

Katarína Gerlichová, Iveta Matisáková, Pavel Grabczak

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Slovak Republik

### Pozícia ošetrovateľstva v podpore zdravia osôb so zdravotným postihnutím

Posledná dekáda 20. storočia bola v celosvetovom meradle charakterizovaná výraznými zmenami. Patrili medzi ne nesporne aj zmeny v nazeraní na zdravotné postihnutie v živote človeka. Zdravotne postihnutí ľudia sú najväčšou minoritou v celosvetovom meradle. Zdravotné postihnutie si človek dobrovoľne nezvolí a nevyberie. Keď sa však stane zdravotne postihnutým, prípadne keď sa s postihnutím narodí, musí sa vyrovať s dôsledkami pre život. Nie každý to dokáže sám. Starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím v spoločnosti si vyžaduje multidisciplinárny prístup. Medzi disciplínami, ktoré sa venujú starostlivosti o zdravotne postihnutých, má svoje významné postavenie aj ošetrovateľstvo a medzi spomínanými odborníkmi sestra. Poslaním sestier v spoločnosti je pomáhať jednotlivcom, rodinám a komunitám uspokojovať aktuálne potreby a dosahovať ich maximálne telesné, psychické a sociálne možnosti v súlade s prostredím, v ktorom žijú. Aby bol dospelý človek v každodenných činnostiach čo najmenej limitovaný svojim zdravotným postihnutím, mal by už od detstva žiť v prostredí, ktoré ho podporuje, stimuluje a neobmedzuje. Významne sa na tomto procese podieľajú rodičia a najbližšie sociálne prostredie zdravotne postihnutého. Miera, ktorou postihnutie limituje jednotlivca v jeho každodenných výkonoch, je len čiastočne závislá od medicínskej diagnózy a je oveľa viac závislá od prístupu spoločnosti k zdravotnému postihnutiu.

**Kľúčové slová:** Zdravie. Zdravotné postihnutie. Osoba so zdravotným postihnutím. Ošetrovateľstvo. Adaptácia. Rodina

## Úvod

Zdravotné postihnutie je sprevádzané väčšími či menšími obmedzeniami v mobilite, schopnosti sebaobsluhy, sebaovládania, v prísune informácií (nevidiaci, nepočujúci), ale aj v schopnosti tvorby úsudku pri rozlišovaní správneho od škodlivého. K tomu neraz pristupuje dlhodobá psychická bolesť z nedostatočného rodinného zázemia, z neakceptácie blízkymi, okolím.

V súčasnosti sa problematike zdravotného postihnutia v živote človeka venujú profesionálne odborníci viacerých disciplín. Už tradične medzi nich zaraďujeme lekárov najrozličnejších odvetví medicíny, iných zdravotníckych pracovníkov (najmä sestry, fyzioterapeutov), špeciálnych pedagógov, terapeutov<sup>1</sup>, psychológov a sociálnych pracovníkov. Vznikajú nové a nové inštitúcie a odborné pracoviská zamerané na špeciálne intervencie (napríklad rehabilitačné strediská, pracoviská včasnej diagnostiky, integračné centrá, zariadenia špeciálno-pedagogického poradenstva). Potreby ľudí so zdravotným postihnutím sa stávajú predmetom sledovania v oblasti architektúry, urbanistiky, informačných technológií či v oblasti verejných služieb rôzneho charakteru.

## Definície zdravia

Zdravie patrí k významným hodnotám života človeka. Predstavuje jednu z podmienok zmysluplného života. Prvý, kto o zdraví rozhoduje, je človek sám. Zdravie je ale výsledkom mnohých vzťahov, ktoré zaraďujú človeka do ľudského spoločenstva. Preto starostlivosť o zdravie je aj úlohou spoločnosti<sup>2</sup>. Zdravie je meniaci sa a vyvíjajúci pojem, ktorý je základom ošetrovateľstva. Tvorí jednu z jeho základných metaparadigmatických koncepcií. V definícii zdravia niet jednoty. Vieme, ako dosiahnuť zdravie, no

---

<sup>1</sup> M. Gerlichová, E. Kráľová, *Návrh hudobno-terapeutického programu pre deti s mozgovou obrnou*, Zdravotnícke listy 2014, s. 25.

<sup>2</sup> S. Puteková, O. Kabátová, J. Martinková, *Prevencia v ošetrovateľstve*, vyd. VEDA, Trnava 2016, s. 9.

ešte stále nevieme merať zdravie. V roku 1947 Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) navrhla širokú definíciu zdravia:

Zdravie je stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody, a nie iba chýbanie choroby či slabosti.

Táto definícia má tri základné charakteristiky:

- odráža záujem o jednotlivca ako celistvú osobu, nielen ako súčet rôznych častí,
- kladie zdravie do vzťahu s prostredím,
- dáva znak rovnosti medzi zdravie a produktívny a tvorivý život<sup>3</sup>.

Žáček<sup>4</sup> definuje zdravie ako

relatívne optimálny dynamický stav telesnej, duševnej a sociálnej pohody pri zachovaní funkcií všetkých orgánov, spoločenských rolí a so schopnosťou organizmu prispôbovať sa meniacim podmienkam prostredia.

Z definície vyplýva, že zdravie má tri základné zložky:

- pohodu telesnú a psychickú,
- nenarušenosť životných funkcií a rolí,
- znamená adaptabilitu, t.j. schopnosť (potenciál) človeka prispôbovať sa zmenám na základe tendencie uchovať si fyziologickú a sociálnu rovnováhu (homeostázu).

Dôležitým prvkom v starostlivosti o zdravie je podpora zdravia (health promotion). Podpora zdravia je sústava činností, ktorých cieľom je chrániť zdravie, zabezpečiť zdravý vývoj nových generácií a predlžovať aktívny život človeka<sup>5</sup>.

Moderné ošetrovateľstvo zdôrazňuje práve holistický pohľad na zdravie ako na celok.

Zdravie je proces rozvíjania, používania a ochraňovania všetkých zdrojov ľudského tela, mysle, duše, rodiny, komunity a prostredia<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> B. Kozierová, G. Erbová, R. Olivieriová, R., *Ošetrovateľstvo 1*, vyd. Osveta, Martin 1995, s. 641.

<sup>4</sup> A. Žáček, *Metody štúdia zdraví a nemoci v populaci*, vyd. Avicenum, Praha 1984, s. 107.

<sup>5</sup> S. Puteková, O. Kabátová, J. Martinková, *Prevencia v ošetrovateľstve*, dz. cyt., s. 16.

<sup>6</sup> D. Farkašová, *Ošetrovateľstvo – teória*, vyd. Osveta, Martin 2005, s. 52.

Existuje niekoľko modelov zdravia. Najkomplexnejší a najvyčerpávajúcejší pohľad na zdravie poskytuje eudaimonistický model. Zdravie definuje ako stav rozvinutia a uplatnenia osobného potenciálu človeka, jeho vrodenných aj získaných schopností, prostredníctvom uspokojenia vzťahov voči iným so súčasným udržiavaním integrity a harmónie s prostredím<sup>7</sup>.

Zdravotný stav človeka do veľkej miery ovplyvňuje jeho výkon v zamestnaní, nadväzovanie či udržiavanie medziľudských vzťahov, možnosť a schopnosť aktívneho oddychu a sebarealizácie, vlastne všetky aspekty života.

Protikladom zdravia je porucha zdravia. Zdravie môže byť narušené ochorením, úrazom, prípadne zmeneným zdravotným stavom, ktorý je vrodenný či získaný krátko po narodení. Ochorenie môže byť náhle, s krátkym priebehom (akútne) alebo dlhodobé (chronické). Úraz či ochorenie môžu na človeku zanechať následky, ktoré ho obmedzujú pri bežných výkonoch osobného či pracovného života. Vtedy hovoríme o zdravotnom postihnutí.

### **Definície zdravotného postihnutia**

Keď sa na začiatku 90.-tych rokov 20. storočia začalo uvažovať o novej koncepcii pomoci ľuďom so zdravotným postihnutím, javila sa ako zásadná otázka jasného vymedzenia pojmu zdravotné postihnutie, najmä vo vzťahu k bežne používaným pojmom zdravie a choroba. Riešenie tejto otázky sa javilo aktuálne minimálne na štyroch úrovniach:

- na úrovni vedeckej terminológie a metodológie prístupu, na ktorej sa najviac prelínal rozdielny pohľad medicíny, sociológie, sociálnej práce, psychológie, patopsychológie či špeciálnej pedagogiky na otázky zdravotného postihnutia,
- na úrovni praktickej aplikácie tohto pojmu pre jednotlivé rezorty a ich pôsobnosť,
- na úrovni celospoločenského diania a povedomia, utvárania no-

---

<sup>7</sup> B. Kozierová, G. Erbová, R. Olivieriová, *Ošetrovatelstvo 1*, dz. cyt., s. 636.

- vého pohľadu na práva ľudí so zdravotným postihnutím, na ich životné príležitosti a šance. Išlo o vzájomné hľadanie vzťahov medzi zdravím, chorobou a zdravotným postihnutím a o dôrazné odlišenie javov spojených s chorobou či zdravotným postihnutím jedinca od výlučne medicínskeho modelu choroby či zdravotného postihnutia,
- na úrovni jednotlivca so zdravotným postihnutím, tvorby jeho sebaobrazu v mozaike variability a odlišnosti medzi ľuďmi, hľadania spôsobu života so zdravotným postihnutím, uvedomovania si vlastných ambícií, kapacít a možností, rovnako ako obmedzení zo strany širších spoločenských podmienok pri ich uplatňovaní.

Je dôležité pozrieť sa na zdravotné postihnutie v komplexnejšom pohľade odborníkov. Strieženec<sup>8</sup> vymedzuje zdravotné postihnutie ako

ujmu spôsobenú telesnou alebo duševnou poruchou alebo ich kombináciou.

Repková<sup>9</sup> túto definíciu rozvádza a zdravotným postihnutím rozumie

znevýhodnenie, ktoré má človek s dlhodobou alebo trvalou poruchou telesného alebo duševného zdravia v štandardne usporiadanom životnom a sociálnom prostredí a ktoré je potrebné minimalizovať intervenciami v rámci sociálnej politiky a sociálnej práce.

Šramatá<sup>10</sup> v tejto súvislosti uvádza, že

zdravotné postihnutie je porucha psychickej, fyzickej alebo intelektovej funkcie jedinca s trvalými následkami spojená s obmedzenou schopnosťou vzdelávania, s obmedzenou pracovnou schopnosťou, zvýšenými nárokmi na zdravotnú a sociálnu starostlivosť s podstatne zníženou kvalitou života. Hartl<sup>11</sup> hovorí, že postihnutie je „akákoľvek porucha duševná alebo telesná, dočasná, dlhodobá alebo trvalá, alebo handicap, ktorý jednotlivcovi bráni účinne sa prispôbovať bežným nárokom života.

<sup>8</sup> Š. Strieženec, *Slovník sociálneho pracovníka*, vyd. Sapientia, Trnava 1996, s.158.

<sup>9</sup> K. Repková, L. Požár, L. Šoltés, *Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky*, vyd. Informačná kancelária Rady Európy, Bratislava 2003, s.17-18.

<sup>10</sup> J. Levická, A. Mrázová, *Úvod do sociálnej práce*, vyd. FZASP, Trnava 2004, s. 62.

<sup>11</sup> P. Hartl, *Psychologický slovník*, vyd. Portál, Praha 2000, s.442.

Podľa Medzinárodnej klasifikácie funkčnej schopnosti, dizability a zdravia<sup>12</sup> zdravotné postihnutie je

porucha fungovania ľudského organizmu alebo jeho časti, prípadne strata či nedostatok určitých funkcií, spôsobený úrazom, ochorením, či vrodeným zdravotným stavom.

#### Pomenúva

negatívne aspekty interakcie medzi jednotlivcom (s určitými zdravotným stavom) a kontextovými faktormi tohto jednotlivca (enviromentálnymi a osobnými faktormi).

Za kontextové faktory sa považujú faktory, ktoré spoločne vytvárajú kontext života jednotlivca, a ako také majú vplyv na jeho fungovanie. Enviromentálne faktory zahŕňajú faktory v bezprostrednom okolí jednotlivca, ako sú napríklad domov, pracovisko škola, a formálne a neformálne spoločenské štruktúry, ako sú napríklad komunitné aktivity, vládne agentúry, komunikačné a dopravné služby a pod. Osobné faktory sa vzťahujú na jednotlivca, napríklad vek, pohlavie, životný štýl, zvyklosti, spoločenské postavenie, životné skúsenosti, celkové vzorce správania a pod.

Napriek pokroku v poznaní zostáva dodnes nie úplne jasná otázka vzťahu medzi pojmi choroba a zdravotné postihnutie, otázka odlíšenia životných prejavov chorých ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím. Súvisí to aj s nevyjasnenosťou vzťahu medzi základnými pojmami zdravie a choroba. Chronické progresívne ochorenie vyúsťuje obvykle do stavu postihnutia<sup>13</sup>, preto aj ľudia s chronickým ochorením sa považujú za osoby so zdravotným postihnutím. Charakteristikou chronického ochorenia je, že zanecháva postihnutie, je spôsobené zmenou v organizme, vyžaduje špeciálnu rehabilitáciu pacienta, prípadne vyžaduje dlhodobý zdravotný dohľad alebo starostlivosť<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> MKF – Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia, vyd. EKO VYS, Bratislava 2003, s. 150.

<sup>13</sup> I. Bóriková, *Využitie klasifikačných systémov v ošetrovatelstve*, online, 2004.

<sup>14</sup> A. Bražinová, A. Reháková, *Zdravotné postihnutie a diskriminácia*, online, 2006.

Existujú viaceré kategórie a druhy postihnutia, ktoré spolu tvoria heterogénnu skupinu ľudí s motorickými, zrakovými, sluchovými, mentálnymi/kognitívnymi a psychickými postihnutiami. Prekážky, s ktorými sú títo ľudia konfrontovaní v spoločnosti, sú rôzne. Nezávisia len od druhu postihnutia, ale aj od veku a pohlavia, geografického pôvodu a iných faktorov. Existujú odhady, podľa ktorých približne 10% obyvateľov Európskej únie, t.j. približne 38 mil. ľudí (alebo 45 mil. v 25 štátoch rozšírenej Európskej únie) musíme považovať za postihnutých.

Každý človek môže v priebehu svojho života zažiť úbytok zdravia a stať sa zdravotne postihnutým. Je potrebné pozeráť sa na zdravotné postihnutie ako na problematiku týkajúcu sa všetkých ľudí bez výnimky. Prístup spoločnosti k najzraniteľnejším skupinám je dôkazom vyspelosti národa. Ľudia so zdravotným postihnutím potrebujú zvýšenú ochranu v rámci spoločnosti, ochranu, ktorá im kompenzuje to, čo kvôli svojmu postihnutiu nemôžu dosiahnuť.

Podľa MKF sa osoby so zdravotným postihnutím delia podľa druhu postihnutia na:

- zmyslovo postihnutých - zrakovo, sluchovo, rečovo;
- telesne postihnutých;
- mentálne postihnutých;
- chorých a zdravotne oslabených.

V poslednom období sa k nim pridáva i narastajúci počet ľudí s autistickým syndrómom (pervazívnou vývinovou poruchou). Je to skupina ľudí, ktorí musia žiť v trvalo obmedzených alebo zmenených životných podmienkach.

Medicínsky termín zdravotne postihnutý, taktiež defektný, hendikepovaný, sa v spoločnosti vníma ako stigmatizujúci, dávajúci nálepku tejto skupine ľudí. Pri pomenovávaní jednotlivcov dávajú niektorí ľudia z rôznych dôvodov prednosť termínu „ľudia so zdravotným postihnutím“, kým iní uprednostňujú „zdravotne postihnutí ľudia“. Nie je to problém len jazykový, ale

najmä problém dotýkajúci sa postoja jednotlivcov a spoločnosti k zdravotnému postihnutiu.

Definovať zdravotné postihnutie je možné prostredníctvom viacerých modelov.

Klinický model vníma zdravotné postihnutie ako

problém jednotlivca, ktorý je priamo spôsobený chorobou, traumou alebo iným zdravotným stavom a vyžaduje lekársku starostlivosť vo forme individuálnej a profesionálnej liečby<sup>15</sup>.

Práca so zdravotne postihnutým je zameraná na vyliečenie alebo prispôbenie jednotlivca a na zmenu jeho správania.

Sociálny model zasa vníma zdravotné postihnutie najmä ako spoločenský problém a v podstate mu ide o úplnú integráciu jednotlivca do spoločnosti. Zdravotné postihnutie vidí ako problém vytvorený spoločnosťou a nie celkom pripísateľný danému jednotlivcovi. V rámci tohto modelu vyžaduje postihnutie reakciu zo strany spoločnosti a štátu, nakoľko tento problém je spôsobený nevhodným fyzickým prostredím, ktoré je vytvorené postojmi a inými prejavmi spoločnosti<sup>16</sup>.

Sám osebe nie je však ani jeden zo spomínaných modelov presný, i keď obidva sú čiastočne platné. Zdravotné postihnutie je aj problémom na úrovni ľudského tela, aj komplexným spoločenským fenoménom. Postihnutie je výsledkom spolupôsobenia vlastností človeka a vlastností jeho okolia. Komplexnejší, holistický model postihnutia môžeme nazvať ako „*bio-psycho-sociálny model*“<sup>17</sup>. Podľa tohto modelu sú úroveň zdravotného postihnutia a funkčné schopnosti človeka výsledkom spolupôsobenia zdravotného stavu (ochorenie, porucha a úraz), faktorov prostredia (spoločenské prostredie, architektonický dizajn, práv-

---

<sup>15</sup> MKF – Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia, dz. cyt., s. 17.

<sup>16</sup> L. Novosad, *Základy speciálního poradenství*, vyd. Portál, Praha 2000, s. 95.

<sup>17</sup> MKF – Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia, dz. cyt., s. 17.



ne a sociálne normy, klíma, terén, atď.) a osobnostných faktorov (vek, pohlavie, schopnosť prispôsobenia sa, sociálne prostredie pôvodu, vzdelanie, zamestnanie, doterajšie skúsenosti, celková charakteristika správania a ďalšie faktory, ovplyvňujúce ako jednotlivca postihnutie vníma).

Z hľadiska súčasných potrieb a stupňa poznania sa postupne ukazujú ako nereálne definovať pojem zdravotné postihnutie jednotne pre rôzne oblasti vedy, spoločenského života, pre rozličné rezortné koncepcie a pozornosť sa presúva na špecifikáciu javov a celého rozsahu problémov, ktoré sú spojené s dôsledkami zdravotného postihnutia na život človeka a na možnosti ich cieľavedomého ovplyvnenia.

Ako sme už spomínali, medicínsky model zdravotného postihnutia nie je schopný systémovo riešiť komplex javov, ktoré s ním v živote človeka súvisia. Za veľký prínos v týchto otázkach sa považuje formulovanie *Medzinárodnej klasifikácie porúch, dizabilit a hendikepov* (ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps WHO, 1980), ktorá postihla základný referenčný rámec nielen pre doriešenie terminologických otázok, ale najmä pre zmysluplné rozdelenie pôsobnosti jednotlivých rezortov (najmä zdravotníctva, sociálnych vecí a školstva) v záujme ľudí so zdravotným postihnutím. V roku 2001 WHO vytvorila a zverejnila *Medzinárodnú klasifikáciu funkčnej schopnosti, dizability a zdravia* (MKF – ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health), ktorú do slovenského jazyka pod týmto názvom preložila a publikovala v roku 2003 Asociácia organizácií občanov so zdravotným postihnutím. MKF bola vytvorená na základe potreby zmeniť náhľad na zdravotné postihnutie. Donedávna platný koncept hovoril, že zdravotné postihnutie začína tam, kde končí zdravie. V dokumente MKF je však zdôraznený nový prístup, ktorý hodnotí funkčné schopnosti človeka v spoločnosti, bez ohľadu na dôvod postihnutia zdravia. Namiesto zdôrazňovania postihnutia sa pozornosť sústreďuje na úroveň zdravia u každého jednotlivca.

V rámci klasifikácie sa vychádza zo skutočnosti, že klinický model choroby či zdravotného postihnutia nezachytáva celý rozsah problémov, ktoré s chorobou či zdravotným postihnutím súvisia, nakoľko nevyjadruje ich všetky možné dopady na život človeka. V rámci dokumentu boli od pojmu choroba a zdravotné postihnutie odlišené pojmy *porucha (impairment)*, *obmedzenie (disability)* a *znevýhodnenie (handicap)*.

*Porucha (impairment)* je vonkajší prejav choroby alebo zdravotného postihnutia vyjadrený v strate alebo abnormalite psychologickkej, fyziologickej alebo anatomickej štruktúry alebo funkcie. Ide o prechodnú alebo trvalú anomáliu, defekt, stratu orgánu, údu alebo tkaniva alebo inej telesnej štruktúry alebo defekt vo funkčnom systéme alebo mechanizme tela, vrátane systému duševnej funkcie<sup>18</sup>.

*Obmedzenie (disability)* je objektívny prejav situácie v organizme vyjadrený vo výkone jednotlivca, v jeho obmedzení alebo nedostatku schopnosti vykonávať nejakú činnosť spôsobom alebo v rozsahu ako je to u zdravej populácie bežné. Obmedzenie sa môže pohybovať od malej odchýlky až po veľkú odchýlku v kvalite alebo kvantite výkonu aktivity.

*Znevýhodnenie (handicap)* vyjadruje nepriaznivú sociálnu situáciu pre človeka vyplývajúcu z poruchy alebo obmedzenia, ktorá sa prejavuje ako sociálny dôsledok vyplývajúci z jeho choroby alebo zdravotného postihnutia – obmedzuje ho alebo mu bráni v plnení rolí, bežných pre zdravého jedinca v závislosti od veku, pohlavia, sociálnych a kultúrnych faktorov. V poslednej klasifikácii z roku 2001 je tento pojem nahradený pojmom „*obmedzenie participácie*“<sup>19</sup>.

Klasifikácia MKF sumarizuje všetky aspekty ľudského zdravia a niektoré komponenty spokojnosti súvisiace so zdravotným

---

<sup>18</sup> MKF – Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia, dz. cyt., s. 150.

<sup>19</sup> Tamže, s. 151.

stavom a opisuje ich ako *zdravotné domény* a *domény súvisiace so zdravím*. MKF má univerzálne použitie, nevzťahuje sa len na ľudí so zdravotným postihnutím, skutočnosťou je MKF „o všetkých ľuďoch“<sup>20</sup>. Pomocou klasifikácie MKF je možné opísať zdravie a stavy vzťahujúce sa na zdravotný stav.

### **Osobitosti zdravotne postihnutých detí a dospelých**

Ak má sestra poskytovať holistickú ošetrovateľskú starostlivosť zdravotne postihnutej osobe, musí uplatňovať vedomosti z viacerých vedných odborov.

Zdravotné postihnutie predstavuje v psychickej oblasti primárne obmedzenie v predpokladoch k rozvoju normálnych funkcií. Riziko, že v dôsledku postihnutia vznikne aj psychická odchýlka, súvisí predovšetkým s typom a závažnosťou defektu. Sekundárne ju môžu ovplyvniť vlastnosti osobnosti postihnutého jednotlivca i rôzne faktory vonkajšieho prostredia. Niektoré ich osobnostné znaky môžu byť podmienené postihnutím, iné na ňom nemusia byť vôbec závislé. Vonkajšie aj vnútorné faktory sú v neustálej interakcii: trvalé postihnutie znamená zmenu životnej situácie, ktorá ovplyvní nielen vývoj takto postihnutej osoby, ale bude meniť aj postoje a správanie ostatných ľudí<sup>21</sup>.

Sestra v kontakte so zdravotne postihnutým dieťaťom a jeho rodinou by mala vedieť, aké špecifiká sa týkajú vývoja dieťaťa a ktoré pozitívne vplyvy rodiny by mala svojou činnosťou podporiť a ktoré negatívne eliminovať. V kontakte so zdravotne postihnutým dospelým zase sestra musí rešpektovať fázu akceptácie zdravotného postihnutia danou osobou, prípadne podporiť jeho adaptáciu a kontakt so širším sociálnym prostredím.

Zmeny v oblasti jednotlivých psychických funkcií, resp. celej osobnosti zdravotne postihnutej osoby nemusia mať

---

<sup>20</sup> Tamže, s. 8.

<sup>21</sup> M. Vágnerová, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, vyd. Portál, Praha 2008, s. 524.

rovnakú príčinu. Preto je vhodné rozlišovať primárne a sekundárne postihnutie, ktoré má inú etiológiu a s tým spojenú aj odlišnosť prostriedkov, ktoré môžu prispieť k ich zlepšeniu, prípadne náprave.

Primárne postihnutie zahrňuje chorobné zmeny, ktoré predstavujú obmedzenia v oblasti predpokladov rozvoja normálnych funkcií, napríklad zrakového či sluchového vnímania. Riziko, že v dôsledku zdravotného postihnutia vznikne aj psychická odchýlka, závisí od druhu a závažnosti ochorenia.

Sekundárne zmeny vznikajú ako dôsledok pôsobenia rôznych, najmä psychosociálnych faktorov, ktoré môžu byť určitým spôsobom závislé na existencii primárneho postihnutia. Na vzniku sekundárneho postihnutia sa môžu spolupodieľať rôzne osobnostné vlastnosti postihnutého jedinca a vonkajšie prostredie, v ktorom žije.

Pri posudzovaní osoby so zdravotným postihnutím je veľmi dôležité uvedomiť si, či postihnutie je vrodené alebo získané neskôr. Postihnutie vrodené, resp. získané v ranom veku, ovplyvňuje vo väčšej miere vývoj dieťaťa, ale subjektívne nie je natoľko traumatizujúce. Jednotlivec je na svoje postihnutie zvyknutý od detstva a často si ani nedokáže predstaviť, aké by to bolo, keby bol zdravý. Neskôr získané postihnutie predstavuje oveľa väčšiu psychickú traumu. Postihnutý jednotlivec vie, čo stratil, dokáže porovnávať a svoju novovzniknutú situáciu považuje za oveľa horšiu. Podľa Vágnerovej<sup>22</sup> je z objektívneho hľadiska neskôr získané zdravotné postihnutie výhodnejšie. Takýto človek sa určitú dobu vyvíjal normálne, získal isté skúsenosti, má veľa spôsobilostí, ktoré pre neho budú v ďalšom živote užitočné a ktoré vrodene postihnutý človek nemá (ide napríklad o predstavu priestoru u neskôr oslepnutých, o schopnosť verbálnej komunikácie u neskôr ohluchnutých, o určité sociálne skúsenosti a spôsobilosti a pod.)

---

<sup>22</sup> Tamže, s. 540.

### **Osobitosti osoby s vrozeným zdravotným postihnutím**

Každý človek sa vyvíja pod vplyvom prostredia. V dôsledku obmedzení daných zdravotným postihnutím bude vonkajšie prostredie pôsobiť inak ako za normálnych okolností. Pre zmyslovo alebo motoricky postihnutého jedinca nie sú dostupné všetky informácie, resp. ich nemôže prijímať štandardným spôsobom. Jeho predstava o svete bude preto iná – chudobnejšia a menej presná. V dôsledku toho nemá možnosť získať všetky bežné a pre jeho ďalší vývoj potrebné skúsenosti.

Rozvoj poznávacích procesov má viac-menej odlišný priebeh. V dôsledku postihnutia sa síce nemôžu rozvíjať určité kompetencie, ale v rámci prirodzenej tendencie ku kompenzácii týchto nedostatkov sa budú viacej rozvíjať iné schopnosti a zručnosti.

Vplyvom vonkajšieho prostredia, predovšetkým jeho sociálnej zložky, sa vyvíja aj osobnosť postihnutého dieťaťa. Jej rozvoj závisí od akceptovania dieťaťa rodičmi, od spôsobu výchovy, od miery kontaktu s inými ľuďmi, od možnosti získať určité roly a s nimi spojené skúsenosti.

Odchýlky v socializačnom vývoji patria do kategórie sekundárnych problémov, pretože závisia predovšetkým od toho, ako sa spoločnosť, vrátane rodiny, k postihnutému dieťaťu správa a ako mu umožňuje rozvinúť jeho sociálne kompetencie. Mnohé problémy postihnutých detí vznikajú v dôsledku neadekvátnej výchovy a bolo by možné ich odstrániť. Môže ísť o neprimeranú a pretrvávajúcu závislosť, nesamostatnosť, egocentrizmus vypestovaný hyperprotektívnou výchovou, pocity neistoty a menejcennosti vzniknuté ako reakcia na odmietanie a podceňovanie a pod<sup>23</sup>.

### **Adaptácia rodiny na zdravotné postihnutie dieťaťa**

Rodina je pre človeka veľmi dôležitou sociálnou skupinou. Pri udržiavaní alebo obnove zdravia má významnú úlohu. Aby

---

<sup>23</sup> Tamže, s. 548.

rodina mohla plniť všetky svoje funkcie, je dôležitá prítomnosť všetkých jej členov. Je známe, že absencia jedného z rodičov je škodlivá pre sociálny a emocionálny vývoj dieťaťa. Množstvo a kvalita poskytnutej starostlivosti zo strany rodiny je determinovaná rôznymi obmedzeniami. Tieto vyplývajú napríklad z pracovnej zaťažnosti rodinných príslušníkov, finančných a časových nárokov starostlivosti a aj z každodennej domácej starostlivosti o ostatných členov rodiny<sup>24</sup>.

Zdravotné postihnutie dieťaťa je pre rodičov silnou stresovou situáciou. Spôsob, akým ju rodičia zvládajú a ako na ňu reagujú, spoluurčuje, akou veľkou záťažou bude zdravotné postihnutie aj pre dieťa.

Zdravie dieťaťa je pre rodičov významnou hodnotou a postihnutie dieťaťa znamená jej nespravodlivé ohrozenie. Značný rozdiel medzi realitou, ktorou je zdravotné postihnutie, a tým, aké je štandardné očakávanie zdravého vývoja dieťaťa, vedie k prežívaniu silného stresu, stimulujúceho rôzne obranné reakcie<sup>25</sup>. Rodičia v tejto situácii reagujú kombináciou rôznych emócií.

Neľahký proces vyrovnávania sa s postihnutím má charakteristický priebeh. Kübler – Ross popísala štádiá vyrovnávania sa s ťažkým ochorením/štádiá smútku: popieranie, hnev, vyjednávanie, depresia, akceptovanie<sup>26</sup>.

Schuchardt<sup>27</sup> uplatnila tieto etapy v určitej modifikácii spracovania krízovej situácie ako procesu učenia (skúsenosti) v ôsmich stupňoch špirály: neistota, istota, agresia, vyjednávanie, depresia, prijatie, aktivita, solidarita.

---

<sup>24</sup> D. Klevetová, I. Dlabalová, *Motivační prvky při práci se seniory*, vyd. Grada, Praha 2008, s. 75-82.

<sup>25</sup> N. Špatenková a kol., *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*, vyd. Grada, Praha 2004, s. 115.

<sup>26</sup> B. Kozierová, G. Erbová, R. Olivieriová, R., *Ošetrovatelstvo 2*, dz. cyt., s. 1024.

<sup>27</sup> H. Chvátalová, *Jak se žije dětem s postižením*, vyd. Portál, Praha 2001, s. 68.

Jankovský<sup>28</sup> popísal fázy, ktorými prechádzajú rodičia po narodení zdravotne postihnutého dieťaťa. Ide v podstate o šesť štádií počínajúc iniciálnym šokom, cez popretie, dohadovanie, agresiu (zlosť), depresiu (pocit viny), až po rovnováhu, t. j. prijatie postihnutia svojho dieťaťa ako výzvu a úlohu.

Choroba dieťaťa je pre rodičov veľmi silnou stresovou situáciou. Znamená totiž nespravodlivé ohrozenie takej významnej hodnoty ako je zdravie dieťaťa. Silný stres stimuluje rôzne obranné reakcie. V popredí sú emocionálne reakcie: úzkosť a strach (súvisiace s ohrozením dieťaťa), hnev (súvisiaci s uvedomením straty prežíanej ako nespravodlivej), smútok až depresia (vyplývajúce z vedomia obmedzených možností ochrániť svoje dieťa). Choroba dieťaťa stimuluje u rodičov väčšinou aktívne obranné reakcie. Rodičia sa odmietajú zmieriť s takouto situáciou a bojujú o uzdravenie dieťa alebo aspoň o zlepšenie jeho stavu. Často ide o nezmyselné aktivity, ale i to pomáha rodičom samotným zvládať túto záťaž.

Obdobie, kedy rodičia postihnutého dieťaťa sú konfrontovaní so skutočnosťou, možno označiť ako fázu krízy rodičovskej identity<sup>29</sup>. Je to fáza nepriaznivej reakcie na nepriaznivú odlišnosť ich dieťaťa a jeho perspektív. Všeobecne platí, že čím skôr sa rodičia dozvedia, že ich dieťa je postihnuté, tým zásadnejším spôsobom sa menia rodičovské postoje. Reakcie rodičov na zistenie, že ich dieťa je postihnuté, sa v priebehu času menia a prechádzajú typickými fázami. Vágnerová<sup>30</sup> popisuje tri fázy: fázu šoku a popierania, fázu postupnej akceptácie a fázu realizmu.

*Fáza šoku a popierania.* Šok a popieranie predstavujú prvú reakciu na subjektívne neprijateľnú skutočnosť, že dieťa je trvalo postihnuté. Popieranie takejto informácie možno považovať za

---

<sup>28</sup> J. Jankovský, *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, vyd. TRITON, Praha 2001, s. 79.

<sup>29</sup> M. Vágnerová, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, dz. cyt., s. 413.

<sup>30</sup> Tamže, s. 416.

obranu vlastnej psychickej rovnováhy. V tejto dobe rodičia nechcú nič počuť o možnostiach starostlivosti o takého dieťa. V priebehu času dochádza k postupnému prijatiu tejto informácie. Iba v ojedinelých prípadoch pretrváva takýto postoj dlhšiu dobu.

*Fáza postupnej akceptácie a vyrovnania sa s problémom.* V tomto období majú rodičia záujem o ďalšie informácie. Chcú byť poučení o podstate a príčine postihnutia, hľadajú vinníka, ale aj riešenie budúcnosti svojho dieťaťa. Racionálnemu spracovaniu takýchto informácií ale veľakrát bráni emocionálny stav rodičov, ktorý hodnotenie situácie skresľuje. Ich anticipácie bývajú vzhľadom k pocitom smútku a beznádeje, ale aj vplyvom obmedzenej informovanosti, skôr pesimistické. Spôsob a adekvátnosť vyrovnávania s takouto záťažou bude závisieť od mnohých faktorov, napríklad od skúseností rodičov, vlastností ich osobnosti, zdravotného stavu, veku, kvality partnerského vzťahu, počtu detí ktoré spolu majú, od druhu a príčiny postihnutia atď. Subjektívne zvládnutie tejto fázy bude spoluurčovať mieru odlišnosti rodičovských postojov k dieťaťu. Bude od nich závisieť aj riziko extrémneho výchovného prístupu, ktoré ovplyvní vývoj dieťaťa prakticky až do dospelosti.

*Fáza realizmu.* Rodičia sa vo väčšine prípadov zmieria so skutočnosťou, že ich dieťa nikdy nebude zdravé, a začnú sa správať primeraným spôsobom. Adaptácia na takúto skutočnosť však trvá dlho a ako typické prechodné štádium sa objavuje fáza vyjednávania. Môžeme ju charakterizovať ako tendenciu získať aspoň niečo, malé zlepšenie, keď už nemožno mať všetko. Zmyslom tohto obdobia je vyjadrenie určitej nádeje, ktorá nie je úplne realistická. Je znakom kompromisu, ktorý možno hodnotiť ako pokrok, ako čiastočné prijatie predtým úplne odmietanej skutočnosti.

Odlišnú situáciu predstavujú postihnutia, ktoré sa prejavujú, rozvíjajú alebo vznikajú v neskoršom veku. V týchto prípadoch býva dlhšia latencia medzi prvými prejavmi, ktoré môžu rodičom signalizovať, že dieťa nie je celkom v poriadku, a dobou



oznámenia diagnózy.<sup>31</sup> Neistota tohto obdobia pre rodinu predstavuje špecifickú stresovú situáciu. Stimuluje tendenciu hľadať pravdu, ale na druhej strane niekedy aj podporuje obranné reakcie, ktoré sa ju zároveň snažia do určitej miery skresliť, alebo dokonca aj poprieť, aby bola prijateľná. Otvorená budúcnosť v tomto prípade predstavuje nádej, na ktorú sa rodičia upínajú.

Ak dôjde k ochoreniu či vzniku defektu neskôr, a dieťa bolo po celý čas akceptované ako normálne, bývajú reakcie rodičov a laickej verejnosti trochu iné. Neskôr vzniknutý defekt nepôsobí ako znehodnotenie rodičovskej prestíže. Rodičia si potvrdili svoju vlastnú rolu i normalitu svojho dieťaťa a ich sebauvedomenie sa pod vplyvom neskôr vzniknutého defektu mení menej. Za týchto okolností sú rodičovské obrany viac zamerané na postihnuté dieťa než na vlastnú rodičovskú identitu. Neskôr vzniknutý defekt je akceptovaný primárne ako nešťastie, ktoré postihlo normálneho zdravého človeka. Aj z hľadiska postojov širokej verejnosti je získaný defekt akceptovateľnejší ako vrodené poškodenie, pretože je „zrozumiteľnejší“. Skutočnosť, že ľudia môžu v priebehu života ochoriť alebo utrpieť úraz, je totiž všeobecne známa.

### Starostlivosť o zdravotne postihnuté dieťa v rodine

Vo vzťahu rodičov k svojmu postihnutému dieťaťu badať niekoľko schém správania sa. Podľa Sommersovej<sup>32</sup> sa delia do piatich kategórií:

- *Akceptovanie dieťaťa a jeho postihnutia.* Rodič postihnutie prijíma objektívne a preukazuje skutočnú oddanosť a primerané hodnotenie dieťaťa. Nevyjadruje viditeľné pocity viny alebo vzdoru. Heslom je – „musíme dosiahnuť najviac, čo sa dá“. Vo väčšine prípadov viera vo vlastné sily a schopnosti dieťaťa dodáva duševnú podporu a oporu.

---

<sup>31</sup> J. Prevendárová, *Rodina s postihnutým dieťaťom*, vyd. Psychoprof, Nové Zámky 1998, s. 121.

<sup>32</sup> L. Požár, *Psychológia osobnosti postihnutých*, vyd. UK, Bratislava 1997, s. 56.

- *Odmietavá reakcia.* Rodič popiera, že postihnutie má naň emocionálny vplyv a že dieťa je naozaj postihnuté. Vzdelávacie a profesionálne plány s dieťaťom naznačujú, že rodič neakceptuje a neuznáva pre svoje dieťa nijaké obmedzenia. Dieťa vedie k nadmernej ambicióznosti a rodič trvá na vysokej úspešnosti.
- *Nadmerné ochranárstvo.* Rodičia sú zaujatí nadmierou citu ľútosti a súcitu, ktorý vyjadrujú v nadmerne starostlivom a ochranárskom zaobchádzaní s dieťaťom. Potreba matky po predmete svojej lásky môže viesť k tomu, že udržiava svoje dieťa na infantilnej úrovni. Starostlivosť o dieťa naznačuje príchylnosť milujúceho a nadmieru pozornosti.
- *Skryté zavrhovanie.* Postihnutie sa pokladá za hanbu. Negatívny postoj a odpor voči dieťaťu sa skrýva za nadmerne starostlivou a úzkostlivou ohľaduplnosťou a preháňaním povinnosti, úzkostlivou snahou byť dobrou matkou (otcom).
- *Otvorené zavrhovanie.* Dieťa sa otvorene prijíma s odporom a rodič si je vedomý nepriateľských citov, no utvára si ochranu na ich zdôvodnenie. Spoločnosť, lekár alebo učitelia sú vinní za ich predsudky voči postihnutiu. Rodič na základe procesu projekcie dosahuje pocit oprávnenosti tohto nepriateľstva a úľavu z veľkého pocitu viny.

Rodina s postihnutým dieťaťom je v komplikovanej ekonomickej situácii, lebo obvykle matka starajúca sa o takéto dieťa nepracuje a rodina je závislá od príjmu otca (ten niekedy využíva nutnosť privyrábania na útek od problému aj od pomoci manželke pri výchove dieťaťa). Zhoršená je podľa Černaya<sup>33</sup> spoločenská situácia rodiny s postihnutým dieťaťom, lebo obvykle sa izoluje od známych, niekedy aj od príbuzných. Reakcie matky a otca bývajú podľa uvedeného autora odlišné. Matka obyčajne prekonáva ťažkosti a stará sa o dieťa 24 hodín denne. Správanie otca môže pôsobiť navonok ako nezmenené, ale vo svojom vnútri môže byť urazený. Niektorí otcovia ostávajú dlhšie v práci, iní odchádzajú z rodiny navždy (útek od zodpovednosti a prekonávania prekážok). V mnohých rodinách matka a otec spoja sily a vedú

---

<sup>33</sup> L. Končeková, *Patopsychológia*, vyd. LANA, Prešov 2004, s. 158.

spoločný boj. Niekedy sa rodina rozhodne, že dieťaťu bude lepšie v ústave. Je to v prípade, ak sa nevie vyrovnáť so situáciou narodenia postihnutého dieťaťa alebo ak pre značnú fyzickú únavu a psychickú vyčerpanosť nestíha veľmi náročnú výchovu poškodeného dieťaťa.

### **Súrodenci zdravotne postihnutého dieťaťa**

Zdravotne postihnuté dieťa môže predstavovať záťaž nielen pre rodičov, ale aj pre svojich súrodencov. Súrodenec je stabilnou súčasťou života dieťaťa. Ak je súrodenec niečím výnimočný, napríklad je chorý alebo zdravotne postihnutý, musí si zdravé dieťa vypracovať určité stratégie, ktoré mu pomôžu zvládnuť tento stav prijateľným spôsobom. Obyčajne ide o prijatie určitej dominantno-ochranej roly. Súrodenci zvyčajne bývajú súpermi aj spojencami, ale postihnuté dieťa nemôže byť súperom, pretože tomu nezodpovedajú jeho schopnosti. Navyše rodičia veľakrát takéto správanie zdravého dieťaťa považujú za priestupok. Postihnuté dieťa nemôže byť ani modelom, s ktorým by sa mladší súrodenec stotožnil. Vytvorenie skutočnej vzťahovej symetrie, ktorá je medzi zdravými súrodencami bežná, je v tomto prípade väčšinou ťažko dostupné<sup>34</sup>.

Deti vedia, že postihnutý súrodenec musí byť chránený a nemožno sa k nemu správať ako ku ktorémukoľvek inému, zdravému dieťaťu. Takýto postoj má však aj svoje negatívne dôsledky: postihnutý, ktorý potrebuje neustálu pomoc a ohľaduplnosť, nie je považovaný za úplne rovnocenného.

Existencia postihnutého dieťaťa v rodine môže byť príčinou zmeny postojov a očakávaní rodičov aj vo vzťahu k zdravým potomkom. Je tu zvýšené riziko, že ani k nim nebudú mať rodičia primeraný vzťah a prijateľné nároky<sup>35</sup>. Jednou krajinou

---

<sup>34</sup> Z. Matějček, *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, vyd. H&H, Praha 2001, s. 93.

<sup>35</sup> M. Vágnerová, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, dz. cyt., s. 415.

môže byť koncentrácia pozornosti a záujmu na postihnuté dieťa a odsunutie zdravých súrodencov do úzadia. Rodičia zdravému dieťaťu nevenujú potrebnú pozornosť a očakávajú od neho zrelšie správanie, než zodpovedá jeho vývinovej úrovni. Dôvodom nie je nezáujem o toto dieťa, ale pohltenie problémami postihnutého potomka. Rodičia očakávajú, že zdravé dieťa bude s nimi spolupracovať na spoločnej rodinnej úlohe – podpore hendikepovaného. Častokrát rodičia oceňujú ochotu dieťaťa podriaďiť uspokojovanie svojich potrieb v prospech uspokojovania potrieb postihnutého. Niekedy mu rodičia jednoznačne vymedzia aj jeho budúcu rolu garanta starostlivosti o postihnutého súrodenca.

Druhým extrémnym variantom je koncentrácia záujmu rodičov na zdravé dieťa. Jednostranný záujem o zdravé dieťa môže slúžiť ako prostriedok kompenzácie neuspokojenia, ktoré rodičom prináša postihnutý potomok<sup>36</sup>. Dieťa sa dostáva do pozície toho, kto by mal rodičom vynahradiť strádanie a ťažkosti s postihnutým dieťaťom. Táto situácia môže byť taktiež charakteristická väčšími nárokmi a očakávaniami rodičov, ktoré nemusia byť primerané veku a možnostiam zdravého dieťaťa.

Tento prístup možno interpretovať ako jeden z možných obranných mechanizmov. Podporuje sebedomie rodičov a uľahčuje im zvládnutie rodičovskej roly. Kompenzuje nepriaznivé pocity, ktoré prinieslo narodenie zdravotne postihnutého potomka.

Jedno výborne prospievajúce dieťa potvrdzuje dospelému, že jeho rodičovská kvalita nie je úplne zlá<sup>37</sup>.

Rodičia nie sú vždy dostatočne empatickí a citliví vo svojich predstavách, ako by mal zdravý súrodenec s postihnutým pomáhať, čo všetko by mal zvládnuť a čo vo vzťahu k nemu tolerovať. Môžu svojimi požiadavkami do značnej miery skomplikovať

<sup>36</sup> D. Sobotková et al., *Narodilo se s problémy a co bude dál?* Vyd. Grada, Praha 2003, s. 38.

<sup>37</sup> M. Vágnerová, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, dz. cyt., s. 108.

socializáciu a rozvoj identity zdravého potomka, napríklad budú vyžadovať, aby zdravý súrodenec bral svojho postihnutého brata alebo sestru všade so sebou. V správaní zdravého dieťaťa sa tak môžu objavovať rôzne obranné mechanizmy, ktoré vznikli preto, aby mu pomohli zvládnuť preňho ťažko riešiteľnú situáciu (napríklad zlosť voči postihnutému súrodencovi).

Na druhej strane väčšie požiadavky rodičov na zdravé dieťa podporujú jeho socializačný rozvoj a urýchľujú dosiahnutie schopnosti prevziať zodpovednosť, podporujú väčšiu toleranciu a samozrejmú i ochotu pomáhať<sup>38</sup>.

Záleží predovšetkým na rodičoch, akým spôsobom takú záťaž zvládnu, aby žiadne z ich detí nebolo neprimerane zaťažované. Záleží aj na tom, ako rodina prijme postihnuté dieťa a čo bude jeho existencia pre rodinný život znamenať.

### **Osobitosti osoby so získaným zdravotným postihnutím**

Zdravotné postihnutie získané v priebehu života predstavuje silnú emocionálnu traumu<sup>39</sup>. Spôsob, akým sa jedinec s takouto záťažou vyrovnáva, závisí od dosiahnutej úrovne vývoja, jeho osobnostných vlastností a sociálnej podpory zo strany najbližších ľudí. Prežitie straty vyvoláva negatívne emocionálne reakcie, ako je depresia, úzkosť, koncentrácia na tento problém a pod. Pokiaľ strata zdravia vznikla náhle, predstavuje väčšiu záťaž, ako keby išlo o dôsledky dlhodobého ochorenia, na ktoré sa chorý mohol postupne adaptovať.

V detstve je reakcia na novovzniknuté zdravotné postihnutie do veľkej miery ovplyvnená spôsobom, akým sa s postihnutím vyrovnávajú rodičia. Mladšie deti často nie sú schopné pochopiť význam tejto zmeny, pretože reagujú predovšetkým na aktuálne nepríjemnosti a obmedzenia. Reakcie adolescentov a dospelých sú ovplyvnené skutočnosťou, že dokážu uvažovať o dosahu

---

<sup>38</sup> B. Blažek, J. Olmrová, *Světy postižených*, vyd. Avicenum, Praha 1988, s. 115.

<sup>39</sup> M. Vágnerová, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, dz. cyt., s. 109.

súčasnej situácie, o dôsledkoch postihnutia pre ich ďalší život. Riziko poškodenia zdravia je v adolescencii a ranej dospelosti zvýšené, pretože mladí ľudia majú potrebu experimentovať s nebezpečnými aktivitami.

Postihnutie, ktoré vzniká v období dospievania, je zásahom do emancipačného vývoja, deformuje ďalší rozvoj identity alebo ho prinajmenšom spomalí. Avšak na druhej strane postihnutia vzniknuté v tomto období spravidla zásadným spôsobom nenarušia už vytvorené vzťahy so zdravou spoločnosťou. Takýto jednotlivec môže trpieť posttraumatickým stresovým syndrómom<sup>40</sup>, ale zostáva mu väčšina spôsobilostí, vrátane bežných sociálnych zručností, ktoré bude môcť po určitej adaptačnej dobe znovu uplatniť.

Človek so získaným postihnutím musí nájsť nový zmysel svojho života, nový cieľ svojho smerovania, a zmeniť svoju hierarchiu hodnôt. U ľudí po úrazoch dochádza k veľmi rýchlej a náhlej strate zdravia, takže niekedy u nich určitú dobu pretrvávajú postoje zdravého človeka a až neskôr sa postupne prispôbujú realite. Aby mladý človek následky postihnutia zvládol, musí si v prvom rade vybudovať novú sebadôveru. Mnohí dobre adaptovaní postihnutí hovoria, že ich problémy boli podnetom k osobnostnému rozvoju<sup>41</sup>. Na začiatku, pokiaľ hendikep nie je človekom spracovaný a zvládnutý, postihnutý taký názor nemá. Až neskôr je schopný vidieť svoju situáciu ako výzvu. V niektorých prípadoch nemusí k tomu dôjsť, ľudia podľahnú svojmu trápeniu a ich osobnosť sa mení k horšiemu.

Veľký význam má sociálne a emocionálne zázemie, podpora blízkych osôb. Aj tieto vzťahy sa však istým spôsobom menia. Rodičia sa obyčajne vrátia k opatrovateľskému postoju ako k malému dieťaťu, a postihnutý je do roly závislého dieťaťa vmanipulovaný. Vzťahy s rovesníkmi, priateľské či partnerské, sú ohrozené zmenou potrieb, hodnôt, rozdielnosťou postoja k svetu, atď. Spravidla

---

<sup>40</sup> Tamže, s. 165.

<sup>41</sup> Tamže, s. 168.

nejde o rozchod, resp. opustenie z dôvodu sebeckta zdravých, ale často o kontakty nemá záujem ani sám postihnutý.

Výhodu má človek, ktorého koníčky alebo profesia nie sú hendikepom ohrozené. Zostáva mu tak minimálne jedna významná oblasť spoločného záujmu so zdravými, pomocou ktorej sa darí uchovať aj rôzne priateľské vzťahy. Pre človeka s novozískaným postihnutím je dôležitou stimuláciou reálne dostupná ponuka nejakého uplatnenia, práce, ktorá by mala zmysel. Ide pritom hlavne o podporu sebavedomia a sebaúcty v oblasti významnej roly – užitočnosti.

### **Reakcia osoby na získané zdravotné postihnutie**

Reakcia na vzniknuté zdravotné postihnutie a zvládanie tejto záťaže prebieha v podobných fázach, ako sme popisovali v predchádzajúcej časti. Ide v podstate o niekoľko fáz.

*Fáza latencie, resp. nedostatočnej informovanosti.* Človek vie, že utrpel úraz, leží v nemocnici, ale zatiaľ nevie presne, čo sa mu stalo aké to bude mať následky. Pokiaľ je pri vedomí, myslí si, že ide o prechodný problém, a verí, že sa uzdraví. Zranený jedinec (dieťa lebo dospelý) ešte nemá dôvod uvažovať o zmene svojich životných plánov alebo hodnôt. Jeho cieľom je úplné vyzdravenie.

*Fáza pochopenia traumatizujúcej reality.* Človek po určitej dobe liečby, kedy sa jeho stav nemení, sám pochopí, že sa pravdepodobne nikdy neuzdraví, alebo je o tom informovaný lekárom. Reakciou na toto zistenie je šok, človek túto traumou rieši mnohokrát tým najjednoduchším spôsobom: popiera, že by niečo také bolo vôbec možné.

*Fáza protestu a vyjednávania.* Osoba v tejto fáze neguje všetko, čo nesvedčí o návrate k pôvodnému stavu. Odmieťa kontakt s ľuďmi, nechce žiť, nechce rehabilitovať, pretože život s trvalým postihnutím je preňho neprijateľný. Až postupne sa zmieruje so svojím stavom, ale zároveň sa snaží uchovať si nádej na lepší

výsledok (aj keď nerealistický), „vyjednáva s osudom“<sup>42</sup>. U osoby sa môžu vyskytovať rôzne maladaptívne reakcie, ako napríklad obviňovanie ostatných, sebalútosť a pocit bezmocnosti v novej situácii.

*Fáza postupnej adaptácie* sa vyznačuje tým, že osoba so zdravotným postihnutím si osvojuje rôzne kompenzačné spôsoby pohybu, sebaobsluhy, orientácie v prostredí a pod. Vedomie obmedzenia veľakrát zbytočne blokuje rozvoj týchto kompetencií. Osoba si neverí, netrúfa, nevie, čo všetko je za daných okolností možné, pretože väčšinou nikoho podobne postihnutého nepozná. Až v tejto fáze si väčšina zdravotne postihnutých pripustí, že došlo k zásadnej zmene v ich živote a že na tom nemôžu nič zmeniť. Tejto skutočnosti je vhodné prispôbiť aj ďalšie smerovanie. Sociálna adaptácia v tomto období býva spojená s tzv. „*prechodovými rituálmi*“<sup>43</sup>, ktoré symbolizujú zmenu identity postihnutého. Môže to byť napríklad návrat do zamestnania, medzi priateľov – ale za iných okolností, v inej pozícii.

### **Zmeny v živote a socializácia osoby so zdravotným postihnutím**

Osoba so získaným zdravotným postihnutím musí nájsť nový zmysel svojho života, nový cieľ svojho smerovania a s tým súvisí zmena jej životných hodnôt a jej sebakoncepcie. Obnova prijateľnej sebakoncepcie vyžaduje rovnaké úsilie ako rehabilitácia somatických funkcií, niekedy trvá oveľa dlhšie a býva oveľa náročnejšia. Ide o vymedzenie novej identity, pochopenie, kým človek teraz je. V prípade úrazu dochádza k náhlej strate zdravia, preto u týchto ľudí pretrvávajú istú dobu postoje z obdobia pred úrazom a postupne dochádza k prispôbovaniu sa novým okolnostiam.

V závislosti na zmene celkovej situácie sa určitým spôsobom menia aj sociálne vzťahy. Rizikom tohto obdobia je neschopnosť

---

<sup>42</sup> Tamže, s. 174.

<sup>43</sup> Tamže, s. 180.



alebo neochota zdravotne postihnutej osoby správať sa k ľuďom okolo štandardným spôsobom alebo aspoň prijateľne. Vnútorné napätie a pocit nespravodlivosti vedie k zmenám správania sa postihnutých k zdravým. Tí sú za svoj „lepší“ osud obviňovaní, počúvajú výčitky, náreky, výlevy depresii alebo zlej nálady. Akékoľvek vzťahy sa týmito prejavmi narúšajú a deformujú, stráca sa z nich pohoda a symetria. Postihnutý človek niekedy svojich priateľov stráca preto, že sa stal nepríjemným, a nie preto, že je postihnutý.

Zdravotné postihnutie do istej miery spôsobuje bezmocnosť a závislosť, ktorú človek musí prijať a vyrovnáť sa s ňou. Na druhej strane potrebuje poznať svoje reálne možnosti, rozvíjať svoje kompetencie, ktoré je možné zlepšiť, a prijať obmedzenia, ktorých sa nedá zbaviť.

### **Potreby osôb so zdravotným postihnutím**

Sestra musí vedieť o potrebách ľudí čo najviac, aby ich mohla rozpoznať, pochopiť a zabezpečiť ich uspokojovanie. V čom sa ale potreby zdravotne postihnutej osoby líšia?

Potreby sa definujú rôznym spôsobom. Orlandová ich definuje ako

požiadavky osoby, ktoré ak sú napórúdzi, odďaľujú alebo zmenšujú tieseň a zlepšujú bezprostredný pocit blaha.

Podľa Royovej sú to zasa

požiadavky jednotlivca, ktoré stimulujú odpovede na udržanie jeho integrity<sup>44</sup>.

V modernej motivačnej teórii je potreba charakterizovaná ako špecifická situácia v organizme, ktorá energizuje správanie uspokojujúce potrebu<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> B. Kozierová, G. Erbová, R. Olivieriová, R., *Ošetrovateľstvo 1*, dz. cyt., s. 67.

<sup>45</sup> K. Repková, *Zdravotné postihnutie – obraz z galérie nášho poznania*, vyd. EPOS, Bratislava 1999, s. 79.

V takomto vymedzení pojmu potreba je obsiahnutá celá základná systematika teórie motivácie ľudského správania, ktorá nám pomáha pochopiť, prečo sa ľudia správajú tak ako sa správajú. Podľa Maslowa<sup>46</sup> potreby človeka utvárajú štruktúru, ktorej základom je podmienka existencie organizmu vôbec. Na tieto potreby sa v ontogenéze navrstvujú ďalšie, ktoré sú podmienkou jeho existencie ako osobnosti. Súhrnne možno povedať, že potreba je niečo, čo je potrebné, užitočné a nevyhnutné.

Z hľadiska motivačnej teórie je osobitne dôležitý princíp vnútornej hierarchie potrieb, rozpracovaný v humanisticko – antropometrickom princípe Maslowovej teórie potrieb. V zmysle hypotézy hierarchie sú ľudia motivovaní hierarchickým systémom fyziologických potrieb, potrieb bezpečia, afiliácie (sociálnej odzvy), sebaúcty a sebarealizácie. Medzi základné fyziologické potreby Maslow zaraďuje vzduch, potravu, vodu, prístrešie, odpočinok a spánok, činnosť a udržanie teploty. Keď človek dosiahne naplnenie fyziologických potrieb, vynára sa potreba bezpečia v jeho prostredí – osoba chce byť v bezpečí a chce sa cítiť v bezpečí. Tretia úroveň potrieb – potreba lásky, náklonnosti a príslušnosti zahrňuje oboje: poskytovanie i prijímanie. Potreba úcty – ocenenia je štvrtou úrovňou potrieb. Človek potrebuje sebaúctu, ako aj ocenenie inými. Keď sa upokojí potreba ocenenia, človek sa usiluje o sebarealizáciu. V nej si jedinec uvedomuje svoj plný potenciál. K tomu, aby sa u človeka aktualizovala najvyššie postavená potreba sebarealizácie je nevyhnutné, aby mal uspokojené všetky ostatné potreby postavené hierarchicky nižšie. Nie každý človek sa môže sebarealizovať. Maslow nepovažuje inteligenciu za nevyhnutnú pre sebarealizáciu. Keď sa však uspokojia všetky „nižšie“ potreby, človek môže pocítiť túžbu po sebanaplnení či sebarealizácii. Motivácia jedinca tak predstavuje vzostup, resp. zostup jednotlivými vrstvami pyramídy potrieb.

---

<sup>46</sup> A. H. Maslow, *O psychologii bytí*, vyd. Portál, Praha 2014, s. 205.

Podľa Madsena<sup>47</sup> má iba málo potrieb „inšinktoidnú“ povahu, tzn. že sú spojené s uspokojovaním hladu, smädu, bezpečnosti a istoty či libida. Viac z nich má skôr povahu „sociálnu“. Sociálnu v tom, že motivujú jednotlivca v správaní smerom k inému jednotlivcovi, skupine, väčšiemu spoločenstvu a objavujú sa postupne v priebehu ontogenézy. Základné potreby sú spoločné všetkým ľuďom, no modifikované sú viacerými faktormi, ako sú napríklad faktory fyziologicko-biologické (vek, rast, vývoj, zdravotný stav), psychicko-duchovné (osobnosť, emocionálne ladenie, zvyky), socio-kultúrne (kultúrne zvyky a obyčaje, spôsob života, ekonomická situácia) a faktory životného prostredia (geografická poloha, bytové podmienky, atď.).

Majú osoby so zdravotným postihnutím špecifické potreby? Ako sa všeobecne vnímajú situácie, keď sa o niekom alebo niečom povie, že pre svoju existenciu potrebuje niečo špecifické?

Automaticky sa nám asocjuje náročnosť, prekračovanie požiadaviek nad rámec štandardu. O určitom druhu špecifickosti vo vzťahu k osobám so zdravotným postihnutím treba hovoriť. Súvisí to s požiadavkami, prostredníctvom ktorých vstupuje osoba do vzťahu k iným ľuďom a širšiemu prostrediu v procese uspokojovania svojich potrieb. Keďže štandardné životné podmienky vystupujú vo vzťahu k osobám so zdravotným postihnutím často výrazne znevýhodňujúco, obmedzujúco, musia sa hľadať náhradné, špecifické zdroje (cesty) uspokojovania potrieb týchto osôb. Nejde však o špecifickosť vychádzajúcu z podstaty potrieb osôb so zdravotným postihnutím, ale o špecifickosť vyplývajúcu z podstaty podmienok, v ktorých žijú.

Ak vychádzame z Maslowovej hypotézy hierarchie potrieb, potom jednotlivci so zdravotným postihnutím boli v priebehu historického vývoja spoločnosti znevýhodňovaní dvakrát. Na jednej strane boli vytvorené objektívne prekážky uspokojovania ich potrieb – potreby pohybu v životnom priestore, potreby

---

<sup>47</sup> K. Repková, *Zdravotné postihnutie...*, dz. cyt., s. 198.

komunikácie a sociálnej afiliácie, potreby prístupnosti k získaniu prostriedkov na každodennú existenciu, atď. Na druhej strane boli tendencie postarať sa o to, aby znevýhodnení jedinci mali kde bývať, čo ješ, aby mohli byť čistí či primerane odetí a aby mali možnosť stretávať sa s inými osobami so zdravotným postihnutím. Táto tendencia im však berie možnosť rozhodovať o sebe, možnosť rozvíjať svoje vyššie sociálne potreby a aspirácie, čo výrazne znižuje ich pripravenosť k akejkoľvek zmene či schopnosť zmenu iniciovať a riadiť.

### **Záver**

Miera, ktorou postihnutie limituje jednotlivca v jeho každodenných výkonoch, je len čiastočne závislá od medicínskej diagnózy a je oveľa viac závislá od prístupu spoločnosti k zdravotnému postihnutiu. V spoločnosti je stále veľa predsudkov voči prejavom ľudí so zdravotným postihnutím, ktoré bránia prijatiu týchto ľudí za rovnocenných partnerov a tým ich diskriminujú voči ľuďom bez postihnutia. Predsudky spoločnosti voči zdravotnému postihnutiu sú prejavom strachu či nedôvery voči niečomu neznámemu. Ak máme utkvelú predstavu, že človek s duševným ochorením je nevyspytateľný „blázon“, že človek s chronickou chorobou je záťažou pre zdravotníctvo a sociálny systém a človek s telesným postihnutím je nesebestačný a odkázaný na pomoc iných, tak ťažko budeme podporovať úsilie o zabezpečenie rovnakých práv pre ľudí so zdravotným postihnutím ako ich majú ľudia zdraví. Predsudky pochádzajú z nedostatočnej informovanosti. V minulosti žili ľudia s vážnym zdravotným postihnutím izolovaní od spoločnosti. Žili v uzatvorených štátnych ústavoch alebo v rodinnom prostredí, ich integrácia do spoločnosti však podporovaná nebola.

Izolácia ľudí so zdravotným postihnutím sa v súčasnosti stále viac odstraňuje a podporuje sa ich začlenenie do života spoločnosti. Aby sa tento proces urýchlil, je potrebné systematicky vzdelávať verejnosť o zdraví, zdravotnom postihnutí a potrebách ľudí so zdravotným postihnutím.

V súčasnosti služby dlhodobej starostlivosti a podpory osobám so zdravotným postihnutím môžu mať rôznu podobu. Ide napríklad špeciálne sociálne poradenstvo, sociálnu podporu včasnej intervencie, špeciálnu sociálnu rehabilitáciu, činnosťnú terapiu, sprievodcovskú službu pre zrakovo postihnutých, tlmočenie pre nepočujúcich a nedoslýchavých, dohľad, opatrovanie, osobnú asistenciu, chránené bývanie, podporované bývanie, prepravu, ošetrovateľskú starostlivosť, odľahčovaciu službu, servis integračných pomôcok, služby súvisiace s poskytovaním dlhodobej starostlivosti a podpory integrácie. Môžu byť poskytované v domácnosti užívateľa, v komunitných zariadeniach, v ústavných zariadeniach alebo v otvorenom prostredí (verejné priestranstvo, verejný objekt alebo komunikácia). Kategórie pracovníkov pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti a podpory sú rôzne, napríklad sociálny pracovník, sestra, zdravotnícky asistent, opatrovateľ, asistent výživy, masér, sanitár a asistent prepravy fyzioterapeut, logopéd, psychológ, liečebný pedagóg alebo špeciálny pedagóg.

Holistické ponímanie zdravia a choroby predstavuje prerod od fyziologického (biologického) poňatia zdravia a choroby k poňatiu duálnemu, zahŕňajúcemu fyziologickú a psychickú stránku zdravotného stavu človeka, až k poňatiu holistickému, vymedzujúcemu fyziologickú, psychickú a sociálnu dimenziu ľudského zdravia a choroby. Tento prerod znamenal nový pohľad na chorobu a zdravotné postihnutie, pretože chápe chorobu ako prejav dysfunkčnej interakcie medzi biologickými a psychickými funkciami jednotlivca, prírodou a sociálnym prostredím. Znamená to, že poškodenie alebo obmedzenie spomenutých subsystémov bude mať dopad na fungovanie celého systému ľudského zdravia a choroby.

Zdravotné postihnutie môže do významnej miery ovplyvniť život jednotlivca a jeho kvalitu. Medzi subjektívne činitele môžeme zaradiť zdravotný stav jednotlivca a obmedzenia z toho vyplývajúce, osobnostné rysy, vlastné sebahodnotenie, schopnosť

zvládnuť nepriaznivú situáciu a vonkajšie vplyvy, na ktorých je jednotlivec závislý, teda rodina a komunita. Medzi objektívne činitele, ktoré na osobe postihnutého menej závisia, radíme spoločenské vedomie, sociálnu politiku, vzdelávaciu politiku, politiku zamestnanosti, sociálne služby a pod. My sme sa v našej práci zamerali najmä na subjektívne osobitosti osôb so zdravotným postihnutím a prostredie, ktoré má na rozvoj jednotlivca najväčší vplyv – jeho rodinu.

### Zoznam bibliografických odkazov

- Blažek, B., Olmrová, J., *Světy postižených*. 1. vyd. Avicenum, Praha 1988.
- Bóriková, I., *Využitie klasifikačných systémov v ošetrovatelstve*, 2004 [online], [cit. 2017- 12-12], dostupné na: <http://www.zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/borikova.pdf>.
- Bražinová, A., Reháková, A., *Zdravotné postihnutie a diskriminácia*. [online], Marec 2006, 35 s. [cit. 2018-01-27], dostupné na: [http://www.equal Slovakia.sk/fileadmin/user\\_upload/projekty/27\\_1.2\\_Zdravotne\\_postihnutie\\_a\\_diskriminacia.pdf](http://www.equal Slovakia.sk/fileadmin/user_upload/projekty/27_1.2_Zdravotne_postihnutie_a_diskriminacia.pdf).
- Farkašová, D. a kol., *Ošetrovatelstvo – teória*. 3. vyd. Osveta, Martin 2009.
- Gerlichová, M., Králová, E., *Návrh hudobno-terapeutického programu pre deti s mozgovou obrnou*. In *Zdravotnícke listy*. 2014, Ročník 2, číslo 1, s. 25-32.
- Hartl, P., *Psychologický slovník*, Portál, Praha 2000.
- Chvátalová, H., *Jak se žije dětem s postižením*. 1. vyd. Portál, Praha 2001.
- Jankovský, J., *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, TRITON, Praha 2001.
- Klevetová, D., Dlabalová, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd., Grada Publishing, Praha 2008.
- Končeková, E., *Patopsychologie*, LANA, Prešov 2004.
- Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R., *Ošetrovatelstvo 1*, 2. l. vyd. Osveta, Martin 1995.
- Levická, J., Mrázová, A., *Úvod do sociálnej práce*, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave, Trnava 2004.
- Maslow, A. H., *O psychologii bytí*, Portál, Praha 2014.
- Matějček, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, H&H, Praha 2001.

MKF – Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia, EK-OVYS, Bratislava 2003.

Novosad, L., *Základy speciálneho poradenství*. 2., vyd. Portál, Praha 2006.

Požár, L., *Psychológia osobnosti postihnutých*, Univerzita Komenského, Bratislava 1997.

Prevendárová, J., *Rodina s postihnutým dieťaťom*. 1. vyd. Psychoprof s.r.o., Nové Zámky 1998.

Puteková, S., Kabátová, O., Martinková, J., *Prevenencia v ošetrovateľstve*, VEDA, vydavateľstvo SAV., Trnava 2016.

Repková, K., *Zdravotné postihnutie – obraz z galérie nášho poznania*, EPOS, Bratislava 1999.

Repková, K., Požár, L., Šoltés, L., *Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky*. 1. vyd. Informačná kancelária Rady Európy, Bratislava 2003.

Sobotková, D. et al., *Narodilo se s problémy a co bude dál?* 1. vyd., Grada Publishing a.s., Praha 2003.

Strieženec, Š., *Slovník sociálneho pracovníka*, Sapientia, Trnava 1996.

Špatenková, N. a kol., *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*, 1. vyd., Grada Publishing a.s., Praha 2004.

Vágnerová, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 4. rozšíř. a preprac. vyd., Portál, Praha 2008.

Žáček, A., *Metody studia zdraví a nemoci v populaci*, Avicenum, Praha 1984.

## Role of Nursing in the Support of Health in Persons with Disabilities

On a global scale, the last decade of the 20<sup>th</sup> century has been characterized by distinct social changes and the perception of disability in peoples' lives has admittedly been part of them. Disabled people create the largest minority in the world. The affected do not voluntarily select or choose the health handicap. The individual who became disabled, alternatively was born with a disability, has to come to terms with the consequences influencing his life, and not everyone can manage that on their own. Taking care of the disabled persons in our society assumes a multidisciplinary approach. Nursing has an important place within all disciplines related to the care of the disabled and nurses play an important role within the relevant experts. The mission of the nurse in the society is to help persons, families, and communities to meet their current needs, with the aim to achieve the utmost physical, mental, and social conditions in accordance with the environment in which they live. To be the least possibly limited by a health handicap in everyday activities, since early childhood, the disabled adult must live in a supporting and

motivating environment, not a delimiting one. Parents and closest social surroundings of the disabled participate significantly in this process. The degree of disability that limits the individual in his everyday activities only partially depends on the medical diagnosis, moreover on the disability perception of the society.

Keywords: Health. Disability. Disabled. Nursing. Adaptation. Family.

## Pozycja pielęgniarstwa przy wspieraniu osób niepełnosprawnych

Ostatnią dekadę XX wieku w skali światowej charakteryzowano jako okres wielkich zmian. Wśród nich można odnaleźć także zmiany w postrzeganiu niepełnosprawności w życiu człowieka. Osoby niepełnosprawne to największa mniejszość na świecie. Niepełnosprawności człowiek sobie nie wybiera w sposób wolny ani się na nią nie decyduje. Gdy jednak zostanie osobą niepełnosprawną lub się taki narodzi, musi poradzić sobie z konsekwencjami dla życia. Nie każdy potrafi zrobić to sam. Opieka nad osobami niepełnosprawnymi w społeczeństwie wymaga multidyscyplinarnego podejścia. Wśród dyscyplin, które zajmują się opieką nad osobami niepełnosprawnymi, ma swoje ważne miejsce również pielęgniarstwo a wśród wspomnianych fachowców pielęgniarza. Postannictwem pielęgniarzek w społeczeństwie jest pomaganie jednostkom, rodzinom i społecznościom w zaspokajaniu bieżących potrzeb i osiągnięciu ich maksymalnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości zgodnie ze środowiskiem, w którym żyją. Żeby osoba dorosła w swoim życiu codziennym była jak najmniej ograniczona swoim upośledzeniem, powinna już od okresu dzieciństwa wychowywać się w środowisku, które ją wspiera, stymuluje i nie ogranicza. W sposób istotny w tym procesie współuczestniczą rodzice, jak również najbliższe otoczenie społeczne osoby niepełnosprawnej. Zakres, w jakim niepełnosprawność ogranicza jednostkę w jej codziennych czynnościach, tylko częściowo zależy od diagnozy medycznej i jest znacznie bardziej zależny od postawy społeczeństwa wobec osoby niepełnosprawnej.

Słowa kluczowe: zdrowie, niepełnosprawność, osoby niepełnosprawne, pielęgniarstwo, adaptacja, rodzina