

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO  
PRAHA**

Bakalářské kombinované studium  
2009 – 2012

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Veronika Švancarová

Tělesně postižený jedinec, rysy osobnosti postižených,  
vztah rodiny a společnosti k tělesně postiženým

**Praha 2012**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
Mgr. Milan Fleischman

# **COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor combined studies  
2009 - 2012

## **BACHELOR THESIS**

Veronika Švancarová

A physically disabled individual, personal features of the  
handicapped, the relationship between the family, the  
society and physically disabled

**Prague 2012**

**The bachelor thesis work supervisor:**  
Mgr. Milan Fleischmann

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 10.3.2012

*Veronika Švancarová*

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat panu Mgr. Fleischmannovi za odborné vedení bakalářské práce, za poskytování rad, informací a podnětů pro tvorbu práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá problematikou tělesného postižení. Práce se dělí na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se věnuje příčinám vzniku tělesného postižení, pohybu, pohybovým vadám. Také se zabývá vztahem rodiny a společnosti k tomuto typu postižení, inkluzi a možnostem podpory. Část praktická se věnuje dvěma případovým studiím jedinců se získaným tělesným postižením. Cílem práce bylo zjistit, zda-li jedinci se získaným tělesným postižením dokáží alespoň v rámci svých možností žít plnohodnotný život. Závěr bakalářské práce hodnotí situaci problematiky tělesného postižení.

## **Klíčové pojmy**

Historický vývoj, inkluze, pohyb, pohybové vady, rehabilitace, rodina s postiženým členem, tělesné postižení, ucelená rehabilitace, vztah rodiny a společnosti.

## **Annotation**

This bachelor's thesis is concerned with issues of physical disability. The work is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part is dedicated to the cause of commencement of physical disability, movement, movement defects. It is also interested in family and society relation to this kind of handicap, inclusion and possibilities of support. The practical part is devoted to specimen with obtained physical disability. It includes two case studies. An aim of this work was to find out if the specimen with obtained physical disability are able to live adequate life within the bounds of possibility. A conclusion of this bachelor's thesis evaluates the situation of the physical disability issues.

## **Key words**

historical development, inclusion, movement, movement defects, rehabilitation, family with a handicaped member, physical disability, complete rehabilitation, the relationship between the family and the society.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
-------------------	----------

### **TEORETICKÁ ČÁST**

<b>1. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ .....</b>	<b>10</b>
1.1 Tělo a pohyb.....	11
1.2 Příčiny vzniku tělesného postižení .....	12
1.3 Klasifikace pohybových vad .....	13
<b>2. VZTAH RODINY A SPOLEČNOSTI K TĚLESNĚ POSTIŽENÝM.....</b>	<b>18</b>
2.1 Historický vývoj vztahu k tělesně postiženým.....	19
2.2 Rodina s postiženým členem.....	21
2.3 Inkluzivní začlenění tělesně handicapovaných osob do společnosti .....	23
2.4 Ucelená rehabilitace .....	25

### **PRAKTICKÁ ČÁST**

<b>3. POPIS VÝZKUMU .....</b>	<b>30</b>
3.1 Cíl výzkumu.....	30
3.2 Metody sběru dat .....	30
3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	33
3.4 Shrnutí, doporučení a závěr šetření.....	44

<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>48</b>
--------------------	-----------

<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>50</b>
--	-----------

<b>INTERNETOVÉ ODKAZY .....</b>	<b>52</b>
---------------------------------	-----------

<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>53</b>
-----------------------------	-----------

<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>54</b>
---------------------------	-----------

<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>I</b>
----------------------	----------

## ÚVOD

Téma bakalářské práce bylo zvoleno na základě zájmu a získání informací o tělesném postižení. Pracuji ve Speciální základní škole, kde se vzdělávají žáci s různými druhy postižení, převážně s postižením kombinovaným. S problematikou samotného tělesného postižením se setkávám až nyní, při vypracování mé bakalářské práce. Je zřejmé, že všichni, kdo trpí tímto handicapem, prošli zkouškou, která je donutila přehodnotit jejich životní priority a zároveň vyrovnat se s problémem, který jim ovlivnil celý následující život.

Stále mezi námi žijí lidé, kterým osud nedopřál prožít dětství, mládí a dospělost například jako my. Pro mnohé z nás, kteří jsme vyrostli v prostředí, kde jsou všichni zdraví, nikdo netrpí žádným závažným handicapem, je těžké si představit, jaké to je být např. upoután na invalidním vozíku. Čím takoví jedinci procházejí, co prožívají, jak žijí.

Cílem bakalářské práce je zaměřit se na tělesné postižení, převážně na získané tělesné postižení, a dokázat, že i člověk s tímto handicapem dokáže žít alespoň částečně a v rámci svých možností plnohodnotný život.

Práce obsahuje kvalitativní výzkum, ve kterém jsou použity metody pozorování a rozhovoru. Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá tělesným postižením, příčinami vzniku postižení, klasifikací pohybových vad a charakteristiku postižených jedinců. Také je zde zařazen historický vztah rodiny a společnosti k tělesně postiženým lidem, nynější inkluzivní začlenění tělesně postižených osob do společnosti a možnost podpory – ucelená rehabilitace.

V praktické části jsou popsány dvě případové studie, dívka 25 let a dívka 28 let. Tyto studie se zaměřují na kvalitu života dívek, jak přijímají své postižení a na další aspekty spojené s tímto handicapem.

# 1. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

V roce 2007 uskutečnil Český statistický úřad průzkum zastoupení OTP v České republice. Ze zveřejněných výsledků plyne, že z 10,287 milionu obyvatel České republiky představují 9,87 % osoby se zdravotním postižením. Také z důvodu stárnutí populace, negativních prenatalních i časně postnatálních vlivů, neklesající, byť z hlediska příčin se měnící úrazovosti, nárůstu degenerativních, zejména tzv. civilizačních onemocnění, lze předpokládat, že jedinců se zdravotním postižením nebude ubývat, spíše se bude měnit struktura jednotlivých postižení. (Michalík, 2011)

V posledních letech nastal ve speciálně pedagogické teorii a praxi posun k interaktivním teoriím a k teoriím systémů: sociální dimenze postižení dosahuje většího významu. WHO korigovala tehdejší definici postižení a navrhuje vymezení pojmu postižení, které obsahuje nové sociální aspekty. Nová definice WHO obsahuje **tři úrovně postižení**: biologické postižení, somatopsychické poruchy funkcí a navazující třetí, interpersonální, sociální úroveň, která se projeví handicapem jen tehdy, když se člověk trvale dostane do znevýhodněné situace. (Lechta, 2010)

*„Většina lidí si v souvislosti s pojmem **tělesné postižení** představí patrně někoho na vozíku nebo s berlemi v podpaží. Tělesný handicap ovšem souvisí s daleko širší škálou projevů a patří sem i dlouhodobá zdravotní oslabení, která nemusí být navenek vlastně téměř vůbec zjevná. Přesto mohou působit větší znevýhodnění, než bychom očekávali a tušili.“ (Slovík, 2007, s. 9)*

*„Pojem tělesné postižení je velmi široký pojem, pokusme se jej však alespoň rámcově z hlediska speciální pedagogiky specifikovat a stručně přiblížit. Tělesným (somatickým) postižením rozumíme v obecné rovině takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými, anebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka (dítěte). Jedná se **především o poruchy nervového systému**, pokud mají za následek poruchu hybnosti. Může však jít*

*těž o různé poruchy **pohybového a nosného** (muskuloskeletálního) aparátu. Tyto skutečnosti se pak mohou negativně projevit také na **vývoji osobnosti** dítěte s postižením. Bývá narušen jeho psychomotorický vývoj, což se může projevit i na jiné úrovni, než jen v oblasti somatické, resp. motorické.“* (Jankovský, 2006, s. 39)

Prvotním znakem jedinců s tělesným postižením je celkové nebo částečné **omezení hybnosti**. Může se jednat o prvotní nebo druhotné porušení hybnosti. V prvním případě může jít buď o přímé postižení vlastního hybného ústrojí, nebo o postižení centrální či periferní nervové soustavy. V periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí např. amputací, deformacemi, vývojovými vadami apod. Ve druhém případě zůstává centrální i periferní nervová soustava a vlastní hybné ústrojí bez patologických změn, hybnost je omezena z jiných příčin. (Vítková, 2004)

Tělesné postižení je obvykle navenek viditelné. Odlišnosti, které jsou více či méně nápadné, se mohou projevovat zejména neúměrností mezi jednotlivými částmi těla (hlava, trup, končetiny), odlišnostmi ve tvaru trupu a končetin, chyběním končetin nebo jejich částí. (Lechta, 2010)

## **1.1 Tělo a pohyb**

Tělo a pohyb souvisejí s činností kosterních svalů. Tato činnost je závislá na typu a frekvenci vzruchů z motorických jader mozkových nervů a motoneuronů předních rohů míšních, které jsou zaplaveny vzruchy z dalších systémů (každý má nejméně 10 různých synapsí) z drah extrapyramidových, z mozečku nebo aferentních vláken gama-kličky. Z pyramidové dráhy přichází impuls, který **zahajuje pohyb**, extrapyramidový systém má význam pro opatření polohy a výchozí místo pro **pohyb**, mozeček zařizuje **pohybovou koordinaci**, plynulost a přesnost pohybu. (Seidl, Obenderger, 2004)

Člověk se jako specifický živočišný druh vyvíjel jako součást různých, mnohdy antagonických skupin sběračů, lovců, zemědělců, řemeslníků a také

válečníků. Jeho pohybová způsobilost a výkonnost čili jeho motorická kompetence, působila jako evolučně selekční stimul a činitel.

**Pohyb** tvořivě nebo formativně působí na socializaci člověka i na vývoj jeho osobnosti. Bezprostředně ovlivňuje jeho samostatnost, fyzické a psychické zdraví, možnost prožívat a spoluprožívat, sdružovat se, spolupracovat, komunikovat a vyvíjet cílenou, smysluplnou aktivitu (pracovat, studovat apod.).

**Pohyb** je základním nástrojem nebo prostředkem, který zajišťuje člověku:

- sociální integraci a personální individuaci,
- reflexi sebe samého, resp. svého vlastního těla i těl jiných jedinců,
- sebeutváření a konfrontaci svého reálného, imaginativního tělesného schématu,
- životní zajištění, včetně pracovního uplatnění,
- výkon občanských práv, svobod,
- předpoklad pro autonomii v rozhodování o svém životě,
- přísun impulsů, informací, poznatků,
- zjištění popř. vylepšení předpokladů pro sebeobsluhu a samostatnost,
- zábavu a prožitek. (Novosad, 2011)

## 1.2 Příčiny vzniku tělesného postižení

Mezi původy tělesných postižení patří v nejobecnější rovině různé **endogenní a exogenní faktory**. (Jankovský, 2006)

Všechny okolnosti, které prokazatelně vyvolávají vznik vad a poruch u člověka, mohou způsobit značně širokou škálu projevů. (Slowík, 2007)

Příčinou vzniku tělesného postižení je **poškození podpůrného** (nosného) nebo **pohybového aparátu nebo jiné organické poškození**. Omezení výkonu vyplývá z obrazu poškození na **ortopedickém, neurologickém a interním**

**základě.** Při hodnocení individuálních tělesných výkonových možností se samostatně neposuzuje pouze tělesná forma, neporušenost končetin, neurologické předpoklady pro svalový tonus, pohybová koordinace a svalová síla, ale bere se v úvahu, že motorická insuficience (nedostačivost) vychází také z nedostatečného zásobování kyslíkem v důsledku onemocnění srdce, plic, krvevorných orgánů, stejně jako poruchy regulace endokrinního systému.

**Tělesným postižením** tedy chápeme **vady pohybového a nosného ústrojí**, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo **poruchy nervového ústrojí**, jestliže se projevují **porušenou hybností**, ať tato poškození vznikají na základě dědičnosti, nemoci nebo úrazem. Omezení (snížení) motorického výkonu vzhledem k tělesnému postižení však může mít vliv na **vývoj celé osobnosti** jedince. Schopnost výkonu a způsob chování vzhledem k okolí jsou stanoveny souhrnem všech tělesných a duševních vlastností a znaků organismu, konstitucí **jedince**.

Celkový klinický obraz jedince (fenotyp) k určitému časovému momentu vývoje, začínající oplodněným vajíčkem až k ukončení růstu a diferenciaci, je výsledkem kombinovaného působení dědičných faktorů a prostředí. Forma, funkce a struktura kosterní soustavy není výlučně geneticky naprogramovaná. (Vítková, 2006)

### **1.3 Klasifikace pohybových vad**

**Pohybové vady** jsou přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové možnosti s dlouhodobým nebo podstatným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Už od raného věku mohou pohybově znevýhodněné děti pociťovat jisté problémy při hrách, jídle, oblékání, potom i ve škole při vyučování a také při pracovních činnostech. (Renotierová, 2006)

Nejčastěji se tělesná postižení podle Renotierové (2006) člení na:

- vrozené,
- získané,
- získané po nemoci.

Občas se vedou v podstatě zbytečné a zjednodušující diskuze o tom, která životní situace je závažnější. Jestli je to narození dítěte s postižením a život s vrozeným postižením, nebo často náhlá změna zdravotního stavu a život se získaným postižením. Takové posuzování vrozeného a získaného postižení je irelevantním pokusem o komparaci objektivně neporovnatelného. (Michalík, 2011)

### **Vrozená tělesná postižení**

*„Sociální postavení a psychika člověka s vrozeným postižením se vyvíjí odlišně ve srovnání s psychikou lidí, u nichž se zdravotní stav změnil až v průběhu života.“* (Novosad, 2011, s. 113)

Dle Milichovského (2010) vrozená tělesná postižení mohou být různého stupně a tím i závažnosti.

**Variace** – menší odchylky od normálu. (Milichovský, 2010)

**Amélie** – vrození úplné nevyvinutí končetin. (Renotierová, 2006)

**Dysmélie** – neúplně vyvinuté končetiny (Milichovský, 2010)

**Luxace** (vymknutí, vykloubení) – je situace, při níž je hlavice kloubní trvale mimo jamku. Lehčí stupeň postižení (subluxace) je posunutí kloubní hlavice vůči jamce, které se alespoň dotýká. (Renotierová, 2006)

### **Centrální a periferní obrny**

**Obrny** patří do centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní obvodové nervstvo. Jednotlivé typy se

od sebe liší mírou a stupněm závažnosti a rozdělují se na **parézy** (částečné ochrnutí) a **plégie** (úplné ochrnutí). (Vítková, 2006)

### **Mozková obrna**

Dětskou mozkovou obrnu Kraus (2005, s. 67) definuje jako „*trvalé a nikoli neměnné postižení hybnosti a postury. Je následkem neprogresivního defektu nebo léze nezralého mozku. Chybění progresivní mozkové léze však není absolutní. Poškození objevující se v pozdním prenatálním nebo v postnatálním období, se dále vyvíjejí, vzniká postnatální jizvení, progresivní atrofie, gliózy s retrakcí nebo kavitace. Současné zobrazovací metody mohou tyto změny názorně zachytit*“.

Říčan a Krejčířová (2006) rozlišují 4 základní formy mozkové obrny:

**Forma hypertonická** (spastická) je formou nejčastější. Nejhorší prognózu, i pokud jde o očekávaný nastávající kognitivní vývoj, mají děti s **kvadruparézami** (postiženy jsou všechny končetiny). V případě **hemiparéz** (postižena je pouze jedna polovina těla) bývá při znevýhodnění pravé hemisféry kognitivní kapacita dětí nejčastěji lehce subnormální.

**Forma dyskinetická** (atetidní) je typická mimovolními pohyby. Svalový tonus je kolísavý. U formy dyskinetické dochází nejméně často k postižení intelektových schopností, ale také pohybové postižení bývá velmi těžké a zasahuje všechny svalové skupiny, včetně motoriky mluvidel.

**Forma ataktická, eventuálně mozečková** je formou poměrně vzácnější, vedoucí z pravidla k velmi těžkému hybnému postižení. Pohybová koordinace a rovnováha jsou narušeny, v jemné motorice je přítomen nápadně hrubší třes rukou a prakticky vždy je přítomno velmi těžké postižení intelektu.

**Hypotonická forma** ze stanoviska kognitivního vývoje má nejhorší prognózu. V prvních měsících života bývá hypotonie u dětí s pohybovým postižením častá. Pokud přetrvává a v průběhu vývoje se nemění v jinou

formu, pak velmi často nejde o DMO, ale spíše o některý druh metabolického či degenerativního onemocnění. (Říčan, Krejčířová, 2006)

### **Získaná tělesná postižení**

*„Lidé v situaci prudké, náhlé změny zdravotního stavu, funkčnosti i sociálního statusu nemají výše zmíněnou možnost či příležitost (nikoli výhodu) postupné adaptace.“* (Novosad, 2011, s. 114)

Mezi získaná tělesná postižení patří:

**Deformace** – tzv. deformity získané jsou typické neobvyklým tvarem některé části těla. Jejich příčinou bývá nejčastěji nesprávné držení těla. Deformity páteře jsou charakteristické trvalostí a stálostí. (Renotiérová, 2006)

### **Tělesná postižení po úraze**

V případě úrazu může dojít k **poranění páteře a míchy**. Dojde-li k úplné spinální lézi, začíná míšní šok, který se mimo úplného ochrnutí ukáže ztrátou všech reflexů. Úplná léze pod úrovní 1. hrudního segmentu (Th1) vede k **paraplegii** dolních končetin. Dojde-li k narušení nad touto hranicí, dochází ke **kvadruplegii**. Přerušení míchy vede k řadě změn, např. k porušení citlivosti pod místem přerušení, k poruše močení, sexuálních funkcí a také vyměšování. (Jankovský, 2006)

### **Zlomeniny obratlů**

Mívají za následek zpravidla poškození míchy. Příčinou jsou úrazy pádu z výšky, sportovní úrazy a úrazy při dopravních nehodách. Příznaky poškození míchy odpovídají místu a stupni úrazu. Ihned se objevují poruchy hybnosti, citlivosti, a vegetativních funkcí. Při všech formách postižení míchy vznikají - kromě poruch hybnosti a citlivosti – i poruchy mikce a defekce. (Renotiérová, 2006)

## **Tělesná postižení po nemoci**

### **Revmatická onemocnění**

**Revmatismus** je souhrnný pojem pro bolestivé onemocnění kosterní soustavy a pohybového aparátu. (Vítková, 2004)

### **Dětská infekční obrna**

Původem nemoci je jeden z nejmenších virů vejčitého tvaru. Důsledkem jeho vlivu jsou záněty míšních nervových buněk, které jsou úplně zničeny, nebo vážně poškozeny. (Renotierová, 2006)

### **Pertesova nemoc**

Je těžké určit pravý původ onemocnění (úraz, luxace, prodělání bakteriálního nebo virového onemocnění aj.). Hlavice stehenní je postižena zánětlivým procesem. (Renotierová, 2006)

### **Myopatie** (progresivní svalová dystrofie)

Je to primární svalové onemocnění, které vzniká na základě dědičných a metabolických poruch. Projevuje se postupným rozpadem svalových vláken, které se mění na bezcenné vazivo s nesterjné velikou příměsí tuku. (Renotierová, 2006)

## 2. VZTAH RODINY A SPOLEČNOSTI K TĚLESNĚ POSTIŽENÝM

Rodina se zdravotně postiženým členem byla v minulých letech stranou pozornosti autorské i badatelské. Až v posledních letech se objevuje několik zpráv, které se snaží podmínky života těchto rodin zobrazit. Každý odborník z pomáhajících profesí se dříve či později dostává do stavu, kdy součástí jistého řešení se stává celá rodina osoby se zdravotním postižením. Tato rodina je ve značné míře charakterizována takovými znaky jako tzv. běžná rodina u nás (Michalík, 2011).

Titzlova práce *Postižený člověk ve společnosti* z roku 1999 přinesla pozitivní posun v dosavadní interpretaci postavení starověkých civilizací k lidem s postižením a dokládá, že postoje ve zmíněné době a v období středověku, které charakterizujeme jako odvržení až likvidaci, démonizaci, boží trest, segregaci apod., jsou reálné, avšak nelze je vztahovat na všechny společenské formace tehdejší doby.

Nemůžeme zapomenut, že starověké nálezy a literární odkazy, z nichž vyvozujeme vztah společnosti ke znevýhodněným lidem, dokumentují nejvyspělejší kultury a společenství. Lze soudit, že ty kultury, o nichž nemáme mnoho poznatků, buď mohly mít odlišný vztah k postiženým lidem, nebo také mít nemusely vlivem migrace obyvatelstva, míšení kultur a myšlenkových směrů. Problémy, které ve vztahu k lidem s postižením řešíme v současné době, nejsou v podstatě nové a mají zřetelnou dějinnou kontinuitu – liší se jen společenská struktura a škála prostředků podporujících dosažení cíle.

Společným kritériem, jasně probíhajícím napříč lidskými dějinami, pro hodnocení vztahu společnosti k postiženým je vnímání jejich nedostatků vztahené k boji, práci, soběstačnosti a účasti na životě společnosti, tj. k atributům lidského bytí modifikovaným konkrétní ekonomickou a kulturně-

historickou situací majoritní společnosti, existenční či osobně-biografickou situací jakkoli znevýhodněného jedince.

**Ambivalentnost** - přes veškeré humanizující tendence je vztah společnosti ke znevýhodněným lidem v mnohém ambivalentní až protikladný. Na jedné straně je typický uvědomováním, že postižení jako soubor vnějších znaků jedinci neubírá na lidské hodnotě, potřebnosti a důstojnosti, a na druhé straně pak otažitostí, obavami či předsudky ovlivňujícími vzájemnou koexistenci. (Novosad, 2011)

## **2.1 Historický vývoj vztahu k tělesně postiženým**

Vztah společnosti k tělesně postiženým jedincům dělal pokroky v závislosti na struktuře společnosti v určité oblasti. Dále také záleželo na stupni myšlení, na morálce a na normách společenského života. Je možné stanovit několik typických období ve vývoji lidské společnosti. (Vítková, 2004)

### **Stadium represivní**

V prvotně pospolné společnosti nebyly vytvořeny morální normy ve smyslu rozlišování dobra a zla. Vztah k postiženým jedincům určovaly životně existenční zřetele. Úsilí o zachování rodiny nebo kmene jako životaschopné skupiny vyžadovalo vyloučení slabých a nemocných jedinců, kteří svou existencí snižovali zdatnost a životaschopnost skupiny ve které žili. Těchto jedinců se skupina zbavovala buď přímou likvidací, nebo vyloučením a opuštěním. Vytvořením otrokářské společnosti se vztahy změnily. Vylučování tělesně postižených, nemocných a starých osob ze společnosti ztratilo své původní existenční opodstatnění.

Likvidace defektních jedinců - pro tuto formu je typické násilné usmrcování tělesně postižených nebo vadně vyvinutých dětí hned po narození.

Ve Spartě bylo novorozeně, které rodinná rada uznala jako slabé, odloženo v pohoří Taygetos, kde bylo zanecháno napospas smrti hladem.

V Athénách měl otec právo po porodu dítě usmrtit nebo odložit. Také o ostatních starověkých národech je známé, že rodiče likvidovali narozené defektní děti. Kartagiňané to konali utopením v moři, Indové v řekách a rovněž Římané vhazovali postižené děti do Tibery. Pod vlivem názorů církevní inkvizice, však i náboženských reformátorů (například Martina Luthera), byli postižení jedinci označováni ne za tvory boží, nýbrž za zplonce d'ábla a jako takoví byli upalováni.

Segregace defektních jedinců – některé kočovné národy při opouštění sídlišť postižené jedince neusmrcovaly, naopak je ponechávaly na bývalých sídlištích, někdy i s trochou zásobou potravy. Nicméně tito jedinci byli vydáni na pospas osudu, jenž končil zpravidla smrtí. (Kábele,1992)

### **Stadiu charitativní péče**

Vztah většinového obyvatelstva ke znevýhodněným jedincům se samozřejmě vyvíjel, a to v jasné souvislosti s vývojem myšlenkových proudů, společenských paradigmat, filozofických názorů nebo ideologických směrů. Pohled na potřebného člověka jako na objekt milosrdenství byl proto nejvíce charakteristický zejména pro křesťanský středověk, kdy postoje ochrany a pomoci vůči nemocným a postiženým jedincům přicházejí ze strany církve úzce propojené se státem. (Slowík, 2007)

### **Stadium humanismu a renesance**

Toto období je charakteristické svým návratem k antické vzdělanosti a kultuře. Znamenalo i změnu společnosti k postiženým, k jejich výchově a vzdělávání. Pod působením myšlenek Komenského a dalších humanistů se

začaly objevovat snahy o vzdělávání i tělesně a smyslově postižené mládeže v ústavech a zařízeních. (Vítková, 2006)

### **Stadium rehabilitační a preventivní péče**

Humanitní pokusy o vzdělávání tělesně a zdravotně postižené mládeže postupně předcházely od požadavku všeobecného vzdělávání k požadavku odborného vzdělávání, tj. přípravy pro povolání. Počátky úsilí v péči o tělesně postiženou mládež se objevují začátkem 20. století v ústavech v Mnichově, Kodani, u nás v Jedličkově ústavu v Praze. Plán rehabilitační péče v plném rozsahu a moderním použití uskutečnil prof. MUDr. Rudolf Jedlička se spolupracovníky. Současně s intenzivní rehabilitační péčí o tělesně a zdravotně postižené se prosazují snahy o preventivní péči. Jsou výrazem dalšího zaměření zdravotnické i společenské péče ke vzniku tělesných a zdravotních postižení a chorob. Vycházejí ze zásady, že je lepší zabránit vzniku defektu nebo nemoci, než vzniklý defekt nebo nemoc likvidovat, mnohdy nákladně a bez úspěchu. Součástí tohoto stádia jsou i snahy genetické a eugenetické, zejména na úseku léčebné a výchovné poradenské péče pro nastávající manžele a rodiče. (Kábele, 1992)

## **2.2 Rodina s postiženým členem**

### **Rodina**

Život rodiny s postiženým členem je velmi nestandartní prakticky ve všech směrech a pro všechny členy. Už narození dítěte se závažnou vadou nebo poruchou je hodně obtížná situace. Někdy bývá dokonce srovnávána např. s úmrtím člena rodiny. V takovém případě rodina prochází krizí a musí řešit několik důležitých otázek, měnit řadu svých představ a rozhodnutí, zpracovávat nemálo nových zážitků. **Funkční rodinné prostředí** má pro člověka s postižením neobyčejný význam. (Slowík, 2007)

V zásadě jde o 6 stádií, počínaje iniciálním šokem, přes popření, smlouvání, agresi (zlost), depresi (pocity viny), až po rovnováhu a přijetí postiženého dítěte jako výzvy a úkolu. Pro specifikaci je zde vhodné uvést, že stadium iniciálního šoku zpravidla předchází tzv. **fáze nulitní**, kdy si člověk možnost narození dítěte s postižením v obecné rovině uvědomuje, ale u sebe si tuto eventualitu ve skutečnosti ani nepřipouští. (Jankovský, 2007)

### **Charakteristika postižených jedinců**

Se svým postižením se musí také vyrovnat samo dítě. Je očividné, že se nejedná o tak naléhavý problém do období, než si dítě začne uvědomovat svou identitu, a to i ve vztahu k ostatním lidem. V tomto případě zejména vůči svým vrstevníkům. Jiná je situace při budování mezilidských vztahů. (Jankovský, 2007)

Milichovský (2010, s. 26) říká: „*Na rozdíl od zdravých lidí jsou některé dispozice tělesně postižených odlišné. Nedá se však říci, že jsou obecně platné, ale je třeba se s nimi seznámit*“.

Mezi rysy tělesně postižených dle Milichovského (2010) patří:

- **Egocentrismus** – určitá vztahovačnost, přecitlivělost na narážky na zdravotní stav.
- **Přetrvání dřívějších forem chování** – negativismus, závislost, nesamostatnost.
- **Malá sociabilita** – obtíže v sociálním kontaktu.
- **Málo aktivní životní styl.**
- **Otázka sebehodnocení** – snížené – zvýšené.

## 2.3 Inkluzivní začlenění tělesně handicapovaných osob do společnosti

Slowík (2007, s. 32) uvádí: „*Inkluze je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení*“.

Vítková (2006, s. 155) říká: „*Inkluze se prosadila jako nový rozsáhlý koncept vedoucí k integraci. Aktuální význam inkluze vyplývá z pojmů mainstreaming a inkluze v angloamerické jazykové oblasti.*“

Inkluzivní stanovisko spočívá v přesvědčení, že všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech. V **inkluzivním přístupu** jsou osoby s postižením začleňovány do všech činností jako lidé bez postižení. Pokud to je možné, nejsou při těchto činnostech využívány žádné speciální prostředky a postupy. Pouze v případech, kdy je to nezbytně nutné, nastupuje adekvátní pomoc a podpora. V tom můžeme vidět zásadní posun od **integračních postupů**, které spočívají právě v zajištění speciálních prostředků, podpory a péče pro osoby s postižením, aby mohli být tito jedinci následně zapojováni do většiny činností v běžném životě společnosti. Dnes je jisté, že ani výhodnější koadaptační směr nemůže být konečným stádiem integračního procesu. Rozvoj v přístupu k začleňování znevýhodněných osob do společnosti přechází k modernímu trendu, který je typický inkluzivními postupy. (Slowík, 2007)

**Inkluze** se chápe jako integrace např. všech žáků do běžné školy. V důsledcích je spojena se zřeknutím se formy etiketování žáků a s rozpuštěním speciálních zařízení a speciální pedagogiky. (Vítková, 2006)

Základem inkluzivního vzdělávání je pokusit se poskytnout všem dětem kvalitní vzdělání nezávisle na jejich schopnostech, individuálních zvláštěnostech, znevýhodnění, nadání apod. Účelem školní inkluze je nabízení začlenění dětí s handicapem v běžném školním kolektivu. V inkluzivní škole se s odlišností počítá, je respektována a vítána jako dobrá zkušenost a přínos pro

všechny. Dětem poskytuje setkání s odlišností, důležité informace do budoucího života ve formě získání respektu k sobě i ostatním. Dále poskytuje schopnosti empatie, tolerance, ohleduplnosti, zodpovědnosti. Děti se učí spolupracovat, komunikovat a vzájemně si pomáhat.<sup>1</sup>

**Tab. 1: Škály stupňů sociální integrace podle WHO**

<b>Stupeň integrace</b>	<b>Reálný obraz</b>
1. Sociálně integrovaný	Postižení neomezují plnou účast při všech společenských činnostech.
2. Účast inhibovaná	Postižení vyvolává nevýhodu, která znamená mírné omezení.
3. Omezená účast	Osoby se neúčastní plně obvyklých společenských činností.
4. Zmenšená účast	V důsledku postižení nejsou jedinci schopni navázat kontakty a jejich účast ve společenském životě je omezena na vztahy – rodina, domov.
5. Ochuzené vztahy	Jde o omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji.
6. Redukované vztahy	Osoby zvládají udržovat vztahy pouze k vybrané a omezené skupině či k jednotlivci.
7. Narušené vztahy	Osoby nezvládají udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny.
8. Společenská izolovanost	Jedná se o specifické situace segregace, o osoby, jejichž schopnost míry integrace je nejistitelná pro jejich izolovanost.

Zdroj: Jesenský (1995)

<sup>1</sup> Rytmus o.s. [online]. 1999 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <http://www.rytmus.org/>

## 2.3 Ucelená rehabilitace

Jedná se o současný koncept rehabilitace, která již není chápána tolik striktně a stavovsky, tedy jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který představuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní, pedagogicko-psychologickou a pracovní. Ucelená rehabilitace je označována jako komprehenzivní rehabilitace a rozděluje se i podle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány, na čtyři hlavní složky. Jejím smyslem a cílem je co neúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života vlastníčího očekávanou kvalitu. Světová organizace (who) definovala rehabilitaci již v roce 1969 následujícím způsobem: *„rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti“*. Roku 1994 přichází definice charakterizující rehabilitaci jako *„proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti“*. (Jankovský, 2006)

Rehabilitace se netýká pouze nápravy poškozených pohybových funkcí. S výjimkou tělesné oblasti jde o celkové obnovení schopností jedince v oblasti fyzické, psychické a sociální. (Slowík, 2007)

Jankovský (2006) rozlišuje rehabilitaci na čtyři hlavní složky:

### ***Léčebné prostředky rehabilitace***

Léčebná rehabilitace je významná složka rehabilitace ucelené, která se zaměřuje na odstranění postižení a funkčních poruch. Dále také na eliminaci následků zdravotního postižení (včetně jeho sociální dimenze). Léčebná rehabilitace se projevuje vlastním léčením, v důsledku čehož mezi nimi nelze

stanovit přesné hranice. Jedná se o velmi obsáhlou kapitolu, která je především doménou medicíny, resp. zdravotnictví. (Janovský, 2006)

### **Fyzikální terapie**

Patří sem různé druhy masáží (klasická, reflexní, podvodní), elektroléčba (nízkofrekvenčními, středně frekvenčními a vysokofrekvenčními proudy, tedy diatermie), léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem, (infračervené a ultrafialové záření), laserové záření (například stimulace akupunkturálních bodů v rámci léčby DMO), léčba teplem (termoterapie), vodoléčba (hydrokinezioterapie), balneoterapie (léčba přírodními léčivými prostředky). (Janovský, 2006)

### **Léčebná tělesná výchova (LTV)**

Léčebná tělesná výchova je hlavní a velmi důležitou metodou fyzioterapie, která se zabývá pohybovým ústrojím. Je efektivní převážně u dětí s DMO a představuje nejúčinnější metodu léčebné rehabilitace těchto dětí. Její hlavní složkou je tělesné cvičení. Realizována je jak individuálně, tak skupinově. (Jankovský, 2006)

### **Ergoterapie**

Patří mezi obor, který se v posledních letech vyvinul z části rehabilitace, kterou jsme nazývali léčba prací, výchovou k soběstačnosti.

Hlavním cílem ergoterapie je zjistit potřeby a omezení jedince k běžnému životu a snažit se nácvičkem, správným výběrem různých kompenzačních pomůcek ve spolupráci s nemocným minimalizovat tyto

nedostatky. Jde o trénink oblékání, schopnosti se najít, vykonávat osobní hygienu, nácvik psaní. Těmto činnostem pomáhá výběr vhodných pomůcek. (Seidl, Obenberger, 2004)

## **Hipoterapie**

Patří mezi metody fyzioterapie uskutečňující se prostřednictvím koně. Hlavním úkolem je dosažení aktivního, korektního a nezávislého sedu na koni. Proces hipoterapie má vliv na CNS, přes kterou je působeno i na myoskeletární oblast. Zásadní úlohu tu má postura, nebo-li motorické schopnosti, které umožňují člověku udržení polohy. To je důležité pro správnou funkci pohybového systému člověka.

Hipoterapie působí na posturu:

1. přímo – kůň svým působením determinuje CNS klienta, a tím je ovlivňován nervový systém myoskeletární a výkonné složky.
2. nepřímo – dochází k nepřímému ovlivňování organismu jedince přes další systémy, jako jsou např. psychosociální působení, respirační systém. (Velemínský, 2007)

## **Canisterapie**

Patří mezi formy zooterapie, která se snaží o zapojení zvířat k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem. Canisterapií v širším slova smyslu rozumíme chování psa v domácnostech běžné populace, kde se pes stává tzv. členem rodiny a přitom terapeuticky působí. Je prostředníkem veškerých vzájemných interakcí a katalyzátorem stresu. Pes přispívá k navození vzájemného kontaktu mezi jedincem a terapeutem k celkovému rozvoji, aktivizaci a stimulaci jedince. (Müller, 2007)

## **Arteterapie**

Obecné záměry arteterapie mluví o reedukaci, resocializaci, reorganizaci, restrukturační nebo integraci osobnosti jedince. (Valenta, Müller, 2003)

Jedná se o postup léčby, který užívá výtvarného vyjádření jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. (Müller, 2005)

## **Muzikoterapie**

Terapeutický přístup ze směru tzv. *expresivních terapií*, které jsou nazývány *neverbální, umělecké nebo art kreativní terapie*. Znamená tedy léčení člověka hudbou. (Müller, 2005)

## **Psychoterapie**

Užívání psychologických prostředků k terapii, k získání prospěšné změny při poruchách životních funkcí jedince. (Říčan, Krejčířová, 2006)

## **Klimatoterapie**

Léčebný pobyt ve vhodném klimatickém prostředí. Vhodná k léčbě některých chronických chorob, např. alergických či dýchacích.<sup>2</sup>

## ***Sociální prostředky rehabilitace***

U člověka, jako společenského jedince, dochází v lidské společnosti k procesu **humanizace, socializace a personalizace**. Totéž platí u člověka s postižením. Důležité je jeho společenské postavení, role, kterou ve společnosti zaujímá, na tom, jak ho společnost přijímá. Má-li být tento vztah

---

<sup>2</sup> *Velký lékařský slovník On-Line* [online]. 1999 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z: <http://www.lekarske.slovníky.cz/>

vyvážený, je posláním rehabilitace, aby byl člověk s postižením schopen jednak **přijmout** své postižení, poruchu, či znevýhodnění a v maximální možné míře se **integrovat** do společnosti. (Jankovský, 2006)

### ***Pedagogické prostředky rehabilitace***

Představují jednu ze čtyř složek uceleného systému rehabilitace, a přestože v této oblasti zůstává stále určitá **terminologická nejednotnost**, způsobená zejména úzkou vazbou pedagogiky na speciální pedagogiku, resp. na psychologii, nelze pedagogickým prostředkům rehabilitace upřít široký záběr v jistém problému. Jelikož se pedagogické prostředky rehabilitace prolínají s prostředky léčebnými, sociálními i pracovními, je nesporné, že systém rehabilitace je důležité pochopit též jako **pedagogický jev**.

Při socializaci člověka hraje výchova (edukace) významnou roli a nelze ji vnímat jen jako aktivitu, která má vztah jen k dětství a dospívání. I když je výchova **permanentní** celoživotní proces a vzdělávání je důležité chápat jako otevřený systém, přesto je však pedagogická rehabilitace nejvýznamnější a nejdůležitější právě v období dětství a dospívání. (Jankovský, 2006)

### ***Pracovní prostředky rehabilitace***

Mluvíme-li o pracovních prostředcích rehabilitace (pracovní rehabilitace), pak nemyslíme jen pracovní přípravu (získávání vědomostí, dovedností a návyků, čili kvalifikaci), ale mnohem širší proces, který zahrnuje soustavnou péči věnovanou lidem se zdravotním postižením, a to tak, aby se mohli **uplatnit v pracovní činnosti** (na trhu práce). (Jankovský, 2006)

# **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **3. POPIS VÝZKUMU**

Praktická část bakalářské práce obsahuje dvě případové studie. Mezi respondenty patří žena Tereza 25 let a žena Lenka 28 let. Jména respondentů jsou fiktivní. Tito respondenti dovolili nahlédnout do problematiky jejich postižení, do života, který žijí. Jako metody výzkumu byly zvoleny pozorování a rozhovor. Obě metody byly prováděny v rodinném prostředí respondentů, takže prostředí bylo klidné, uvolněné, útulné a tiché. Nebyla zde přítomnost žádných jiných lidí, pouze respondenta a tazajícího.

### **3.1 Cíl výzkumu**

1. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jestli lidé s tělesným postižením dokáží žít plnohodnotný život a jakým způsobem se s tímto handicapem vyrovnávají.

2. Dílčím cílem bakalářské práce bylo potvrzení a ověření teoretických poznatků v praxi.

### **3.2 Metody sběru dat**

Techniky, které byly užity k získání informací od respondentů, jsou pozorování a polostrukturovaný rozhovor.

## Pozorování

Pozorování je definováno podle pedagogického slovníku jako sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob, průběhu dějů aj. (Průcha – Walterová – Mareš, 1998)

Podle Gavory (2000) znamená pozorování sledování činnosti lidí záznam (registrace nebo popis) této činnosti, její analýzu a vyhodnocení.

Pozorovací systémy jsou komplexními nástroji, které jsou připraveny na práci pozorovatele. Obsahují podrobný popis pozorovaných jevů, způsob jejich identifikace, vyhodnocení a záznam. Pozorovací systémy se nejvýhodněji využívají při činnostech, které probíhají v kontrolovaném prostoru, a které jsou jistým způsobem organizovány.

Pozorovatel sleduje průběh činností osobně (**přímé pozorování**) nebo ze záznamu (**nepřímé pozorování**). Při přímém pozorování je pozorovatel umístěn tak, aby co nejméně rušil pozorované osoby. (Gavora, 2000)

Pozorování se řadí mezi důležité aktivity lidského jedince. Všechny informace o okolním světě a všechna zkušenost, kterou získáváme, musí projít smyslovými orgány. Nejen, že se prolíná celým lidským životem, metoda pozorování se těsně vztahuje i k experimentální situaci. **Bez pozorování nemůže proběhnout ani jeden vědecký experiment.** Pozorování jako psychologická metoda spočívá v účelném a plánovitém vnímání. Toto vnímání je zaměřeno na dosažení nějakého cíle. (Pléková, 2004)

## Rozhovor

Rozhovor neboli interview je dle pedagogického slovníku výzkumný prostředek používaný při dotazování spočívající v přímé ústní komunikaci

výzkumného pracovníka s respondentem či informátorem. (Průcha – Walterová – Mareš, 1998)

Slovo interview je anglického původu a skládá se ze dvou částí. *Inter* - znamená „mezi“ a *wiev* znamená „názor“ nebo „pohled“. Název naznačuje, že jde o interpersonální kontakt. Nejčastěji jde o kontakt tváří v tvář, i když někdy se používá i telefonické interview. Interview je výzkumnou metodou, která umožňuje zachytit nejen fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů.

Interview může být strukturované, polostrukturované nebo nestrukturované. Strukturované interview znamená, že otázky a alternativy odpovědí jsou pevně dány. Z časového hlediska je méně náročné.

Nestrukturované interview dovoluje volnost odpovědí. Takové interview ukazuje nové, často předpokládané informace. Na druhé straně se však tyto informace obtížně vyhodnocují.

Kompromisem mezi těmito dvěma možnostmi je polostrukturované interview, u kterého se respondentovi nabídnou alternativy odpovědí, ale ještě se od respondenta žádá objasnění anebo vysvětlení. (Gavora, 2000)

Rozhovor je technikou komunikace, kterou využíváme ve většině životních situací. Existuje celá řada termínů, které mají takový význam: např. rozmluva, interview, dialog, ale také konverzace, debata, diskuze, rozprava, pohovor. Rozhovor může být neformální, zde může jít o dialog mezi přáteli, o společenský rozhovor, neformálně může v určitých situacích komunikovat i učitel s žákem. Může také jít o formální rozhovor, například věcný rozhovor mezi nadřízeným a podřízeným.

Rozhovor může být také promyšleným, připraveným a cíleným postupem, který je psychologickou metodou. Používá se k posudku faktů,

pocitů, názorů, postojů, hodnot, čímž se odlišuje od běžného rozhovoru. Vedení rozhovoru pokládá značné nároky na komunikační dovednosti, na porozumění a na teoretické vědění. (Plérová, 2004)

### **3.3 Charakteristika výzkumného vzorku**

#### **Případová studie č. 1**

**Jméno:** Tereza  
**Věk:** 25 let  
**Diagnóza:** paraplegie  
**Úraz v roce:** 2001

#### **Osobní anamnéza:**

Tereza je narozená v roce 1987, porod proběhl bez komplikací. Během svého života neprodělala žádná závažná onemocnění.

#### **Rodinná anamnéza:**

Rodina působí velmi příjemným dojmem. Dívka je z úplné rodiny, má jednoho sourozence, starší sestru, která je momentálně na mateřské dovolené. Po mateřské dovolené se vrátí na své pracovní místo jako účetní. Matka pracuje jako prodavačka, otec je soukromý truhlář. Po obdržení diagnózy respondentky celá rodina utrpěla velký šok, především matka.

#### **První setkání:**

První setkání s dívkou proběhlo v létě 2011. Bylo důležité s respondentkou navázat přátelský vztah a dát jí najevo, že může mít důvěru a poznat třeba i novou přítelkyni. První půl hodinu se hovořilo o všeobecných věcech, např. o práci, rodině, zálibách.

Tereza naslouchala a poté začala mluvit ona. Stále se hovořilo o věcech z běžného života. Po navázání osobního vztahu s respondentkou přišlo na řadu pokládání otázek. Nebránila se, vyšla mi vstříc. Hovořili jsme o věcech závažných, ale tyto poznatky jsme prokládali jemným smíchem a zábavou. Měla jsem pocit, že v některých situacích bylo třeba odlehčení. Otázky jsem měla dopředu namyšlené, ale v průběhu rozhovoru se měnily. Záleželo na situaci a na dívčiných odpovědích.

### **Úraz:**

V létě 2001 jela Tereza s kamarádkami na projížďku na kole. Po hodině se ostatní dívky rozhodly jet domů, Tereza pokračovala v projížďce dál. Když už se blížila k vesnici svého trvalého bydliště, náhle se objevil autobus a Tereza se s ním čelně střetla. Zůstala ležet na zemi a v duchu si říkala: „*To je konec, to je můj konec.*“ Ale nebyl, život Terezy pokračoval dál....

### **Situace po úraze, rehabilitace:**

Ihned po úraze byla Tereza převezena do nemocnice v Litomyšli, kde jí ošetřili poranění hlavy, poté pokračoval převoz do nemocnice do Pardubic. Zde ihned proběhla operace páteře a následovalo sdělení diagnózy. Na žádost rodičů byla Tereza převezena do Úrazové nemocnice v Brně.

Rodiče nebyli spokojeni s chováním a jednáním lékařů. V Úrazové nemocnici v Brně byla Tereza ihned umístěna na spinální jednotku, kde podstoupila další operace – zpevnění zlomeného obratle. Po tříměsíčním pobytu v Brně převezli Terezu na spinální jednotku do Luží.

Po příjezdu byla Tereza umístěna na pokoj, který společně sdílela s dívkou, která byla narozena ve stejném roce jako respondentka a trpěla

podobným handicapem. Paradox byl, že dívka druhý den rozpochovala končetiny a Tereza se dostala do úzkých.

Dívce to samozřejmě přála, ale říkala si: „*Proč jsem to nebyla já.*“ Po této situaci se Tereza začala stranit společnosti, nevyhledávala přátele, vyžadovala samotu. V Lužích se Tereza učila sebeobslužným činnostem. Po pěti měsících následoval převoz do Jánských lázní, kde se setkala s jiným typem postižení (mentální retardace).

Pro Terezu to byl úplně „jiný svět.“ Následovaly telefonáty rodičům, opětovné prosby vrácení se domů. Tereza měla pocit, že zde nemá co dělat, že sem nepatří – rodiče této žádosti nevyhověli. Po delší době a stráveném čase v Jánských lázních Tereza přehodnotila své pocity, začala být otevřenější a uvědomovala si, že jiní lidé jsou na tom i hůře než ona. Setkávala se a seznamovala s novými přáteli, vybudovala si několik kamarádských vztahů. Zde také Tereza podstoupila spoustu rehabilitací, kde si nejvíce oblíbila klimatoterapii.

### **Návrat domů:**

Po návratu domů z hospitalizační péče byla Tereza mile překvapena. Celý domov byl změněný, vše bylo bez bariér, nová koupelna s veškerými pomůckami, které je třeba, aby Tereza měla (madla). Také jí čekal úplně nový pokojík, který byl vybavený polohovacím lůžkem a dalšími kompenzačními pomůckami. (Polohovací vak, polohovací kostky, polštář...) Rodina se k dívčinu postižení postavila „čelem“ a snažila se, aby se dívka doma cítila co nejlépe a hlavně měla pocit zázemí a případné pomoci.

### **Kompenzační pomůcky:**

Respondentka je majitelkou mechanického vozíku, který je určen pro jedince trpící trvalou indispozicí samostatného pohybu. Dále vlastní

rehabilitační vak určený k polohování končetin. Používá ho především v domácím prostředí. Dále rehabilitační polštář, který má anatomický tvar, umožňuje velkou podporu krční páteře. Polštář a rehabilitační vak jsou plněny polystyrénovými kuličkami. Také využívá rehabilitační klíny a kvádry, které plní funkci podložky. Tyto kompenzační pomůcky jsou vyrobeny z molitanu. Respondentka jich využívá k polohování při rehabilitačním cvičení. Vlastní také polohovací lůžko s antidekubitními matracemi.

### **Školní anamnéza:**

Dívka navštěvovala do osmé třídy základní školu v místě svého trvalého bydliště. Devátý ročník již na základě úrazu dokončila na Základní škole Kociánka v Brně. Zde pobývala i na internátě. V této době docházelo i k úplnému osamostatnění od rodiny, i když víkendy Tereza trávila doma. Po základní škole nastoupila na Střední obchodní akademii, kde studovala pět let.

Ve třídě poznala spoustu nových přátel, dobrých přátel. Tereza sama říká: *„Začala jsem znovu žít.“* Dokonce se i odvážila říct: *„Veroniko, byla to pro mne doba, kdy jsem si řekla, stalo se, stalo, nic s tím nenadělám, je to tak.“* Mohu se tedy odvážit říct, že se v této době Tereza začala smířovat se svým handicapem.

Po úspěšném absolvování střední školy, kterou ukončila Tereza maturitou, si udělala řidičský průkaz. Je majitelkou řidičského oprávnění pro skupinu B. Řídit vozidlo jí nedělá problém, spíše je to pro ni forma odreagování. Tereza byla stále „zapálená“ do studování, proto začala studovat vysokou školu ekonomickou.

Školu ale po roce ukončila, protože zjistila, že pro ni není přínosná a také se svěřila, že jednání mobilních spolužáků nebylo zrovna v normě slušného chování. Ale nenechala se od studií odradit a v současné době studuje speciální pedagogiku se zaměřením na logopedii.

**Partnerský život:**

Tereza třetím rokem prožívá vztah s mobilním partnerem.

**Oblast sebeobsluhy:**

Tereza je velmi cílevědomá a samostatná, nemá ráda, když musí vyžadovat pomoc druhé osoby. Samozřejmě, že jsou v jejím životě chvíle, kdy je pomoc druhé osoby nutná, ale i přesto se Tereza stále učí samostatnosti. Podle mého názoru o tom svědčí jen to, že se Tereza navzdory svému postižení naučila sama cévkovat.

**Zájmy a volnočasové aktivity:**

Ráda čte, sleduje televizi a také spoustu času tráví na počítači, kde přes globální internetovou síť Facebook komunikuje se svými přáteli. Lenka velmi dobře pracuje s počítačem. Jak bylo již zmiňováno, volný čas tráví se svými dobrými kamarády, přítelem a rodinou. Také se ráda projíždí automobilem, tuto činnost bere jako relaxaci a odpočinek. Má také svého psiho kamaráda, který jí je prý také velkou oporou.

**Plán do budoucna:**

Dívka touží po své vlastní soukromé logopedické ambulanci. Nyní by si chtěla sehnat práci, ale pouze na zkrácený úvazek z důvodu studia.

**Léky:**

DITROPAN – na močový měchýř.

### **Velká motivace a opora:**

Velkou motivací a oporou je pro Terezu rodina a přátelé. I když po sdělení diagnózy rodina prodělala velký šok, ale i přes to se všichni rodinní příslušníci (obzvláště matka) dokázali vzchopit, postavit se k dceřinému postižení čelem a budovat věci tak, aby bylo respondentce doma co nejlépe a nejpříjemněji. Při současném pobytu v Brně je pro dívku velkou oporou sestra, která ve městě bydlí se svojí rodinou. Také na Terezu nezapomněli její spolužáci ze základní školy, kterou navštěvovala v místě svého bydliště. Do nemocnice a rehabilitačních středisek posílali spousty korespondence, fotografií a různých vzpomínkových předmětů. I dnes se za respondentkou bývalí spolužáci rádi zastaví a ta je velmi ráda přivítá.

### **Současnost:**

V současné době je Tereza vyrovnaná, klidná dívka se smyslem pro vzdělávání, různé volnočasové aktivity, ale také se smyslem pro humor. Stále studuje a přes týden pobývá v Brně. Každý víkend jezdí domů k rodičům. Se svým handicapem je smířená, život si vychutnává „plnými doušky“, ale stále věří v to, že se jednou na své nohy postaví a do celého světa zakřičí: „já jsem to dokázala!“.

## **Případová studie č. 2**

**Jméno :** Lenka  
**Věk :** 28 let  
**Diagnóza :** kvadruplegie  
**Úraz v roce:** 2005

### **Osobní anamnéza:**

Lenka je narozená v roce 1984, porod proběhl bez komplikací. Během svého života neprodělala žádná závažná onemocnění.

### **Rodinná anamnéza:**

Lenka pochází z úplné rodiny, má dva mladší sourozence. Matka pracuje jako učitelka na základní škole a povolání otce je automechanik. Vztahy mezi rodiči jsou mírně problematické. Otec je velmi žárlivý a urážlivý, občas slovně napadá matku i v přítomnosti dětí.

### **První setkání:**

První setkání s Lenkou proběhlo na podzim 2011. Lenku jsem již znala delší čas, ale nikdy jsme spolu nekomunikovaly – pouze se pozdravily. Až nyní mi bylo umožněno poznat intimní život Lenky, který v sobě skrývá. Bez problémů bylo domluveno datum schůzky a setkání s Lenkou proběhlo přímo u ní doma. Lenka byla vstřícná, veselá, vtipná. Nebála se mi odpovědět na pokládané otázky, odpovídala jasně.

### **Úraz:**

V létě 2005 si respondentka vyrazila se svým přítelem (v té době spolu chodili 3 roky) a partou kamarádů na letní dovolenu. Lenka říká: „*Byl to nádherný letní slunečný den*“. Vše probíhalo dle plánu - příjezd do kempu,

ubytování a hurá k vodě. „*Jenže to pro mne bylo osudným,*“ říká dívka s drobnými slzami v koutku očí. V blízkosti byla malá skalka a z ní skákali „ti nejstatečnější“ do vody. Lenka skočila též, jenže místo dopadu nebylo jisté, nikdo neznal přesně okolí a prostředí, do kterého ze skalky skákali. Z vody jí už vytáhli přátelé, ihned zavolali první pomoc a následoval převoz do nemocnice v Olomouci. Zde byla hospitalizována čtyři týdny. V nemocnici dívce zavedli tracheostomii a byla jí sdělena diagnóza – poškození míchy v oblasti segmentu C5. Respondentka ihned dostávala léky na uklidnění, jelikož ji její situace a sdělení diagnózy velmi zasáhla. Na nemocnici nevzpomíná ráda, proto respondentce již připravené otázky ohledně lékařské péče nebyly nepokládány.

#### **Situace po úraze, rehabilitace:**

V nemocnici byla přibližně pět měsíců. Její rodina nesla situaci velmi špatně. Byli zdrceni danou událostí, stále nemohli uvěřit tomu, že se tento úraz stal zrovna jejich dceři. Sváděli vinu jeden na druhého, otec začal požívat ve větším množství alkohol. Lenku po celou dobu jejího pobytu v nemocnici navštěvoval její přítel, který jí byl velkou oporou.

Po hospitalizaci v nemocnici Lenka navštívila rehabilitační ústav v Hrabyni. Zde jí byla poskytnuta veškerá péče, probíhali zde rehabilitace různých typů, především procvičování bicepsů a tricepsů. Lenka si byla vědoma, že potřebuje stále pomoc druhé osoby a hlavně to, že je upoutaná na invalidním vozíku. Ale také si velice dobře uvědomovala své postižení a následky s ním spojené. Chtěla žít jako předtím. „*Chodit na diskotéky, bavit se s přáteli, smát se,*“ říká Lenka stále doufající, že vše bude zase jako dřív.

### **Návrat domů:**

Po návratu domů bylo Lence ještě hůř. Přístup rodičů k dívčinému postižení byl velmi flegmatický. Po dobu hospitalizace v nemocnici a v rehabilitačním středisku rodiče v domácím prostředí neuskutečnili ani jednu změnu ve prospěch Lenky. Nic nebylo bezbariérové a nic nebylo připraveno na návrat postižené dívky domů. Kritická situace mezi rodiči se ještě stupňovala a Lenka se rozhodla, že domov opustí. Stále jí byl oporou její přítel, který jí pomáhal, vozil automobilem, kam potřebovala a poskytoval jí „pomocnou ruku“.

### **Školní anamnéza:**

Lenka nebyla studijní typ, měla se vzděláním problémy. Ale i přesto si našla na internetu školu v Brně – Kociánku, kde úspěšně složila přijímací zkoušky a začala studovat na obchodní akademii. Zde také docházela na různé typy rehabilitací, nejvíce si oblíbila canisterapii – pomoc člověku psí láskou. Přes týden pobývala v Brně, za začátku studia dojížděla na víkendy domů, převážně za svým přítelem. Toto trvalo asi půl roku.

### **Rozchod s bývalým partnerem:**

Po půl roce Lence přítel oznámil konec vztahu. Pro Lenku to byl obrovský šok, věděla, že problém je v jejím postižení. Přítel však toto tvrzení odvracel a Lenku přesvědčoval o tom, jak je skvělá, úžasná, že si zaslouží někoho jiného. „*Obrátila jsem se na vozíku a odjela,*“ říká Lenka.

Lenka se nikdy nedozvěděla pravdu o tom, proč se s ní přítel rozešel, ale do dnešní doby žije s tím, že za to může její handicap. Toto období bylo pro Lenku velmi těžké, smutné, depresivní. V rodině neměla zastání, přítel ji opustil, parta kamarádů se změnila a sourozenci zájem také nejevili. Proto

Lenka začala žít „městským životem.“ Domov již moc nenavštěvovala, jelikož ji tam nečekal nikdo, kdo by jí byl oporou.

### **Svatba, rozvod:**

V Brně se seznámila s novými lidmi, kteří se pro ni stali přáteli a náhradní rodinou. Také poznala chlapce (imobilní), začali spolu chodit a do roka se sezdali. Na Kociánce dostali byt – ale stále oba potřebovali pomoc druhé osoby. Uplynul určitý čas a Lenka s manželem chtěli z Kociánky odejít do vlastního bytu. To jim bylo umožněno a oba byli šťastní. Byt se nacházel v dosti rušné části Brna, ale to respondentce, ani jejímu manželovi nevadilo. Stále zde byl ale problém, že oba potřebovali pomoc druhé osoby. Tuto pomoc vyřešili tím, že zavolali mobilním telefonem pečovatelku, ta ihned přišla a poskytla potřebnou péči. Lenka s přítelem toužili po dítěti, stále spolu mluvili na toto téma a představovali si, jaké by to bylo mít dítě. Chtěli být úplná rodina.

Ale jak šel čas, postupně Lenka dospívala k názoru, že mít dítě je krásná věc, ale také si uvědomovala složitost situace. „*Oba jsme potřebovali pomoc druhé osoby a jak bychom se zvládli postarat o dítě,*“ říká Lenka. Své myšlenky a pocity sdělila manželovi. Ten byl velice překvapený, jelikož netušil ani nedoufal, že respondentka své stanovisko a názory na dítě změní. Lenka zůstala u názoru, že prozatím dítě nechce, ale manžel po dítěti stále toužil.

Začaly problémy, malé hádky se stupňovaly na větší. Manžel tyto problémy řešil pozdními příchody domů, alkoholem. Jejich vztah respondentce začal připomínat situaci doma. Lenka se začala uzavírat sama do sebe, jelikož kromě přítele neměla po ruce nikoho, s kým by si povyprávěla a komu by se svěřila. Všichni přátelé byli na Kociánce a jen sem tam někdo přišel dívku navštívit. Asi po třech letech takového života se oba rozhodli, že navštíví manželskou poradnu. Zde jim byly poskytnuty rady, avšak do roka následoval rozvod.

**Současnost:**

V současné době je respondentka se svým postižením smířená, i když stále věří v to, že vše bude zase jako dřív. Lenka nikde nepracuje, žije sama v bytě, nyní si pořídila asistenčního psa. Doma respondentka zažívá chvíle, kdy trpí samotou, depresí a úzkostnými stavy. Často navštěvuje restaurace různého typu a diskotéky. Jak již bylo uváděno, stále ji navštěvují přátelé ze zmíněné Kociánky. Vrátila se opět k názoru a pocitu touhy mít dítě. Domů Lenka již skoro vůbec nejezdí.

**Zájmy a volnočasové aktivity:**

Lenka se ráda baví, navštěvuje restaurace, diskotéky a různá zábavná místa. Ráda se seznamuje s novými lidmi. V současné době si pořídila asistenčního psa, který je pro ni velkým „koníčkem“, ale také hodně velkým přítelem. Respondentka má velmi ráda zvířata.

**Plány do budoucna:**

Nalézt toho pravého přítele, který se po té stane Lenčiným manželem a vidina úplné rodiny – dítě.

**Motivace a opora:**

Jediná opora pro Lenku jsou její přátelé. S rodinou už se skoro nestýká.

**Kompenzační pomůcky:**

Lenka vlastní mechanický vozík a různé rehabilitační pomůcky.

### **3.4 Shrnutí, doporučení a závěr šetření**

#### **Případová studie 1**

#### **Shrnutí, doporučení a závěr šetření**

##### **Shrnutí:**

Slečna Tereza je se svým postižením smířená. Denně cvičí, pracuje na sobě a zlepšuje si svou fyzickou kondici. Žije tak, jak je jí to dovoleno a jak chce ona sama. Respondentka je velmi samostatná, pomoc druhé osoby potřebuje minimálně. Velmi jí pomáhá rodina, která je jí oporou ve všech směrech. Respondentka je studijní typ, dále chce pokračovat ve studiu a začít pracovní život. Pobírá plný invalidní důchod a příspěvek na péči druhého stupně. Jak již bylo výše uváděno, její sen je vybudovat si svoji vlastní logopedickou ambulanci. S přítelem začíná hovořit o manželství, ale prozatím bez dětí.

##### **Doporučení:**

Respondentka je snaživá, o vše se zajímá a hlavně umí bojovat. Vhodné by bylo, aby se respondentka držela svých cílů, pokračovala stále ve studiu, které jí přináší radost, rozšíření znalostí a především posiluje sociální vztahy. Respondentka velmi ráda a odborně pracuje na počítači, proto by bylo dobré zažádat si o pracovní místo v této oblasti, pouze na zkrácený úvazek z důvodu studijního vytížení.

Až se jednoho dne z Terezy stane matka, bude to jistě dobrá matka, která svoje city a veškerou péči věnuje svému dítěti.

### **Závěr šetření:**

Na základě vedeného rozhovoru se bylo zjištěno, že slečna Tereza dokáže bez problému v rámci svých možností žít plnohodnotný život. Druhý cíl práce byl tedy prověřen v praxi u této respondentky a situaci v tomto případě lze hodnotit velmi pozitivně. Usuzováno je tak z vedeného rozhovoru, z pozorování a odpovědí respondentky. Velkou motivací a oporou je pro respondentku rodina, ta je příčinou toho, že dokáže být respondentka silná a odhodlaná plně žít svůj život.

### **Případová studie 2**

#### **Shrnutí, doporučení a závěr šetření**

##### **Shrnutí:**

Pro respondentku bylo velmi těžké se se svým postižením smířit. Začátky byly kruté, jelikož nenašla oporu v rodině, po té ani v příteli. Nikdo nebyl na blízku, kdo by jí pomohl, poradil, proto odešla do Brna, kde začala „žít“. Dnes své postižení hodnotí kladně, naučila se s ním žít, i když stále potřebuje pomoc druhé osoby a doufá, že přijde den, kdy se opět na nohy postaví. Lenka byla zvyklá žít život naplno. Není studijní typ, proto nepřemýšlí o žádném dalším vzdělávání. Pobírá plný invalidní důchod a příspěvek na péči třetího stupně. Chvillemi respondentka trpí pocity samoty, v současné době je pro ni prioritou nalézt člověka, který s ní stráví zbytek života a se kterým společně založí rodinu. Respondentka stále touží po dítěti.

##### **Doporučení:**

Slečna Lenka byla zvyklá žít život naplno a touží po takovém životě i teď. Jenže díky svému postižení musí žít život, který je jí daný a především, který si utváří ona sama. Lenka by se měla více zajímat o různé aktivity a více

rozšířit své zájmové činnosti. Po zjištění informací pokládaných otázek je zřejmé, že respondentka má ráda hudbu, společnost a ráda se baví. Proto by bylo vhodné začít navštěvovat různé zájmové kroužky např. hudební, více se zajímat např. o muzikoterapii – pravidelně na tuto terapii docházet. Jistě by to bylo pro respondentku přínosné.

Velmi ji zajímají zvířata, proto by se mohla zajímat o tuto oblast, rozšířit své znalosti v canisterapii, nebo například vypomáhat v útulcích pro opuštěná zvířata. Při těchto aktivitách by navázala nové kontakty, sociální vztahy a nové přátele.

Respondentka se dokáže výborně bavit ve společnosti, ale pokud se ocitne doma sama, upadá do depresí a smutku. Proto by bylo vhodné se z bytu odstěhovat na místo, kde by kolem sebe měla přátele a někoho, kdo jí z těchto depresivních situací pomůže a poradí.

Respondentka také hodně času tráví přemýšlením o partnerském vztahu a o dítěti. Bylo by dobré tomuto tématu nechat volný průběh, věnovat se situaci, která je nyní a pokud se objeví muž, který bude schopen s respondentkou žít a také chtít dítě, potom je možné o těchto věcech více hovořit.

Vhodná by byla například i návštěva psychologa, který by si s dívkou pohovořil a poskytnul rady týkající se depresivních, úzkostných stavů a také dívce pomohl při řešení obtíží v mezilidských vztazích (v případě Lenky se jedná o rodiče). Teď záleží pouze na respondentce, zda-li doporučení využije, ale pokud ano, bude to výborné.

### **Závěr šetření:**

Na základě pokládaných otázek bylo zjištěno, že respondentka si prošla velmi těžkými a složitými začátky svého života s postižením. Musela vytrpět spoustu situací, které by těžko zvládal i člověk bez handicapu. V té době pro ni

její handicap znamenal utrpení, vadu na kráse, velkou životní překážku, bolest a zármutek. Z této případové studie plyne výsledek šetření, že kvalitu života respondentky, která v průběhu svého života utrpěla úraz a dnes je upoutána na invalidní vozík, výrazně ovlivnilo rodinné zázemí, rodinné vztahy, ale také různé volnočasové aktivity.

Dnes se na svůj handicap dívá Lenka již jinak. Snaží se žít v rámci svých možností plnohodnotně. Umí se bavit, rozdávat radost, ale také umí plakat a být zarmoucená. V těchto chvílích dává jistě vinu handicapu, ale také rodině, která ji v nejtěžší situaci nepodržela a příteli, kterému věřila, a on odešel.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala problematice tělesného postižení. První část práce se zabývá teoretickými poznatky týkající se tělesného postižení, pohybu a klasifikaci tělesných vad. Také zde bylo důležité zmapovat současné inkluzivní začlenění tělesně postižených jedinců do společnosti, jaké je to žít s handicapovaným jedincem a vztah rodiny a společnosti k tělesně znevýhodněným lidem.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jestli tělesně postižený člověk dokáže žít alespoň v rámci svých možností plnohodnotný život.

Praktická část se zaměřuje na vytvoření dvou případových studií. Tyto případové studie popisují život dvou dívek upoutaných na invalidní vozík z důvodu utrpení úrazu v průběhu života. Případové studie popisují rodinné anamnézy, osobní anamnézy, příčinu úrazu, lékařskou péči, rehabilitaci, zájmy a záliby, kompenzační pomůcky, které respondentky využívají, současný život i plány do budoucna. Tyto studie také poukazují na chování a postavení rodiny k handicapovaným dívkám a ukazují na to, že člověku s tělesným postižením, který má sílu, snahu a odhodlání porvat se s osudem a situací, se většinou podaří zařadit do společenského života.

Během předvýzkumného šetření bylo stanoveno několik otázek, které byly pokládány respondentkám. Z odpovědí a návazného pozorování handicapovaných dívek byl určen závěr, že tělesné postižení je obrovský handicap a velký zásah do života jedince. Pokud je ale jedinec opravdu silný, dokáže žít v rámci svých možností plnohodnotný život. Samozřejmě záleží na druhu a typu postižení a především na tom, jak se k handicapovanému jedinci postaví rodina a ti nejbližší.

Případové studie se velmi liší, každá má svůj příběh a podle něj dále pokračuje život handicapovaných dívek. Musí se brát v potaz, že byly zkoumané pouze dvě případové studie. Nelze tedy přesně říci, jak velké procento handicapovaných lidí dokáže žít plnohodnotný život. Ale podle zkoumaných respondentů je to možné.

Tělesné postižení neznamená být jiný. Je to handicap, který znamená být pouze v něčem znevýhodněný. Je třeba mít v hlavě stále myšlenku - *já k vám patřím, vaše společnost je i moje společnost a dokážu žít plnohodnotný život stejně jako vy, i když podle svých možností.*

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

GAVORA, P., *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: paido, 2000. Isbn 80-85931-79-6.

JAKOBOVÁ, A., *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Ostrava, 2007. ISBN 978-80-7368-488-4.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

KÁBELE, F., KOLLÁROVÁ, E., KOČÍ, J., KRACÍK, J. *Somatopedie*. Praha, 1992. ISBN 80-7066-533-5.

KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3

MILICHOVSKÝ, L., *Kapitoly ze somatopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-7452-001-3.

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: 2005. ISBN 80-244-1075-3.

NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-8739.

PLEVOVÁ, I. *Kapitoly z obecné psychologie*. Olomouc: 2004. ISBN 80-244-0963-1.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-252-1.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: 2006. ISBN 80-244-1475-9.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SEIDEL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i v praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0623-7.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

VELEMÍNSKÝ, M. *Zooterpie ve světě objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido. 2004. ISBN 80-7315-071-9.

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

## INTERNETOVÉ ODKAZY

*Rytmus o.s.* [online]. 1999 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z:  
<http://www.rytmus.org/>

*Velký lékařský slovník On-Line* [online]. 1999 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z:  
<http://www.lekarske.slovníky.cz/>

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Škály stupňů sociální integrace podle WHO.....	24
--	----

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – MECHANICKÝ VOZÍK.....	I
PŘÍLOHA B – POLOHOVACÍ VAK, HAD, KLÍN, KVÁDR.....	II

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Mechanický vozík

Obrázek 1: Mechanický vozík



**Příloha B – Polohovací vak, had, klín, kvádr**

**Obrázek 2: Polohovací vak**



**Obrázek 3: Polohovací had**



**Obrázek 4: Polohovací klín**



**Obrázek 5: Polohovací kvádr**



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Veronika Švancarová

**Obor:** Speciální pedagogika - vychovatelství

**Forma studia:** kombinovaná

**Název práce:** Tělesně postižený jedinec, rysy osobnosti postižených, vztah rodiny a společnosti k tělesně postiženým

**Rok:** 2012

**Počet stran textu bez příloh:** 49

**Celkový počet stran příloh:** 2

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 19

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 2

**Vedoucí práce:** Mgr. Milan Fleischmann