá ošetření péče v tomto období jako nedostatečné a zanedbané.

„Těsně po úraze to bylo nejhorší. Měl jsem tracheo (tracheostomie, pozn. autorky) a nemohl jsem mluvit nebo si zavolat o pomoc. Neměl jsem tlačítko na přivolání sester. To bylo příšerné, měl jsem vodu na plicích a většinou jsem se tam dusil, protože chodili jen jednou za hodinu a třeba půl hodiny jsem se dusil a nikdo mi nepomohl.“ (RD4)

Přesto dva z respondentů uváděli, že pro ně bylo snazší přijmout asistenci na spinálním oddělení, neboť měli pocit, že v tu chvíli je to opravdu nutné (z důvodu náhle a silně omezených fyzických schopností) a v rámci nemocničního prostředí jim poskytování asistence připadalo přirozenější oproti běžnému životu venku. Respondenti se také shodovali, že na začátku pro ně bylo velkou překážkou i to, že nevěděli co přesně v rámci asistence potřebují, popřípadě to neuměli správně popsat. To vedlo k frustraci ze špatně odvedené asistence a nenaplnění jejich potřeb, stejně jako k nepříjemnému chování ze strany personálu, neboť si byli nuceni častěji volat k lůžku, aby jim pomohli s věcmi, které předtím zapomněli nebo nevěděli, že jim schází.

Dva z respondentů prožili i silně negativní zkušenost s osobní asistencí během svého pobytu na spinálním oddělení nebo krátce po něm. První z nich popisoval své pocity frustrace, méněcennosti a ponížení, když osobní asistent, který u něj pravidelně vykonával asistenci, včetně kompletní hygieny, hovořil o jeho těle před jeho příbuznými, aniž by zachovával jeho právo na soukromí nebo aniž by k tomu byl vyzván. Vzhledem k asistentově naprosté necitlivosti a porušení etického kodexu, dotyčný respondent v tu chvíli prožíval velmi negativní pocity ohledně své situace a svého těla, včetně pocitů, že jeho tělo už nepatří pouze jemu. V druhém případě zažila jedna z účastnic výzkumu sexuální obtěžování formou nevhodných dotyků od svého asistenta v rehabilitačním zařízení. Ani v jednom z těchto dvou případů to toto chování dotyčný respondent nikterak neřešil, což vycházelo zejména z toho, že se nacházeli ve velmi citlivém období, kdy si připadali zranitelní a závislí na svém okolí, stejně jako byli nuceni se v tomto období vyrovnávat s velkým množstvím změn. Přestože oba shodně tvrdí, že v nich tyto zážitky nezanechaly žádné následky, tak v onom raném stádiu po úraze jim velmi ztížily jejich smíření se jak s potřebou osobní asistence, tak i s následky úrazu jako takovými.

Spolu s nárůstem uplynulého času od úrazu, docházelo u všech respondentů k přijetí jejich potřeby osobní asistence. V rámci rozhovorů všichni z nich uvedli, že jsou s tímto aspektem svého života plně smíření a v současné době to v nich nevyvolává žádné silněji negativní pocity. Jedna z účastnic výzkumu pouze zmínila, že jediné negativum ohledně asistence spatřuje v tom, že ji to okrádá o možnost dělat v životě spontánní rozhodnutí, neboť při míře, v jaké potřebuje osobní asistence, musí mít vždy a pro všechny případy někoho zajištěného.

„Tou spontánností myslím to, že si jen tak nemůžu říct, že si sednu do auta a někam odjedu. Musím mít asistenci, hromadu pomůcek atd.“ (RD7)

Dva z respondentů uvedli, že velký vliv na jejich smíření se s osobní asistencí mělo to, že pro ně prvních pár měsíců po úraze bylo natolik strašných, že vše, co přišlo po tom, už bylo jen lepší. Většina účastníků výzkumu se shodovala v tom, že pro ně bylo důležitým milníkem v přijetí osobní asistence to, že s postupujícím časem lépe vnímali své tělo a jeho potřeby a naučili se tyto potřeby efektivně popsat svým asistentům, takže ti jim následovně byli schopni zajistit vhodnou asistenci. Tři z respondentů popisovali své pocity ohledně asistence jako silně pozitivní. Z jejich výpovědí vyplývalo, že se naučili ji vnímat nejen jako cestu k vlastní nezávislosti a novým možnostem, ale také si v ní našli různá pozitiva, díky nimž se na své asistenty a spolupráci s nimi začali i těšit.

„Tady nejde o tu asistenci jako takovou, ale o to, že ji vůbec potřebuješ a že si to neuděláš sám. Ale to, že ti někdo pomáhá, tak to je naopak luxus“ (RD5)

„Bylo to fajn, byla jsem mladá a asistentky byly také mladé, tak jsme si rozuměly a měly kamarádský vztah, nevnímala jsem to jako asistenci. Prostě jako kámošky.“ (RD2)

7.4 Vliv poskytovatelů osobní asistence

Jedním z diskutovaných témat v rámci rozhovorů byly rozdíly mezi různými poskytovateli osobní asistence. Mezi nejčastěji využívané poskytovatele patřili rodinní příslušníci, partneři nebo profesionální osobní asistenti.

Pět ze sedmi respondentů hodnotilo silně negativně asistenci od rodinných příslušníků. Ve všech případech se jednalo o asistenci, kterou jim poskytovaly jejich matky. Jako velká negativa této péče uváděli především to, že se při takové asistenci znovu cítili v pozici rodič-dítě, což ztěžovalo jejich snahu získat opět pocit soběstačnosti. Stejně tak jim vadilo, že rodičům připadala takováto péče zcela samozřejmá, měly větší tendence dělat si ji podle sebe nikoli podle pokynů respondentů a méně dbali na dodržování soukromí. V současné době využívají asistenci od svých matek pouze tři respondenti, z nichž dva se snaží ji omezit na úplné minimum. Pouze jeden z nich je s asistencí od matky spokojen.

„... jakmile jim jde pomáhat máma (osobním asistentkám, pozn. autorky), učí je to po svém a to mi vadí. Má to být tak, jak to chci já. Ale ona už jiná nebude, už to má najeté. Takže se to snažím omezovat. Ona je tvrdohlavá a dělá to podle sebe, je jí jedno, co chci já. To mě štvě na domácí asistenci. Třeba o svátcích mám smůlu a musím to vydržet, zatnu zuby.“ (RD3)

Zajímavý byl i případ respondentky, která krátce po úraze otěhotněla. Vzhledem ke změnám, které provázely její tělo po úraze, tak nebyla schopná poznat, co jí její tělo říká a prvních pět měsíců si těhotenství nevyšimla. Po porodu pro ni byl nesnesitelný pocit, že za ni její vlastní matka svou asistencí přebírá mateřskou roli. To mezi nimi zapříčinilo mnoho konfliktů a byl to pro ni silný podnět k tomu, aby se urychleně odstěhovala a sjednala si externí osobní asistenci.

„...tak jsem pochopila, že někdo z vnějšku je mnohem lepší než rodina. Tomu můžeš říct, co přesně chceš a nebere to tak, že je peskuješ. Je tu ten člověk pro tebe. Takže od té doby jsem si sháněla vnější asistenci.“ (RD2)

V otázce asistence od partnerů se pět ze sedmi respondentů shodovalo na tom, že je lepší pokud nejsou hlavními poskytovateli asistence. Pouze jedna osoba v současné době využívá aktivně asistenci od svého partnera bez úmyslu na tom do budoucna cokoliv měnit, druhý respondent, který by s tím problémem neměl, odpovídal čistě teoreticky, neboť po úraze ještě nenavázal žádný partnerský vztah. Tři respondenti vnímali asistenci od partnera či partnerky jako přijatelnou, pokud je to nutné, nicméně se shodovali, že větší využívání této asistence není pro vztah zdravé a může měnit povahu vztahu z partnerského a mileneckého na spíše vztah přátelský a nebo dokonce vztah pacient-asistent. Dvě respondentky shodně uváděly, že nutnost využívat asistence od partnera pro ně byla velmi nepříjemná a nebyly by schopné se k ní už nikdy vrátit.

„Já bych se pak necítila jako žena. Mám takovou představu, že abych se tak cítila, tak jisté partie mají být k dispozici například pouze při sexu, ale nikoliv k čípkování nebo k plenám. Zkoušeli jsme to s partnerem při cestování a sice to zvládl, ale poznamenalo to náš vztah a nakonec jsme šli od sebe.“ (RD1)

V současné době všichni respondenti využívají externí asistenci, ať již ve větší či menší míře. Pět z nich ji považuje za nejvhodnější formu asistence, neboť si mohou domlouvat konkrétní asistenty, kteří jim poskytují péči podle jejich potřeb, pokynů a představ. Připadají si, že díky tomu mají své tělo, ale i svůj život, více pod kontrolou a mohou se soustředit především sami na sebe a své potřeby, bez nutnosti brát příliš velký ohled na asistenta nebo bez nutnosti o svých potřebách diskutovat a obhajovat si je. Všichni se také shodovali, že je pro ně příjemnější přijímat asistenci od asistentů, které už znají a u kterých mají jistotu, že jim poskytnou takovou péči jakou chtějí. Jistou roli v této volbě hraje i určitá míra sympatií, které vůči asistentovi cítí. Většina respondentů očekává, že s asistentem budou mít spíše kamarádský vztah, než-li profesionální. Pomáhá jim to cítit se méně jako v nemocničním prostředí a zapomenout na to, že využívají službu. Na druhou stranu bylo v rámci výzkumu zmíněno, že externí osobní asistent by zároveň neměl zapomínat, že je

v práci a musí nejen poslouchat pokyny klienta, ale i se chovat profesionálně. Tím respondenti mysleli například to, že i v případě špatné nálady by měl být asistent milý a vřelý, neměl by projevovat přílišný soucit nebo by z něj dotyčný klient neměl mít pocit, že ho jeho práce obtěžuje.

7.5 Vliv osobní asistence na body image a získané strategie pro adaptaci

Všichni respondenti se shodli na tom, že pokud je asistence správně nastavená, nemá z jejich pohledu přímý vliv na jejich body image v dlouhodobém horizontu. Svě tvrzení vysvětlovali tím, že v začátku je to pro pacienta po úraze natolik velký šok při přijímání asistence, že s každým dalším posunem jak ve zdravotním stavu, tak i v soběstačnosti je její přijetí snazší. S postupujícím časem si více a více uvědomují její přínos ve formě rozšiřujících se možností, které v životě mají, ať již v rámci cestování, sportovních aktivit nebo jednoduše v možnosti žít samostatně svůj život.

Mezi aspekty, které podle nich mohou ovlivňovat body image, zmiňovali respondenti především přístup asistenta ke klientovi nebo kvalita jím vykonané práce. Co se týká přístupu osobního asistenta, respondenti výzkumu uváděli za podstatné hlavně to, aby se daný asistent při výkonu práce řídil pokyny a individuálními potřebami svého klienta. Za rizikové v tomto ohledu považovali rodinné příslušníky a asistenty, kteří své povolání vykonávají již dlouho a podle jimi navyklých postupů, které ale nemusí dotyčnému klientovi vyhovovat. Takový typ asistence pak v klientovi může vyvolávat pocit, že nemá své tělo a ani danou situaci pod kontrolou, nýbrž že je pouze pasivním příjemcem poskytované péče. To může vést jak k negativním pocitům, tak i k rezignaci nad svou soběstačností a k odpojení se od svého těla a zodpovědnosti za něj. Druhým zmíněným aspektem byla kvalita vykonávané práce v tom smyslu, že není péče řádně vykonaná (např. nedostatečná hygiena, špatné usazení na vozíku atd). V takovém případě se pak dotyčný zcela jistě necítí ve svém těle komfortně a i to má dlouhodobě dopad na pocity, které ohledně svého těla má. V neposlední řadě je pak podle respondentů důležité se obklopovat asistenty (ať již z řad externích profesionálů, tak i z okruhu rodiny a přátel), kteří jsou danému jedinci sympatičtí a spolupráce s nimi je mu příjemná.

„No určitě, když tě špatně posadí, tak s tím nic neuděláš, protože vždycky na to přijdeš až když odejdou a když pak tak celý den sedíš, má to vliv nejen na tělo, ale i jak se v něm cítíš. Jsem pak naštvaný.“ (RD3)

Při rozebírání možných strategií, které mohou s přijetím asistence pomoci, vyšlo najevo, že každý z respondentů si utvořil do jisté míry svůj vlastní individuální přístup, který považuje za vhodné řešení. Za podstatné považovali respondenti například naučit se asistentům říct, co přesně chtějí a umět si na tom trvat. V opačném případě to podle nich klienta udržuje ve stavu permanentní frustrace a snižuje to jejich sebevědomí. Stejně tak důležité bylo pro některé najít a dohodnout se s asistenty na určitých hranicích či pravidlech, které je potřeba v rámci péče dodržovat.

„Určitě to ovlivní ten pocit sebevědomí, třeba když to ten asistent dělá tak, jak já nejsem zvyklý nebo jak to nechci, tak s tím nemůžeš nic dělat. Protože to dělá on. Já si vždycky řeknu, jak to přesně chci, ale spousta lidí se to bojí říct. To ti pak srazí sebevědomí, že s tím nemůžeš nic dělat.“ (RD4)

„Mně osobně vadí, když se mě dotýkají i tam, kde to není potřeba. Takže třeba když mě někdo sprchuje, tak mám přesně dané zóny, kde mě myjí ostatní a kde to zvládnou sama a tam mi pak nesmějí sahat.“ (RD1)

Dalšími tipy bylo umět brát některé nepříjemné situace spíše s humorem, popřípadě být schopný se od nich alespoň odpojit a umět je nevnímat. Jeden z respondentů považoval za klíč k úspěchu naučit se mít rád sám sebe. Všichni respondenti se shodovali na tom, že je vhodné se obklopit takovými asistenty, kteří jsou jim příjemní tak, aby potom pro ně daná péče nebyla nepříjemná či stresující.

„Takže hledat si někoho, kdo je ti sympatický, má podobnou energii. Naučila jsem se v tom nevidět problém, ale spíš přínos. Člověk má využívat všeho, co lze.. naopak nechápu, když se někdo té pomoci brání.“ (RD2)

Zatímco někteří preferují asistenci od osob, které již dobře znají a nemusejí jim znovu a znovu vysvětlovat své potřeby a postupy při péči, tak jiní považují za lepší přístup jednotlivé asistenty střídat, aby péče nebyla příliš stereotypní. Mezi zmíněné strategie patřilo také umění najít si radosti v drobnostech a umět v asistenci spatřovat především přínos. Velké pozitivum spatřovali respondenti také v předávání zkušeností od lidí, co jsou po úrazu míchy již déle. Tři z respondentů se zúčastnili programu peermentoringu, který hodnotili velmi kladně. Čtyři z respondentů jako stejný přínos hodnotili sport, ať již kvůli zlepšování kondice, hodnotné náplně času, tak i kvůli kontaktu s dalšími lidmi po poranění míchy.

8. Závěr výzkumného šetření

V závěru výzkumného šetření se pokusím na základě rozhovorů s respondenty sesumírovat odpovědi na hlavní a vedlejší výzkumné otázky, které si autorka této práce položila na začátku svého výzkumu. Pro větší přehlednost si je zde znovu uvedeme. Hlavní výzkumné otázky zněly:

- Došlo po poranění míchy ke změně vnímání vlastního těla u daných osoby?
- Ovlivňuje potřeba osobní asistence vnímání těla u osob po poranění míchy?

Kromě hlavních výzkumných otázek byly nadále stanoveny i vedlejší výzkumné otázky:

- Jakých způsobem se měnilo vnímání vlastního těla během následujících let po úraze?
- Které aspekty tyto změny vnímání ovlivňovaly?
- Jaké pocity u daných osob vyvolává potřeba využívání osobní asistence?
- Vytvořily si dotyčné osoby funkční strategie usnadňující adaptaci na novou situaci?

8.1 Body image po poranění míchy

Na základě výpovědí všech respondentů můžeme konstatovat, že po poranění míchy došlo ke změně ve vnímání vlastního těla u všech tázaných respondentů. S ohledem na výrazné a náhlé zhoršení zdravotního stavu, omezení sociálních potřeb a značného náporu na psychickou stránku, došlo u všech respondentů v období krátce po úraze k výraznému zhoršení jejich body image. S postupem času, v rámci kterého procházely dané osoby fází smíření, docházelo k postupné stabilizaci a zlepšení jejich psychiky, stejně jako sebevědomí a s tím souvisejícího body image. Čtyři respondenti hodnotili své současné body image jakožto velmi pozitivní, přestože s ním nejsou spokojeni natolik, jako před úrazem. Tři zbývající ho hodnotili převážně neutrálně, s jistými výhradami, ačkoliv jen u jednoho z nich to byl výrazný propad oproti stavu před poraněním míchy.

V rámci hledání odpovědí na to, které změny související s úrazem měly největší dopad na změnu vnímání jejich body image, zmínili respondenti tohoto výzkumu několik aspektů, které podle nich na jejich prožívání měly či mají největší dopad. Mezi nejčastěji diskutované téma patřily změny v oblasti tělesné hmotnosti a objemu svalové hmoty, které byly hodnoceny ve všech případech jako negativně ovlivňující pocity sebevědomí. Dále potom také ztráta kontroly a soběstačnosti v oblasti sebepéče, ať již z hlediska hygieny nebo estetických úprav. Oba tyto aspekty byly respondenty uvedeny již při úvodní diskuzi o jejich body image před úrazem, kdy byly hodnoceny jako nejvíce podstatné pro pozitivní vnímání těla před

poraněním a je tedy více než logické, že změny či omezení v těchto oblastech pociťovaly dané osoby jako nejpálčivější problémy ve své současné situaci. Dalšími často zmiňovanými body byly problémy spojené s nadměrnou spasticitou a inkontinencí, nefunkční termoregulací a defekty v držení těla. V neposlední řadě vnímání vlastního těla silně ovlivňuje i potíže při hledání partnera, což si dotyční respondenti přímo spojovali se svým tělesným vzhledem a upoutáním na invalidní vozík.

V rámci informací získaných od respondentů tohoto výzkumu lze konstatovat, že poranění míchy s následným získáním diagnózy tetraplegie má vliv na změny ve vnímání body image. Tyto změny jsou převážně negativního charakteru. Nejsilněji je jednotliví respondenti pociťovali krátce po úraze, zatímco v dlouhodobém časovém horizontu docházelo k jejich zmírnění. Nicméně do určité míry byly u všech zúčastněných osob tyto změny trvalé.

8.2 Vliv osobní asistence na body image

Hledání odpovědi na druhou hlavní otázku bylo v rámci tohoto výzkumu složitější, než-li zodpovězení otázky týkající se změn body image po míšním poranění. To především proto, že na základě rozhovorů s respondenty vyplynulo, že se jejich vnímání asistence, stejně tak jako vliv, který jí přisuzovali, proměňovalo v čase.

Výpovědi všech účastníků výzkumu se shodovaly v tom, že nejsložitější období, co se týká vnímání a přijímání asistence, pro ně bylo v prvních týdnech až měsících po úraze. A právě v tomto období měla potřeba asistence i velký vliv na jejich vnímání vlastního těla a především na to, jak se v něm cítili. Největší roli v tom hrála ztráta soukromí, kontroly nad sebedpěčí a především narušení jejich intimity. Velký význam měla i nutnost přizpůsobovat své potřeby chodu zařízení, ať již nemocničnímu nebo následně rehabilitačnímu. S tím souvisela i nemožnost ovlivnit, kdo bude asistenci vykonávat, ať již z hlediska pohlaví asistenta, nebo kvůli jeho přístupu či jiným vlastnostem, které mohly ovlivňovat klientovi preference. Všechny tyto aspekty v nich vyvolávaly pocity frustrace a vzteku, ale stejně tak i studu a bezmoci. Nemalý dopad mělo i to, že pokud klienti nebyli schopni dostatečně popsat své potřeby, popřípadě to dotyční asistenti nebyli schopni dostatečně reflektovat. Docházelo tak k nedostatečnému naplňování potřeb daných klientů, což vedlo ke značnému fyzickému i psychickému diskomfortu ohledně vnímání jejich těla. To mělo také za následek prohlubování negativního body image v souvislosti s potřebou osobní asistence.

Avšak, stejně jako v případě změny vnímání body image po úraze, i v tomto případě docházelo u všech respondentů k postupnému smířování a adaptování se na novou situaci. Při

zapojení vhodných adaptačních mechanismů byli všichni respondenti schopni si na potřebu asistence nejen zvyknout, ale naučit se ji i vnímat pozitivně. Zmíněné adaptační strategie jednotlivých respondentů lze rozdělit na interní a externí. U interních můžeme hovořit o naučených změnách ve vnímání a myšlení klienta a jejich aplikování v rámci složitých situací nastávajících po úrazu v každodenním životě, včetně osobní asistence. Externími je naopak myšleno získání nových znalostí a schopností pro to, aby byl klient schopen si svou asistenci nastavit tak, aby se v rámci ní cítil co nejvíce komfortně. Díky používání těchto strategií se byli všichni respondenti schopni s potřebou osobní asistence vyrovnat a plně ji přijmout.

Na základě získaných dat můžeme tedy říci, že osobní asistence z krátkodobého hlediska má významný vliv na vnímání vlastního těla u lidí po poranění míchy. Tento dopad se ale z dlouhodobého hlediska postupně vytrácí. Žádný z respondentů u sebe v současnosti nevnímá spojení mezi změnami ve vnímání svého body image a službami osobní asistence, kterou využívá. Stejně tak všichni respondenti uvedli, že pokud je osobní asistence vhodně nastavená, tak si ji neumějí představit jako jeden z aspektů významně ovlivňující body image u osob po poranění míchy.

8.3 Diskuze

Výzkumným záměrem této práce bylo prozkoumat vnímání vlastního těla u mužů a žen po poranění míchy, jeho proměny v čase a především možnou souvislost mezi změnami ve vnímání vlastního těla a využíváním služeb osobní asistence, ať již v rovině profesionální nebo z rodiny či blízkého okolí. Pro nalezení odpovědí byl využit kvalitativní výzkum. Jeho výsledky však musíme hodnotit i s přihlédnutím k limitům, které ho provázely.

První limitací je velikost výzkumného vzorku, který byl příliš malý na to, aby výsledky studie bylo možné generalizovat. Taktéž postrádá jistou rozmanitost, neboť v něm nejsou zastoupena různá etnika. Stejně tak je potřeba zmínit i fakt, že všichni účastníci si i po úrazu udržely jistou míru funkčnosti a soběstačnosti, a používají manuální invalidní vozík. Proto v rámci výzkumu chybí pohled na body image po úrazu míchy osob, které mají výrazněji omezenou funkčnost těla a jsou plně odkázány na pomoc osobních asistentů. Výzkum nepřihlíží ani k detailnějším rozdílům mezi respondenty, například v míře sportovního vyžití či existenci partnerského života, což jsou okolnosti, které jistě tuto problematiku mohou také ovlivňovat. Rozsah získaných informací byl také ovlivněn individuálními rozdíly v hloubce sdílení u jednotlivých respondentů, stejně jako míře soustředění se na vlastní emoce a schopnosti tyto emoce popsat. Zatímco někteří byli schopno

své pocity popisovat zcela přirozeně, pro jiné byla formulace odpovědí značně složitá. Problematickým tématem se také ukázalo býti vzpomínání na období krátce po úrazu, jelikož většina respondentů na něj měla pouze omezené vzpomínky. To může být zapříčiněno například silnou medikací, kterou v té době dotyční přijímali, nebo prožíváním jiných a silnějších emocí či problémů, které vnímání vlastního těla zastínilo. V neposlední řadě je třeba zmínit ještě limity vycházející ze samotné podstaty kvalitativního výzkumu. Jeho výsledky vychází ze subjektivních odpovědí oslovených respondentů a stejně tak podléhají subjektivnímu vyhodnocení ze strany výzkumníka. Oboje vytváří prostor pro jistou míru zkreslení a snižuje tak validitu výsledků výzkumu.

V první fázi výzkumu bylo cílem získat poznatky o body image respondentů a jeho vývoji v čase. Bailey (2016) uvádí, že získání tělesného postižení v důsledku poranění míchy přináší změny v body image a ovlivňuje všechny jeho dimenze. V rámci těchto změn dochází ke snížení spokojenosti s vlastním tělem, neboť poranění míchy je spojeno se ztrátou tělesné sebekontroly, s rizikem zvnitřnění společenských postojů k odlišnostem a celkově jeho psychické důsledky mají negativní vliv na sebevědomí a body image (Vázquez-Fariñas, Rodríguez-Martin, 2021). Tyto výsledky jsou v souladu se závěry výzkumného šetření této práce. Všichni respondenti uvedli, že v důsledku dlouhodobých fyzických i psychických následků poranění míchy u nich v různé míře došlo ke zhoršení body image. Stejně tak bylo možné, s narůstajícím časem od úrazu, u všech respondentů sledovat postupný posun jejich body image směrem k více pozitivnímu. Tento trend potvrzují i další studie (Bailey et al., 2015; Nash et al., 2023; Vázquez-Fariñas, Rodríguez-Martin, 2021). Na rozdíl od těchto studií nebyla v této práci zaznamenána souvislost mezi horším negativním body image a pohlavím, nebo věkem. Skutečnosti, které respondenti označovali za hlavní aspekty ovlivňující jejich body image po úraze, odpovídaly výsledkům zahraničních výzkumů. Jednalo se zejména o celkový vzhled, změny hmotnosti, ztrátu soběstačnosti či narušené tělesné funkce. V rámci rozhovorů s respondenty bylo možné pozorovat jistou míru objektivizace těla, kterou zmiňuje i Vázquez-Fariñas, Rodríguez-Martin (2021) ve svém výzkumu. Naopak začlenění invalidního vozíku jako podstatnou součást vlastního body image, které je tímto výzkumem zmíněno, nebylo u respondentů této práce zaznamenáno.

Druhá část výzkumu byla věnována hledání možné souvislosti mezi zhoršením body image a osobní asistencí, kterou jednotlivé výzkumné subjekty byly nuceny využívat v širokém spektru svých denních potřeb jako je například hygiena, vylučování, sebek péče či přesuny. Na tuto otázku se však nepodařilo najít jednoznačnou odpověď. Na základě výroků zúčastněných respondentů lze konstatovat, že osobní asistence silně ovlivňuje body image

v rané fázi po úrazu, především v rámci prostředí nemocničního a rehabilitačního zařízení. To však může být ovlivněno i dalšími faktory, které přímo nepramení z vnímání osobní asistence. Může se jednat například o vliv psychického stavu po úraze, nebo adaptace na nemocniční prostředí, jehož chod a nedostatek individualizace může působit negativně na psychiku pacienta (Braaf et al., 2018) (Pryor et al., 2021). Postupně však u respondentů nastávala adaptace na novou životní situaci a spolu s tím docházelo i ke změnám ve vnímání osobní asistence. Žádný ze zapojených subjektů výzkumu si neudržel silně negativní pocity ohledně osobní asistence, a stejně tak žádný ji neoznačil za významný aspekt ovlivňující jeho body image. Tento poznatek je v konsensu s výsledky výzkumu, v němž Zoulková (2008) popisuje pozitivní vliv osobní asistence na životní spokojenost lidí po poranění míchy. Přestože jsou zde respondenty uváděny i negativní stránky osobní asistence, převažují ty pozitivní. Výsledky jejího výzkumu popisují osobní asistenci jakožto faktor pozitivně ovlivňující míru soběstačnosti, sebevědomí, seberealizace a stejně tak podporující schopnost nadále fungovat v jejich sociálních rolích. Většina respondentů mé práce preferovala formu profesionální osobní asistence před možností asistence poskytované rodinnými příslušníky. Toto tvrzení se liší od výsledku zahraniční studie zaměřené na charakterizaci poskytované péče pacientů po poranění míchy. Ta uváděla, že většina respondentů se cítí komfortněji, pokud jim osobní asistenci dlouhodobě poskytují partneři či další rodinní příslušníci. Ovlivňujícím faktorem byla především vysoká fluktuace formálních pečovatелů, oproti stabilním pečovatелům z rodiny (Smith et al., 2016). Přesto ani v mém výzkumu uváděná nespokojenost s péčí neformálních rodinných poskytovatelů nebyla vnímána jako faktor ovlivňující body image respondentů. Na základě mého výzkumu tedy nemůžeme potvrdit skutečnost, že by osobní asistence z dlouhodobého hlediska měla významný vliv na vnímání vlastního těla u lidí po poranění míchy.

Přestože výsledky tohoto výzkumu byly smíšené, zcela jistě by mohly poskytnout námět pro provedení dalšího výzkumu. Budoucí výzkum by se mohl zaměřit na body image po poranění míchy, jeho dopady na celkovou kvalitu života lidí s handicapem a možnosti prevence a terapie přímo v rámci spinálního programu v České republice. Vhodná by byla realizace šetření na širším a pestřejším výzkumném vzorku. O výsledná zjištění se lze následně opřít i při otevření debaty o přístupu k této problematice jak v odborném, tak i veřejném prostoru. Stejně tak by bylo možné využít získané poznatky pro edukaci zaměstnanců a úpravu standardů, ať již v rámci osobní asistence či pro další personál poskytující přímou péči, s cílem dosáhnout profesionálního, respektujícího a k psychice klienta co nejvíce šetrného provedení této činnosti.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat vnímání vlastního těla u lidí po poranění míchy a prozkoumat, je-li ovlivňováno využíváním služeb osobní asistence. Teoretická část se zabývá tématem body image, aspekty které ho ovlivňují a možnými dopady negativního body image na životní spokojenost jedince. Stejně tak čtenáře seznamuje se službou osobní asistence a poznatky, které v rámci ní mohou přispívat k vyšší kvalitě této služby. V neposlední řadě se zaměřuje na přiblížení problematiky poranění míchy a jeho důsledků, které mohou jak bezprostředně po úrazu, tak i v dlouhodobém horizontu, mít vliv na fungování a prožívání lidí s tímto postižením, s důrazem na jejich roli ve vnímaném body image těchto osob.

Praktická část je věnována popisu provedeného výzkumu a poznatků z něj nabytých. V první části výzkum potvrzuje změny ve vnímání vlastního těla u respondentů způsobené poraněním míchy a jeho následky. Skrze odpovědi jednotlivých respondentů umožňuje zmapovat vývoj těchto změn v čase. To vše v konsensu s již dříve provedenými výzkumy tohoto tématu. Výsledky druhé části zaměřené na vliv osobní asistence, nepotvrdily přímou souvislost mezi osobní asistencí a dlouhodobým body image respondentů. V obou těchto tématech je však jistě prostor pro další bádání, neboť prohloubení poznatků může vést k prevenci vzniku negativního body image, kterým je tato skupina ohrožena, stejně jako k vyšší kvalitě poskytované péče.

Sociální práce ve spolupráci s dalšími obory má v následné rehabilitaci po úrazu míchy klíčové postavení. Ať již při pomoci klientům se zorientovat v systému dávek, zajištění dostupnosti bezbariérového bydlení, schopnosti se realizovat v původních či nových sociálních rolích, nebo na makroúrovni při odstraňování fyzických či sociálních bariér. Nemalou roli má i při realizaci a nastavování služby osobní asistence, stejně jako v rámci terapie negativního body image. A právě pro její význam je vhodné, má-li sociální pracovník znalosti důsledků úrazu i v oblasti sebepojetí a faktorů, jež jej ovlivňují, neboť to má přímý dopad na kvalitu života klientů a jejich následnou schopnost se úspěšně znovuzapojit do společnosti.

Přestože se mi nepodařilo nalézt jednoznačné odpovědi na všechny mnou položené výzkumné otázky a vzhledem k tomu, že provedený výzkum má, na základě malého výzkumného vzorku, pouze omezenou validitu, přináší rozhovory s jednotlivými respondenty mnoho zajímavých a podnětných informací v oblasti prožívání po poranění míchy. Jednotlivé fáze psaní mé bakalářské práce, včetně výzkumu, pro mě byly velmi cenou a přínosnou zkušeností, ze které bych v rámci znovu provedení mého výzkumu jistě čerpala a využila ji

ke zdokonalení jeho provedení. Stejně tak je nutné vyzdvihnout zkušenosti a otevřenost jednotlivých respondentů, kteří mi pomohli nejen v hledání odpovědí na mnou položené otázky, ale přinesli mi i autentický vhled do jimi prožívané reality.

Bibliografie

BAILEY, K. Alysse; GAMMAGE, Kimberley L.; VAN INGEN, Cathy a DITOR, David S., 2015. "It's all about acceptance": A qualitative study exploring a model of positive body image for people with spinal cord injury. Online. *Body Image*. Roč. 15, s. 24-34. ISSN 17401445. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.010>. [cit. 2020-06-30].

BAILEY, K Alysse; GAMMAGE, Kimberley L; VAN INGEN, Cathy a DITOR, David S, 2016. Managing the stigma: Exploring body image experiences and self-presentation among people with spinal cord injury. Online. *Health Psychology Open*. Roč. 3, č. 1. ISSN 2055-1029. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/2055102916650094>. [cit. 2020-06-30].

BRAAF, Sandra C.; LENNOX, Alyse; NUNN, Andrew a GABBE, Belinda J., 2018. Experiences of hospital readmission and receiving formal carer services following spinal cord injury: a qualitative study to identify needs. Online. *Disability and Rehabilitation*. Roč. 40, č. 16, s. 1893-1899. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1313910>. [cit. 2023-12-14].

CASH, Thomas F. a SMOLAK, Linda, 2011. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Online. 2 Edition. New York: The Guilford Press. ISBN 978-1-60918-182-6. Dostupné z: <https://books.google.gg/books?id=bxPuCP9nCZoC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>. [cit. 2022-04-15].

CZEPA, 2022. *Výroční zpráva České asociace paraplegiků*. Online. Praha: CZEPA. Dostupné z: https://czepa.cz/wp-content/uploads/2023/06/CZEPA_VZ_2022_e-2.pdf. [cit. 2023-10-22].

ČAPKOVÁ, Magdalena, 2007. Význam sportu v životě osob se zdravotním postižením. Online. *Kontakt*. Roč. 9, č. 1, s. 87-93. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2007.011>. [cit. 2023-10-31].

ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav, 2023. *Laskavý průvodce po sociálních dávkách*. online. 1. elektronické vydání. Karolinum. ISBN 978-80-246-4576-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/laskavy-pruvodce-po-socialnich-davkach-12200/>. [cit. 2023-10-23].

DISMAN, Miroslav, 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

DRÁBEK, Tomáš, 2013. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: Publikace pro odborné sociální poradenství*. Online. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, o. s. ISBN 978-80-260-5282-1. Dostupné z: <https://svaztp.cz/wp-content/uploads/publikace-Partnersk%C3%BD-a-sexu%C3%A1ln%C3%AD-%C5%BEivot-osob-se-zdravotn%C3%ADm-posti%C5%BEen%C3%ADm.pdf>. [cit. 2020-07-17].

FABIÁN, Petr, 2021. *Možná to jde i jinak: teorie a metody v sociální práci*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-368-5.

FALTÝNKOVÁ, Zdeňka, 2012. *Vše okolo tetraplegie*. Praha: Česká asociace paraplegiků – CZEPA. ISBN 978-80-260-5098-8.

FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František, 2012. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2160-9.

FIALOVÁ, Ludmila, 2006. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Psychologie pro každého. Praha: Grada. ISBN 80-247-1350-0.

FIALOVÁ, Ludmila, 2007. *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy: pohyb a postava, výživa a udržení hmotnosti, lékařské zákroky a kosmetická péče*. Zdraví & životní styl. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1622-0.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří, 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.

GIBSON, Michelle, 2015. Analysis of Social Work Practice: Foucault and Female Body Image in Therapy. Online. *Journal of Social Work Practice*. Roč. 29, č. 3, s. 287-299. ISSN 0265-0533. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02650533.2014.956306>. [cit. 2023-11-02].

GÜRSEL, Ferda a KORUÇ, Ziya, 2011. The influence of physical activity on body image in people with and without acquired mobility disability. Online. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*. 2011-9-1, roč. 41, č. 4, s. 29-35. ISSN 12121185. Dostupné z: <https://doi.org/10.5507/ag.2011.023>. [cit. 2020-07-02].

HAVRDOVÁ, Zuzana a HAJNÝ, Martin, 2008. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-532-1.

HEALEY, Justin, 2014. *Positive Body Image*. online. 00372. Thirroul, New South Wales: Spinney Press. ISBN 9781922084446. Dostupné z <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=b9226169-93ca-4cf1-8118-e746148a422e%40redis&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=e000xww&AN=759815>. [cit. 2022-04-15].

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HRDÁ, Jana, 1997. *Osobní asistence příručka postup a rad pro klienty: informace o péči o občany se zdravotním postižením*. Online. Praha: Pražská organizace vozíčkářů. Dostupné z: https://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/osobniasistence.pdf. [cit. 2023-10-05].

HRDÁ, Jana, 2001. *OSOBNÍ ASISTENCE příručka postupů a rad pro osobní asistenty: Speciální informace o tomto typu služby občanům, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby*. Online. Praha: Pražská organizace vozíčkářů. Praha. Dostupné z: https://www.apoa.cz/media/dokumenty/brozura_pro_posk.pdf. [cit. 2023-10-05].

HRDÁ, Jana, 2004. *OSOBNÍ ASISTENCE příručka postupů a rad pro poskytovatele: Standardy kvality sociálních služeb promítnuté do praxe poskytování osobní asistence všem cílovým skupinám uživatelů*. Online. Praha: Pražská organizace vozíčkářů. Dostupné z: https://www.apoa.cz/media/dokumenty/brozura_pro_posk.pdf. [cit. 2023-10-05].

HRDÁ, Jana, 2006. *Osobní asistence, poradenství a zprostředkování*. Online. Praha: APZP. Dostupné z: <https://docplayer.cz/4560647-Hrda-j-osobni-asistence-poradenstvi-a-zprostredkovani-praha-apzp-2006-1-uvod-otevrel-i-jste-dalsi-brozurku-o-osobni-asistenci.html>. [cit. 2023-10-05].

JANSKÝ, Pavel, 2016. *Zabezpečení osob se zdravotním postižením v ČR a EU*. Rigorózní práce, vedoucí Jana Zemanová. Praha: Univerzita Karlova v Praze.

JIRÁK, Jan a WOLÁK, Radim (ed.), 2007. *Mediální gramotnost: nový rozměr vzdělávání*. Praha: Radioservis. ISBN 978-80-86212-58-6.

KOBROVÁ, Jitka a VÁLKA, Robert, 2017. *Terapeutické využití tejpování*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0181-8.

KOČIŠ, Ján a WENDSCHE, Peter, 2012. *Poranění páteře*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-846-9.

KOLÁŘ, Pavel, 2020. *Rehabilitace v klinické praxi*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-500-9.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2017. *Jednání se zájemcem o pobytovou sociální službu: doporučený postup pro poskytovatele pobytových sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-906320-9-7.

Koordinátor osobní asistence, 2020. Online. Sociálniprace.cz. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/koordinator-osobni-asistence/>. [cit. 2023-10-27].

KONG, Sining, 2023. How Gender-Targeted Body Image Concerns Influence People's Sugar-Sweetened Beverages Consumption. Online. *Health Communication*. S. 1-17. ISSN 1041-0236. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2210378>. [cit. 2023-11-04].

KŘÍŽ, Jiří, 2013. Spinální program v České republice – historie, současnost, perspektivy. *Neurologia pre prax*. Roč. 14, č. 3, s. 147-150. ISSN 1335-9592.

KŘÍŽ, Jiří, 2019. *Poranění míchy: příčiny, důsledky, organizace péče*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-424-8.

KŘÍŽ, Jiří; HLINKOVÁ, Zuzana a SLABÝ, Kryštof, 2014. Změny v metabolismu po poranění míchy. 1. část: rozdíly v tělesném složení a metabolické důsledky. *DMEV*. Roč. 17, č. 4, s. 209-213. ISSN 1211-9326.

KŘÍŽ, Jiří; KÁBRTOVÁ, Alena a FALTÝNKOVÁ, Zdeňka, 2004. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. online. Praha: Svaz paraplegiků. ISBN 80-239-5555-1. Dostupné z: https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Cesta_k_nezavislosti_CZEPA.pdf. [cit. 2020-07-17].

LEWIS-SMITH, Helena; DIEDRICHS, Phillippa C. a HALLIWELL, Emma, 2019. Cognitive-behavioral roots of body image therapy and prevention. Online. *Body Image*. Roč. 31, s. 309-320. ISSN 1740-1445. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.08.009>. [cit. 2023-11-02].

MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. 2. vydání, přepracované. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich, 2012. *Základy sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3185-8.

NASH, Annabel; KAISER, Sally a LEDWITH, Susan, 2023. Individual's experiences of adjusting to changes in body image after spinal cord injury: a literature review and thematic synthesis. Online. *Disability and Rehabilitation*. S. 1-14. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2202926>. [cit. 2023-11-13].

NAVRÁTIL, Pavel a MUSIL, Libor, 2020. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. *Sociální studia*. Roč. 5, s. 105-141.

NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSAD, Libor, 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

PRAŠKO, Ján; GRAMBAL, Aleš; ŠLEPECKÝ, Miloš; MOŽNÝ, Petr a VYSKOČILOVÁ, Jana, 2019. *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie*. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0496-3.

PRYOR, Julie; HAYLEN, Denise a FISHER, Murray, 2021. Problems people with spinal cord injury experience accessing help with bowel care when hospitalised outside a specialist spinal

injury service. Online. *Journal of Clinical Nursing*. Roč. 30, č. 11-12, s. 1633-1644. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.15717>. [cit. 2023-11-14].

RAŠTICOVÁ, Martina, 2009. Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci. Online. *E-psychologie: Elektronický časopis ČMPS*. Roč. 3, č. 1, s. 30-42. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/rasticova.pdf>. [cit. 2020-07-10].

Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb, 2020. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách. ISBN 978-80-88361-02-2.

SAVIDAKI, Maria; DEMIRTOKA, Sezin a RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, Rosa-María, 2020. Re-inhabiting one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorders. Online. *Journal of Eating Disorders*. Roč. 8, č. 1, s. 22-22. ISSN 2050-2974. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00296-2>. [cit. 2023-11-03].

SLÁDKOVÁ, Petra, 2022. *Sociální a pracovní rehabilitace*. Učební texty Univerzity Karlovy. Praha: Univerzita Karlova – Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4986-3.

SMITH, E M; BOUCHER, N. a MILLER, W. C., 2016. Caregiving services in spinal cord injury: A systematic review of the literature. Online. *Spinal Cord*. Roč. 54, č. 8, s. 562-569. ISSN 1362-4393. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/sc.2016.8>. [cit. 2023-11-14].

STACKEOVÁ, Daniela, 2007. Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. *PsychoSom*. Roč. 5, č. 2, s. 47-55. ISSN 1214-6102.

ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 1998. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Online. Praha: Svaz paraplegiků. ISBN 80-239-1454-5. Dostupné z: https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Poraneni_michy_pohledem_sexuologa_CZEPA.pdf. [cit. 2022-04-15].

TOMEŠ, Igor, 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-680-3.

TOMEŠ, Igor, 2015. *Sociální právo České republiky. 2., přepracované vydání*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-941-0.

URBANOVSÁ, Eva a ŠKOBRTAL, Pavel, 2012. *Sociální a pedagogická psychologie pro speciální pedagogii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3066-9.

VÁZQUEZ-FARIÑAS, María a RODRÍGUEZ-MARTIN, Beatriz, 2021. "Living with a fragmented body": a qualitative study on perceptions about body changes after a spinal cord injury. Online. *Spinal Cord*. Roč. 59, č. 8, s. 855-864. ISSN 1362-4393. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41393-021-00634-4>. [cit. 2023-11-13].

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Online. MPSV. Příručka pro personální agendu a odměňování zaměstnanců. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006. [cit. 2023-10-26].

ZOULKOVÁ, Luisa, 2008. *Osobní asistence jako prostředek psychosociálního rozvoje lidí se zdravotním postižením*. Diplomová práce, vedoucí Lorenzová, Jitka. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra pedagogiky.

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1 – Výzkumný vzorek

Tabulka č.1 – Výzkumný vzorek

| | Věk | Pohlaví | Diagnóza | Doba od úrazu |
|----------------|------------|----------------|-----------------------|----------------------|
| Respondent č.1 | 47 | Žena | Tetraplegie, C4-C5 | 30 let |
| Respondent č.2 | 36 | Žena | Tetraplegie, C5 | 16 let |
| Respondent č.3 | 43 | Muž | Tetraplegie, C6 | 23 let |
| Respondent č.4 | 27 | Muž | Tetraplegie, C7 | 3 roky |
| Respondent č.5 | 31 | Muž | Tetraplegie, C6-C7 | 10 let |
| Respondent č.6 | 29 | Muž | Tetraplegie, C6 | 8 let |
| Respondent č.7 | 29 | Žena | Tetraplegie, C5-C6 | 9 let |

Seznam příloh:

Příloha č.1 – Informovaný souhlas (vzor)

Příloha č.2 – Dotazník (vzor)

Příloha č.1 – Informovaný souhlas (vzor)

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Já,, jsem byl/a seznámen/a s podstatou a účelem výzkumu, který je součástí bakalářské práce „*Vliv asistence na vnímání těla u lidí po poranění míchy*“ na katedře sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Moje účast ve výzkumu je dobrovolná. Výzkumník prohlašuje, že osobní údaje, které by mohly moji osobu identifikovat, nebudou nikomu předány a nebudou se vyskytovat v bakalářské práci ani jiných referencích.

Souhlasím s pořízením audiozáznamu z rozhovoru:

ANO NE

Souhlasím s přímým citováním vybraných pasáží mého projevu:

ANO NE

V..... dne.....

..... (podpis)

Příloha č.2 – Dotazník (vzor)

Dotazník

Respondent:

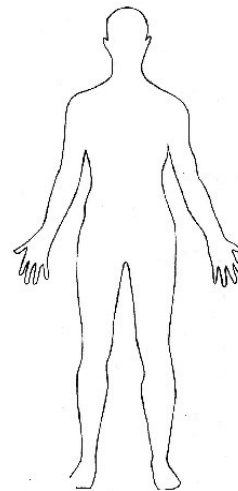
Osobní údaje

Věk:

Pohlaví:

Rok míšního poranění:

Diagnóza:



Zakreslete prosím části těla se sníženou citlivostí (modře)
a části těla zcela bez citlivosti (červeně)

Soběstačnost

Oblékání horní poloviny těla

Sám S asistencí

Oblékání dolní poloviny těla

Sám S asistencí

Přesuny lůžko – vozík

Sám S asistencí

Přesuny na koupací vozík/ koupací sedačku

Sám S asistencí

Přesuny na WC

Sám S asistencí

Výklepávání močového měchýře

Sám S asistencí

Cévkování

Sám S asistencí

Péče o sběrný sáček na moč

Sám S asistencí

Výprazdnování stolice

Sám S asistencí

Sebesycení

Sám S asistencí

Úprava stravy

Sám S asistencí

Napití

Sám S asistencí

Užívání léků

Sám S asistencí

Čištění zubů

Sám S asistencí

Úprava vlasů

Sám S asistencí

Sprchování/vana

Sám S asistencí

Polohování

Sám S asistencí

Poznámky (např. fyzické komplikace, které prohlubují závislost na asistenci):

.....
.....
.....