

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

bakalářské kombinované studium
2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Andrea Štětinová

Název práce

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

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Full-Time Studies
2009 - 2012

BACHELOR THESIS

Andrea Štetinová

Title

**Physically handicapped person, personality
traits affected, relationship of the family and
society to disabled**

Prague 2012

The 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 29. 2. 2012

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Fleischmannovi za pomoc, rady a připomínky při psaní bakalářské práce. Dále bych velmi ráda poděkovala všem respondentům za poskytnutí rozhovoru.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na tělesné postižení, a to jak vrozené tak získané. Je rozdělena do dvou částí.

V teoretické části jsou uvedeny základní informace o zdravotním postižení a popis tělesného postižení. Dále se zde nahlíží na charakteristiku osobnosti lidí s tělesným postižením, na přijetí postižení rodinou a na integraci tělesně postižených do běžné školy s uvedenou legislativou. Závěr této části je věnován pracovní rehabilitaci a možnosti rekvalifikace u tělesně postižených.

V praktické části jsou uvedeny čtyři případové studie osob s tělesným postižením.

Klíčové pojmy

Integrace, pracovní rehabilitace, rodina, škola, tělesné postižení, vrozené postižení, vývoj jedince, zdravotní postižení, získané postižení

Annotation

The thesis is focused on physical disabilities, both congenital and acquired. It is divided into two parts.

In the theoretical section provides basic information on disability and a description of physical disability. There were also views the personality characteristics of people with physical disabilities, the adoption of affected families and to integrate the disabled into the elementary school with that legislation. The conclusion of this section is devoted to vocational rehabilitation and retraining opportunities for disabled persons.

The practical part contains four case studies of people with disabilities.

Key words

Integration, vocational rehabilitation, family, school, disability, congenital disabilities, developing individual, disability, gained disability

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORTICKÁ ČÁST	
1. ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....	12
1.1 Vymezení pojmu zdravotní postižení.....	12
1.1.1 Osoby se zdravotním postižením.....	12
1.1.2 Druhy zdravotního postižení.....	13
2. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	14
2.1 Terminologické vymezení.....	14
2.1.1 Osoby s tělesným postižením	14
2.2 Příčiny tělesného postižení.....	15
2.2.1 Vrozené tělesné postižení	15
2.2.2 Získané tělesné postižení	15
2.3 Klasifikace pohybových vad.....	15
3. HANDICAP Z HLEDISKA VÝVOJE JEDINCE A JEHO INTEGRACE	18
3.1 Pohybové postižení u osob s tělesným postižením	18
3.2 Psychická adaptace jedince na získané a vrozené postižení	20
3.2.1 Vrozené postižení	20
3.2.2 Získané postižení	23
3.3 Kvalita života jedince s tělesným postižením	25
4. RODINA A ŠKOLA.....	26
4.1 Charakteristika pojmů rodina a škola.....	26
4.1.1 Rodina.....	26
4.1.2 Škola	26
4.2 Rodina s postiženým dítětem	27
4.3 Sourozenci dítěte se zdravotním postižením.....	28
4.4 Vzdělávání postiženého dítěte, jeho integrace a legislativa upravující vzdělávání žáků s tělesným postižením.....	29
5. PRACOVNÍ REHABILITACE TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH A MOŽNOSTI REKVALIFIKACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	31
5.1 Pracovní rehabilitace tělesně postižených.....	31
5.2 Rekvalifikace a podpora zaměstnávání tělesně postižených.....	32

EMPIRICKÁ ČÁST

6. JAK SE ŽIJE S VROZENÝM A ZÍSKANÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	35
6.1 Metody a cíle šetření	35
6.2 Případové studie	36
6.3 Závěr šetření.....	46
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50

ÚVOD

Téma bakalářské práce nebylo autorkou vybráno náhodně. Důvodem se stala vlastní zkušenost s tělesným postižením, vnímání, vyrovnání a přijetí role „tělesně postižený jedinec“. Především díky přístupu a výchově rodičů a postavení nejbližšího okolí, k jejímu handicapu, se necítí a snad ani nikdy necítila jako „jiná“.

Vzhledem k tomu, že nikdy nebyla nikým zaškatulkována do skupiny postižených lidí, neměla ani možnost poznat, jak se dokázali ostatní jedinci vyrovnat s osudem, který přináší v osobním i společenském životě určitá úskalí, a nese název „Život s tělesným postižením“. Asi ne každý měl nebo má takové, dá se říci štěstí, v přístupu rodiny i společnosti, a proto ji zajímali i příběhy jiných jedinců, a to jak s vrozeným tak získaným postižením.

Zdraví, to je dar v životě největší a nejcennější, ale ne každý má však možnost získat ho v celé jeho kráse. Smutné, bolestivé, ale bohužel pravdivé. O to smutnější a bolestivější to je v případě, kdy se do zcela zdravé rodiny, v níž se do té doby žádné postižení neobjevilo, narodí dítě s vrozeným postižením. Vždyť období těhotenství, zvláště u chtěného dítěte, je pro rodiče i celou rodinu dobou očekávání, snění a těšení se na příchod dítěte a nenarozené dítěte vystupuje v hlavní roli v představách a snění takřka u všech členů rodiny.

Většina rodin, což je naprosto přirozené, projde mnoha úskalími, než je schopna akceptovat skutečnost tělesného postižení dítěte natolik, aby mu byla schopna pomoci vyrovnat se s handicapem a připravit ho na zvládnutí nelehkých úkolů, které ho budou čekat. Hledání chyby nebo hledání příčiny, proč došlo k postižení dítěte, jsou velmi časté problémy, které rodina řeší na začátku svojí cesty. Nemá cenu pokládat si zbytečné otázky o tom, či je to vina, obviňovat sebe nebo své okolí. Pokládání těchto otázek a obviňování není řešením a vede pouze ke střídání pocitů lítosti, sebelítosti a agrese, což rozhodně nevytváří vhodné prostředí pro systematickou výchovu dítěte. Jako dobrá rada v zájmu dítěte se jeví nutnost smířit se se skutečností tělesného handicapu dítěte a plně se soustředit na vlastní přípravu výchovy a na výchovu postiženého dítěte, která je podstatně náročnější než výchova zdravého dítěte a kterou je ale také velmi složité zvládnout správným způsobem. Proto je základním předpokladem účinné pomoci dítěti a jediným správným projevem lásky vůči dítěti nasměrování všech

psychických sil a vůle zvládnout tento problém. Rada je to velmi jednoduchá, nicméně její realizace je neskutečně těžká. Respekt vůči osobnosti postiženého dítěte je dalším předpokladem pro účinnou pomoc a správným projevem lásky vůči dítěti. Lítost projevovaná v důsledku tělesného postižení dítěte, která se většinou realizuje poskytováním úlev ve výchově, je stejně škodlivá jako kladení vyšších nároků na dítě, než odpovídá stupni zvládnutí problematiky.

Pokud budeme dále hovořit o zdraví, ne každý si ho však váží a na místo toho, aby ho chránil a cenil si ho, bere jej jako automatickou věc, která mu byla dána a kterou mu nikdo vzít nemůže. Nepřemýšlí nad tím, že může přijít okamžik, pouhá vteřina, která mu vezme část tohoto velkého daru a jeho život se zcela změní. Změní ve smyslu, že ke svému životu bude potřebovat vozík, berle, v horším případě, že zůstane upoutaný na lůžko. Vyrovnat se pak s touto realitou je pro takového člověka velkou psychickou zátěží. Důležitou pomocí v překonání této životní změny je určitě přístup rodiny, blízkých přátel a okolí vůbec. Bohužel ne každému se této pomoci dostane. Opomenout nelze ani sílu osobnosti jedince, která v takovéto situaci hraje též nemalou roli.

Jedinec jak s vrozeným tak získaným postižením by neměl ale svůj úděl brát jako něco špatného, negativního, ale jako velkou životní zkoušku, která mu má ukázat, jaké hodnoty jsou v životě důležité. A to, že ke svému životu potřebuje vozík nebo berle, mu přeci nebrání žít život, jako žijí ostatní zdraví lidé.

Autorka si dovolila použít větu své přítelkyně, se kterou měla tu čest poznat se po odvysílání jednoho televizního pořadu, ve kterém byla hostem: „někdo nosí brejle a já zase berle“.

Povznést se takto nad svým postižením by se měl asi každý. Není to pro všechny jednoduché, ale určitě je to o dost lepší, než se utápět otázkami typu „proč právě já“, která stejně nic nevyřeší.

Život by měl každý brát jako divadelní hru, ve které hraje určitou roli. A aby si hru zvanou „ŽIVOT“ vychutnal a užil, je třeba ji hrát naplno a s úsměvem na tváři, i pře veškerá úskalí, která role tělesně postiženého obnáší. Říká se, že všechno špatné je pro něco dobré a autorka věří, že všechno v životě má svůj vyšší smysl a řád, který velmi často vědomě ani nevnímáme.

Bakalářská práce je tvořena dvěma částmi. Teoretická část se skládá z pěti kapitol.

První kapitola podává základní informace o zdravotním postižení a jeho rozdělení. Druhá kapitola je zaměřena pouze na tělesně postižení, jeho druhy a příčiny, na psychickou adaptaci jedince, na vrozené a získané postižení a na kvalitu života těchto jedinců.

O přijetí postižení rodinou pojednává kapitola třetí, kde je také zahrnuto vzdělávání osob s tělesným postižením včetně legislativy, která vzdělávání těchto žáků vymezuje.

Závěrečná čtvrtá kapitola je věnována pracovní rehabilitaci, rekvalifikaci a podpoře zaměstnávání tělesně postižených.

Praktická část je tvořena čtyřmi případovými studii. Jako metoda šetření byla zvolena metoda kvalitativní a použito bylo polostandardizovaného rozhovoru. Určité fáze života tělesně postižených jedinců byly popsány pomocí kódovací metody.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

1.1 Vymezení pojmu zdravotní postižení

Zdravotní postižení můžeme definovat jako určitou odchylku ve zdravotním stavu člověka, která jej omezuje v určité činnosti, jako jsou např. pohyb, kvalita života, uplatnění ve společnosti apod. (www.wikipedia.org/wiki/Zdravotní_postižení).

1.1.1 Osoby se zdravotním postižením

V dnešní době se stále více nahrazuje pojem postižený člověk jinými termíny, jako je osoba s postižením nebo jedinec se speciálními potřebami.

Lidé s postižením nejsou jiní, mají pouze v různých fázích svého života své specifické potřeby (Pipeková, 2010).

„Za jedince s postižením ve smyslu pedagogickém se považují všechny děti, mladí lidé a dospělí, kteří jsou v učení, sociálním chování, v komunikaci a v řeči nebo v psychomotorických schopnostech tak omezeni, že jejich spoluúčast na životě ve společnosti je podstatně snížena“ (PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. str. 111).

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti vymezuje osoby se zdravotním postižením na:

- fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány jako plně invalidní či částečně invalidní
- fyzické osoby, které jsou rozhodnutím úřadu práce uznány jako zdravotně znevýhodněné

1.1.2 Druhy zdravotního postižení

K nejčastějším typům zdravotního postižení obyvatel ČR patří onemocnění vnitřních orgánů, zejména oběhové soustavy, novotvary a nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek.

Nemoci pohybového ústrojí je následují pouze s nepatrným rozdílem.

Tyto typy onemocnění se vyskytují u nadpoloviční většiny osob se zdravotním postižením. Duševním a mentálním postižením trpí více než 100 000 lidí (www.helpnet.cz/aktualne/15718-3).

Rozlišujeme šest základních typů zdravotního postižení:

- tělesné, zrakové, sluchové, mentální, duševní a vnitřní

2. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

2.1 Terminologické vymezení

„Tělesné postižení je postižení, které brání mobilitě pracovní činnosti, dělí se nepřechodné a trvalé, vrozené a získané“ (HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha : Portál, 2000. str. 442).

„Ve speciálněpedagogické odborné literatuře se považují za tělesná postižení přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození“ (GRUBER, H; LENDL, V. sec. cit. Vítková, M in Pipeková, 1999,2003,2004,2006,2010 s. 181).

2.1.1 Osoby s tělesným postižením

Vítková (2004) hovoří o osobách s tělesným postižením jako o velmi heterogenní skupině, jejichž společným znakem je omezení pohybu a tělesné postižení ovlivňuje jedince v celé jeho osobnosti.

Tělesně postižený v užším slova smyslu je především jedinec s trvalým postižením hybnosti. Příčinou mohou být těžké vrozené vývojové vady, těžký úraz, vývojová vada nervové soustavy, různé svalové choroby (Mečíř, 1988).

„Osoby tělesně a zdravotně postižené jsou děti, mladiství a dospělí, jejichž tělesné postižení spočívá ve vadě nosného a hybného ústrojí takové rozsahu, že dochází k poruše hybnosti způsobené tělesnou vadou“ (MILICHOVSKÝ, L. Kapitoly ze somatopedie. Praha : UJAK, 2010. str. 21).

2.2 Příčiny tělesného postižení

Na vzniku tělesného postižení se mohou podílet jak poruchy genetických dispozic, tak i prenatálně a postnatálně působící vlivy vnějšího prostředí. Vzniknout může ale také jako následek onemocnění nebo úrazu. Podle doby vzniku dělíme tělesná postižení na vrozená a získaná (Vágnerová,2008).

2.2.1 Vrozené tělesné postižení

Infekční onemocnění matky v prenatálním období, (např. zarděnky), užívání léků na počátku těhotenství, nedostatek vitamínů, minerálů, nepříznivé klimatické podmínky, rentgenové záření aj., mohou být příčinou vrozených tělesných vad.

Za nejčastější příčinu označujeme ovšem dědičnost (Milichovský, 2010)

2.2.2 Získané tělesné postižení

Stačí pouhý okamžik, vteřina a ze zdravého jedince se stane jedinec s tělesným postižením. Příčinou je většinou úraz či následek onemocnění.

2.3 Klasifikace pohybových vad

Pohyb lze označit jako základní životní projev člověka a poruchy pohybového aparátu velmi zasahují život postiženého jedince.

Pohybové neboli ortopedické vady můžeme rozdělit na dvě základní skupiny, a to:

- poruchy vrozené včetně dědičných
- poruchy získané

Dle postižené části těla můžeme rozlišovat skupiny:

- obrny centrální a periferní
- deformace, malformace a amputace

Vrozené vady mohou vzniknout buď během těhotenství, nebo při

porodu (Monatová,1994).

Obrny centrální a periferní

Dětská mozková obrna – ta patří mezi závažná centrální postižení. Typické je hybné postižení, tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nesoustředěnost, opožděný vývoj řeči a vady řeči, střídání nálad aj.

Rozštěp páteře – ten vyvolává u jedinců částečnou až úplnou obrnu dolních končetin a obrnu svěračů. Intelekt nebývá u dětí postižen.

Roztroušená skleróza mozkomíšní – vyskytuje se zejména u mladších dospělých. Nejčastěji se objevují poruchy pohybového aparátu, zraku a řeči.

Obrna míchy – častou příčinou je úraz páteře s následným poraněním míchy, dále nastává vlivem různých onemocnění.

Deformace

Vyznačují se nesprávným tvarem některé části těla. Příčiny dělíme na vnitřní (růstové, dědičné vlivy, nerovnoměrný růst) a vnější (nedostatek pohybu, předčasné posazování kojence, jednostranný pohyb).

Nesprávný vývoj kyčelního kloubu – jde o úplné vykloubení (luxace) a částečné vykloubení (subluxace).

Perthesova choroba – jedná se postižení hlavičky stehenní kosti.

Svalová dystrofie – týká se onemocnění svalů vzniklé na podkladě dědičné metabolické poruchy.

Malformace a amputace

Malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, zejména končetin, a dělíme je na:

- amélie – částečné chybění končetin
- fokomélie – končetina navazuje přímo na trup

Malformace řadíme do vrozených vývojových vad.

Amputace – neboli umělé odnětí části končetiny (Pipeková,2010).

Dle zdravotní klasifikace dělíme postižení:

II. třída – vadné držení těla

III. třída – amélie, dysmélie (chybění části končetin při narození),

- vrozené rozštěpy páteře
 - ortopedické vady páteře
 - amputace a deformace končetin
 - degenerativní onemocnění svalstva
 - stavy po úrazech pohybového ústrojí s trvalými následky
 - dětská mozková obrna

IV. třída – akutně nemocní jedinci

(www.wikipedia.org/wiki/Tělesné_postižení)

3. HANDICAP Z HLEDISKA VÝVOJE JEDINCE A JEHO INTEGRACE

Na vývoj jedince s tělesným postižením může působit dost negativně to, že jeho postižení je na první pohled viditelné.

Důležité je rozlišit, v jakém období k postižení došlo, zda jde o postižení vrozené, nebo získané.

Závažnější vliv na vývoj jedince má zcela určitě vrozený defekt, který omezuje od počátku jeho vývojové možnosti. Vzhledem k tomu, že žije ale s postižením od narození, se na něj lépe adaptuje, jelikož je na něj zvyklý, nedovede si život bez něj představit, neví, jaké výhody by tím získal.

Jiný vývoj osobnosti je u defektu získaného, a to vzhledem k tomu, že až do doby vzniku postižení se jedinec vyvíjel normálně. Dochází k velkému zásahu do osobnosti, kdy si člověk uvědomuje, co vše ztratil, může srovnávat a svou situaci považuje za mnohem horší (Had-Mousová, 2001).

3.1 Pohybové postižení u osob s tělesným postižením

„Tělesné postižení je spojeno s mnoha omezeními, které mohou představovat dlouhodobý stres. Možné důsledky tělesného postižení lze definovat

- *pohybový defekt, tj. funkční handicap*
- *tělesná deformace, tj. estetický handicap*

(VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. str. 251)

Komplexy méněcennosti, nesamostatnosti a omezenosti v běžných sociálních vztazích jsou následkem psychických traumat, která nastávají ve spojení s poruchami hybnosti (Novotná; Kremlíčková, 1997).

Jedinec s pohybovým postižením mívá většinou omezené možnosti ve styku se svým okolím, neví jak v určitých situacích jednat, nebo toho není vzhledem ke svému postižení schopen a pokud zažije něco nepříjemného ve styku s jinými lidmi, hrozí, že se začne svému okolí vyhýbat a zůstane izolován.

V případě, že je tělesná deformace viditelná, bývá její dopad v sociálním významu negativní a stává se, že je větší než vliv funkčního handicapu.

U postižení, které je na první pohled nepřehlédnutelné, bývá snižován sociální status postiženého jedince a ovlivněno je jak jeho sociální chování, tak i akceptace okolí. Stává se, že chování jedince s tělesnou deformací je nevhodné, což je ale většinou obranná reakce na odmítání a podceňování.

Handicap spojený s tělesným vzhledem ovlivňuje celkové sebehodnocení postiženého člověka kolikrát více, než kdyby šlo jen o postižení pohybových funkcí (Vágnerová, 2008).

„Každá společnost má totiž své normy tělesné krásy a zdatnosti, které se stávají součástí identity jejich příslušníků a tedy i měřítkem, jímž poměřují sebe a druhé. Tyto normy se zajisté mění v čase, mají i své „módní“ výkyvy, mnohdy v nich přetrvávají určité předsudky a pověry, víceméně mohou postiženého jedince zasáhnout tíživěji než vlastní funkční defekt. Platí tu psychologická poučka, že pocity méněcennosti se všemi svými komplikacemi provázejí především děti se znatelnými odchylkami tělesného zjevu“ (MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Jinočany : H&H Vyšehradská s.r.o., 2001. str. 20).

Pohybové postižení může mít různé příčiny:

- důsledek poruch v oblasti mozku a míchy v důsledku geneticky podmíněné odchylky vývoje, prenatálního či perinatálního poškození, nebo může vzniknout jako následek různých chorob a úrazů
- důsledek poruchy kostí a kloubů, obvykle způsobenou poruchou růstu kostí, které brání standardní funkci opěrného aparátu a tím i pohybu. Omezení pohybu mají za následek též zánětlivá onemocnění a tzv. mechanické postižení může vzniknout v důsledku chybění končetiny nebo její části
- důsledek poruchy svalstva, která se projevuje zhoršením funkcí svalové tkáně

nebo jejich úbytkem (Vágnerová, 2008)

3.2 Psychická adaptace jedince na získané a vrozené postižení

Had–Mousová (2001) uvádí, že na vývoj osobnosti působí kromě času, kdy postižení vzniklo, také fakt, jak se se svým postižením vyrovnává jedinec sám. V případě, že své postižení bere rozumně, akceptuje jej a rozvíjí své možnosti, nemusí to mít na rozvoj jeho osobnosti výraznější vliv.

Častěji se ale setkáváme s jedinci, kteří reagují na své postižení tak, že si svými reakcemi vytvářejí určité specifické rysy osobnosti, jako jsou:

- egocentrismus – vztahovačnost, přecitlivělost na nářky druhých lidí na zdravotní stav apod.
- přetrvávání dřívějších forem chování – negativismus, závislost, nesamostatnost
- malá sociabilita – problémy v sociálním kontaktu
- málo aktivní životní styl
- otázka sebehodnocení – snížené – zvýšené

Nelze však říci, že jsou obecně platné a že se vztahují na každého postiženého jedince (Milichovský, 2010).

Důležité bývá také to, jak postižený jedinec rozvíjí svůj vztah s okolím, jak navazuje kontakty s ostatními lidmi, zda je vůbec ochotný tyto kontakty navazovat, udržet je a rozvíjet. Významnou úlohu ale hraje především vztah postiženého k sobě samému (Had-Mousová, 2001).

Matějček (2001) uvádí, že asi 50 % lidí s tělesným postižením vyspívá tak dobře a přizpůsobuje se životním okolnostem vyrovnaně jako většina zdravých lidí. Podotýká ale, že mezi tělesně postiženými se vyskytuje přeci jen více jedinců bázlivých a otažitých, nevraživých a lítostných, s podlomeným nebo přepjatým sebevědomím.

3.2.1 Vrozené postižení

Stejně tak jako se vyvíjí dítě zdravé, vyvíjí se dítě s vrozeným postižením. Dojít

může pouze k tomu, že v některých vývojových fázích mu postižení limituje rozvoj určitých kompetencí.

Kojenecký věk

To, jak dítě prožije první rok svého života, má vliv na utváření základního postoje k životu. Postižené dítě potřebuje zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí, kdy zvlášť důležitý je citový vztah s matkou, který může být ale odlišný od normálu. Matka se na dítě buď nepřiměřeně upne, nebo jej odmítá z důvodu, že se s postižením dítěte nevyrovnala ona ani partner. Děti jsou pak vystaveny většímu riziku strádání v citové oblasti, kdy nemusí být citově akceptovány a kdy nemusí být přiměřeně stimulovány. Rodiče svým chováním také velmi často posilují apatii a pasivitu, která bývá u postižených dětí obvyklým jevem.

Batolecí věk

Velmi důležitý je v tomto věku rozvoj vlastní identity. Postižené dítě bude muset v životě překonat celou řadu překážek a způsob, jaký zvolí, spočívá ve výchovném postoji jejich rodičů. Ti se k nim ale často chovají jako k dětem mladším a přesto, že mívají mnohé kompetence rozvinuté, nepodporují jejich osamostatňování a jejich závislost považují za normální. Vzhledem k tomuto přístupu zůstávají tyto děti v mnoha směrech opožděné.

V tomto věku se stává také dítě nápadné a ostatní lidé si začínají všímat jeho odlišnosti, kterou doposud neviděli. Rodiče se musejí začít vyrovnávat s reakcemi svého okolí (Vágnerová, 2008).

Nástup do školy

Nástup do školy je označován jako důležitý mezník v životě jedince, kdy je u postižených dětí důležité posoudit jejich školní zralost a připravenost. V 6 letech je totiž malá část dětí s postižením zralá a připravená. Není ale problém udělit těmto dětem odklad školní docházky, aby své nedostatky vyrovnaly. Na připravenost má také vliv rodina a její prostředí, stejně jako zkušenosti, které dítě získalo v předškolním zařízení.

V roli školáka se dítě dostává do vyšší vývojové úrovně a škola pro něj začíná být místem, se kterým se určitým způsobem ztotožňuje (Vágnerová, 2001).

Ve škole dochází ke kontaktu s vrstevníky, což je pro vývoj dítěte důležité. Postižený jedinec získává první zkušenosti s postojem druhých lidí k postiženým, které nebývají vždy ohleduplné a pozitivní. Mohou se setkat s odmítáním a negativními reakcemi a postižené dítě začíná chápat svou odlišnost a omezené možnosti. Jelikož nemají většinou takové schopnosti a dovednosti, kterými by se mohly prosadit nebo získat přijatelnou pozici, hrozí riziko, že dítě bude ve třídě přehlížené, izolované, odmítané. Dojít může také k tomu, že dítě získá tzv. nesymetrickou roli, kdy sice není považován za rovnocenného, ale je třeba ho ochraňovat.

Pokud dochází ze strany menších zdravých dětí k nevhodnému chování k postiženému spolužákovi, lze to považovat jako jejich neznalost. U starších dětí to pak můžeme považovat jako kompenzaci vlastních problémů (Vágnerová, 2008).

Důležitou otázkou, kterou by se rodiče též měli zabývat, je vhodný výběr školy. Dítě může brát speciální školu jako důkaz své odlišnosti, kdy je pro něj začlenění do běžné základní školy potvrzením normality. Jde o otázku složitou, kdy je třeba zvážit výhody i nevýhody pro další vývoj dítěte (Vágnerová, 2001).

Dospívání

V tomto období si začíná jedinec více uvědomovat, jaká jsou jeho omezení v různých oblastech včetně začlenění do společnosti, přemýšlí o svých možnostech, o své hodnotě, hledá svou roli. Pokud si nedokáže vytvořit alespoň malý pozitivní sebeobraz, hrozí riziko, že dojde k deformaci v dalším vývoji jeho osobnosti i vztahům k ostatním lidem.

Důležité v dalším vývoji je také odpoutání se od rodiny, což je u postiženého adolescenta obtížněji dosažitelné, a to vzhledem k tomu, že nemusí mít všechny potřebné možnosti.

Významnou úlohu hraje u postiženého také jeho profesní role. Nabídka je ale v případě postižených jedinců dost omezená a zúžená a často nastává situace, že jejich představy jsou neuskutečnitelné. O jejich budoucnosti pak často rozhodují rodiče.

V průběhu života mohou jedinci postoj ke svému postižení změnit a dokázat svou kvalitu i přes postižení.

Může se u nich objevit potřeba vyniknout v nějaké aktivitě, nebo chtějí dosáhnout

úspěchu ve studiu, prostě užít si života, jak to jen jde (Vágnerová, 2008).

3.2.2 Získané postižení

Získané postižení představuje velké emoční trauma. U jedinců se objevují pocity smutku, sklíčenosti, je nešťastný, ztrácí naději, někdy se mohou objevit myšlenky zvýšené sebekritičnosti, odmítání sebe samého. Napadají ho myšlenky, že je druhým lidem na obtíž, cítí se společensky nepotřebný (Syřišťová a kol., 1989).

To, jak se jedinec svou situací přijme, závisí především na něm samém, na jeho vlastnostech, vývojové úrovni, ale také na jeho nejbližších.

Malé děti, pokud dojde k postižení v časném dětství, nedokážou pochopit změnu, která u nich nastala a většinou na ni reagují jako jejich rodiče (Vágnerová, 2008).

Dítě školního věku, bude prožívat ztrátu svých dosavadních schopností daleko tíživěji, než kdyby k němu došlo v časném dětství. Chápe totiž pohyb jako prostředek ke hře a k sociálnímu kontaktu jak s ostatními dětmi, tak s dospělými. V případě, že jde o postižení viditelné, nebo zasahuje tělesný zjev, dochází ve školním věku k ohrožení vědomí vlastního já a vlastní společenské hodnoty (Matějček, 2001).

Adolescenti a dospělí jsou schopni o důsledcích svého postižení přemýšlet a tím ovlivňují jejich další rozvoj, který se zpomalí nebo zproblematizuje. Většinou ale nejsou narušeny vztahy vytvořené se zdravou společností a přetrvávají u něj možnosti, které může později využít.

Rozeznáváme 4 druhy fází, kterými jedinec prochází při reakci na vzniklé postižení:

- a) Fáze latence – jedinec leží po úrazu v nemocnici, ale ještě neví, jaké následky si ponese a co se přesně stalo. Může mít strach, bolesti, ale věří, že se uzdraví a zpravidla neuvažuje o změně svého života. Nebývá o svém stavu ještě informován.
- b) Fáze pochopení traumatizující reality – u jedince nastává šok, jelikož je zřejmé, že se jeho stav nemění ani po absolvování dosavadní léčby. Nepřipouští si ale, že by se něco takového mohlo vůbec stát.
- c) Fáze protestu a smlouvání – život postiženého je pro jedince nepřijatelný.

Odmítá kontakt s lidmi, léčbu, nemá chuť žít. Může se stát, že obviňuje druhé lidi, lituje se, je beznadějný. Na druhou stranu se pomalu začíná se svým stavem smiřovat a hledá účinné řešení.

- d) Fáze postupné adaptace – v této fázi si člověk uvědomuje, k jakým zásadním změnám v jeho životě došlo, a že změnit to nelze. Učí se různým kompenzačním pohybům, orientaci v prostředí apod. Pokud se ve svém životě s nikým postiženým nesešel, neví co vše je schopen zvládnout a nevěří si. Může dojít také k tomu, že si potřebuje dokázat, že je schopen zvládnout víc, než je mu doporučováno (Vágnerová, 2008).

To, čím si jedinec se získaným postižením prochází, bychom mohli shrnout do tří slov – úzkost, strach a bolest. Neustále přemýšlí nad událostí, která způsobila jeho tělesné postižení, zkoumá ji ze všech stran.

Strach a úzkost často zužují jeho logické myšlení a vědomí, což se může projevit naříkáním, vztahovačností, bédováním, projevy agresivity, která je často směřována na ty, kteří se mu snaží pomoci (Syřišťová a kol., 1989).

„Úzkost a bolest jsou dvojčata“, tak to je výrok Wenkeho a Sauerbruda, který citoval v roce 1972 I. Hardi. Chtěl tím naznačit, *„že bolest vyvolává úzkost a ta zase zvyšuje pocit bolesti. Vytváří se tím bludný kruh, který zhoršuje psychický stav pacienta a přitíží léčbě“* (SYŘIŠŤOVÁ E. a kolektiv, *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Praha : Avicenum, zdravotní nakladatelství, 1989. str. 176)

Získaným postižením se změnil celý život jedinci. Tato změna je pro něj bezesporu velkou psychickou zátěží. Aby překonal veškerá úskalí, která s sebou postižení přináší, je důležité pojmout tuto změnu jako zkoušku nebo úkol, ve kterém má jedinec najít svůj nový smysl života a především si uvědomit to, jaké hodnoty jsou v životě člověka důležité.

3.3 Kvalita života jedince s tělesným postižením

V minulosti byl problém zvaný postižení dosti tabuizován a nebylo vhodné o něm zveřejňovat jakékoli informace. Lidé prakticky nevěděli nic o tom, jaké problémy, omezení či možnosti mají postižení lidé, pokud neměli takového jedince v rodině nebo se s ním nesetkali.

Tato neznalost vedla k tomu, že většina lidí viděla a dodnes vidí postižené šablonovitě a nebere v potaz, že i v této skupině existují individuální odlišnosti.

Na základě postojů společnosti k postižení je takovýto člověk zařazován do role postiženého, je chápán jako postižený a z jeho handicapu se stává hlavní označení jeho osobnosti (Had-Mousová, 2001).

Pokud budeme hovořit o tělesném postižení s viditelnou deformací zevnějšku nebo s nápadností pohybových projevů, můžeme říci, že je toto postižení společensky velmi determinováno. V případě, že se jedná o závažnější pohybové postižení, kdy jedinec není soběstačný a nedovede si osvojit některé společensky důležité dovednosti, je brán jako člověk s nízkou úrovní všech dovedností, i když má např. nadprůměrnou inteligenci a vyniká svými vědomostmi v určité oblasti.

Tělesně postižení bývají společností odmítáni také vzhledem k jejich tělesné odlišnosti, která spočívá např. v chybění končetiny, v deformaci, nebo v nápadně malém vzrůstu. Tito jedinci se pak stávají objektem posměchu a musí se vyrovnávat s negativními reakcemi zdravých lidí.

Postižený člověk si je ale vědom svých zdravotních problémů i svých omezení, ale nehodlá se smířit s tím, aby byl kvůli tomu postižený i sociálně (Vágnerová, 2008).

4. RODINA A ŠKOLA

4.1 Charakteristika pojmů rodina a škola

4.1.1 Rodina

*„Na rodinu pohlížíme jako na malou sociální skupinu, jejíž základní charakteristikou je vzájemná součinnost všech jejích jednotlivých členů. Ti jsou navzájem spjati řadou vztahů, mezi nimiž vztahy citové zaujímají dnes nepochybně přední místo. Poněvadž každý člen rodiny, kojenci počínaje a prarodičemi konče, je osobností, tj. svým způsobem jedinečnou, originální, svébytnou lidskou bytostí, je i rodina, kterou tvoří, nutně také individuálním, originálním, neopakovatelným společenským organismem. To platí o rodině s postiženým dítětem jako o každé jiné rodině“ (MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1986. str. 279).*

4.1.2 Škola

Průcha (2009) nachází skutečnou definici školy v německém Meyers kleines Lexikon – Pedagogik (1988):

*„Škola (Schule) – Instituce ve veřejném (státním) nebo soukromém vlastnictví, v níž jsou dětem a mládeži zprostředkovávány v systematickém vyučování vědomosti a dovednosti, jež jim mají umožňovat samostatné životní činnosti v rámci státního a společenského uspořádání. Školy to poskytují zpravidla v určitém vymezeném čase, nacházejí se nezávisle na střídání žáků a učitelů na stejném místě a orientují se na příslušné formy výchovy a vzdělávání. Usilují o uskutečňování vymezených cílů vzdělávání a výchovy“ (PRŮCHA, J., *Moderní pedagogika*. Praha : Portál, 2009. str. 389).*

4.2 Rodina s postiženým dítětem

Příchod dítěte do rodiny znamená bezpochybně změnu pro všechny členy rodiny. Příchod postiženého dítěte do rodiny je vystaven většímu výchovnému zatížení než do rodiny s nepostiženým dítětem (srov. Bartoňová, M 2005 b, Pipeková, 2010).

Každý handicap můžeme považovat za krizi celé rodiny. Na samém počátku je zasažena právě rodina, která se s problémem musí vyrovnat dřív, než dopadnou důsledky na postiženého člena rodiny (Novotná, Kremličková, 1997).

Pokud je dítě postiženo od narození, vyrovnává se rodina s touto skutečností od začátku, připravuje se na ni, učí se žít s takovým dítětem. V případě, kdy jde o postižení pozdější, získané, přichází po sdělení diagnózy hluboké zklamání a v hlavě se rodičům honí myšlenka, proč právě oni mají mít postižené dítě. Objevuje se pocit viny, selhání. Rodiče se musí začít vyrovnávat se ztrátou svých očekávání a ideálů. Rodina stojí před prověrkou svých adaptačních schopností a možností (Matějček, 1986).

„S faktorem nemoci se postupně vyrovnává každý z členů rodiny individuálním způsobem, většina rodičů ovšem prochází řadou stádií emočních reakcí. Považují pocity ztráty zdravého dítěte, na které se všichni těšili“ (PIPEKOVÁ, J., Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. str. 44).

Odborní pracovníci by měli rodičům vysvětlit, že jejich životní situace není neštěstí, ale životní zkouška a úkol, na kterém mohou cílevědomě pracovat. Mnozí rodiče jsou totiž mimořádně citliví na každou nemístnou poznámku nebo dotaz, v jiných případech zas vyžadují pro své dítě zcela neúčinné opatření nebo výhody.

Rodiče by ale měli brát jako fakt, že je o jejich dítě postaráno, a to na úrovni dnešní vědy a organizačních možností, a že i jejich budoucnost je zajištěna (Matějček, 1986).

Rodina dle Pipekové (2010) prochází při zjištění diagnózy několika fázemi.

První takovou fází je šok. Rodiče prožívají pocity derealizace a zmatku a jejich

reakce mohou být zcela nepřiměřené.

V druhé fázi, a to fázi zvané popření, přichází tzv. popření skutečnosti („není to pravda, „vyšetření bylo nedokonalé apod.)

Smutek, zlost, úzkost, pocit viny, tak to je typické pro fázi třetí, kterou rodiče procházejí. Hledají vinu u druhých, mají agresivní pocity, které vztahují buď na partnera, nebo na zdravotnický personál. Vztek jak na sebe, tak na celý svět, i to jsou pocity, které na rodiče doléhají. Velmi důležité je, aby se rodičům dostalo pomoci a aby mohli otevřeně vyjádřit všechny své pocity. Ani pro lékaře není jednoduché sdělit rodičům událost, která jim zřejmě změní celý jejich život. Důležité je při poskytování informací dostatek času na vysvětlování při rozhovoru s rodiči a také projevit zájem o ně samé. Neméně podstatné je poskytnout informace hned po narození dítěte a je nutné, aby byly pravdivé a nevzbuzovaly zbytečné naděje.

Ke snižování úzkosti a deprese a zároveň pokusu o racionální hodnocení situace přichází ve fázi rovnováhy. Začínají uvažovat, jak by se mohli aktivně účastnit na léčbě a pomoci.

Poslední stádium je stádium reorganizace. Rodiče přijímají situaci, vyrovnávají se s faktem nemoci a dítě přijímají takové, jaké je. V této fázi dochází také k rozchodům rodičů. Pokud je ale tato krize překonána, dochází ke stmelení rodiny a je posílena v jiných oblastech.

Posledního stádia však nedosáhnou všichni rodiče a nelze vyloučit odmítnutí dítěte s postižením, kdy se rodiče svého dítěte vzdají (Pipeková, 2010).

U postižených dětí jde především o to, aby rodiče svou situaci přijali vyrovnaně a dobře ji rozuměli. Stejně by tomu mělo být i u rodičů zdravých dětí a celé společnosti. Situace postiženého dítěte by se měla blížit situaci normálního dítěte v rodině a normálního jedince ve své společnosti (Matějček, 1986).

4.3 Sourozenci dítěte se zdravotním postižením

Narození postiženého dítěte může být zátěž nejen pro rodiče, ale i pro sourozence.

Rodiče by měli přijatelně vysvětlit problém postižení mladšího nebo staršího sourozence. Zdravý sourozenec si pak začíná osvojovat určité strategie zvládnutí tohoto sourozeneckého vztahu. Většinou přijímá ochránářskou roli, jejíž součástí je nutnost podpory a ochrany svého postiženého sourozence.

Nebezpečí se může stát při soustředění rodičovské pozornosti na dítě s postižením. Může se však stát i opačný extrém, kdy se centrem zájmu stává zdravé dítě. Oba tyto přístupy mohou na zdravého sourozence klást nepřiměřené požadavky, které není schopné zvládnout. Je nutné, aby žádné z dětí nebylo nepřiměřeně zatíženo a vystaveno nesplnitelným nárokům.

Neméně podstatné je úměrně dělit čas každému dítěti zvlášť, vysvětlovat různé situace a mluvit o nich, aby nedošlo k dohadům a pochybnostem (srov. Bartoňová, M. 2005 b, Pipeková, J, 2006).

4.4 Vzdelávání postiženého dítěte, jeho integrace a legislativa upravující vzdělávání žáků s tělesným postižením

Vzdělávání žáků s tělesným postižením se řídí zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a vyhláškami č. 116/2011 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních a č. 147/2011 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Dle vyhlášky č.147/2011 Sb. se mohou žáci se zdravotním postižením, tedy i s tělesným, vzdělávat formou individuální integrace, skupinové integrace, ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením nebo kombinací uvedených forem.

Individuální integrace znamená vzdělávání žáka v běžné základní škole nebo škole speciální, která je určena pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.

Skupinová integrace znamená vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo skupině. Tyto prostory jsou zřízeny pro žáky se zdravotním postižením v běžné základní škole

nebo ve škole speciální určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení (vyhláška č.147/2011 Sb.).

Žáci, kteří nejsou nebo nemohou být integrováni, se vzdělávají ve školských institucích pro tělesně postižené děti a mládež.

Jsou jimi:

- speciální mateřská škola pro tělesně postižené
- speciální základní škola pro tělesně postižené
- zvláštní škola pro tělesně postižené
- pomocná škola pro tělesně postižené
- gymnázia pro tělesně postižené
- obchodní akademie pro tělesně postižené
- odborné učiliště pro tělesně postižené
- střední školy různého typu pro tělesně postižené
- odborné školy různého typu pro tělesně postižené
- praktické školy (Renotierová,2003)

Nástup do školy je obdobím, kdy se dítě pomalu ztotožňuje se svou novou rolí školáka a u žáka s handicapem zároveň nabývá na významu jeho specifická, individuální role postiženého. Ta může být zdůrazněna integrací do běžné školy (odlišnost od ostatních spolužáků) nebo zařazením do speciální školy pro postižené děti. Rodiče by měli zvážit mnoho okolností, než se rozhodnou, jakou vzdělávací formu pro dítě zvolí (Vágnerová, 2001).

Velmi důležité je na začátku školní docházky zjistit, zda se dítě může pohybovat samo, nebo jen s cizí pomocí. Celé prostředí školy by mělo být uzpůsobeno tak, aby byl žák co nejméně závislý na pomoci druhých lidí (šatna, toalety apod.) „*Mobilita jedinců s tělesným postižením velmi podstatně ovlivňuje kvalitu jejich života a je základním předpokladem jejich úspěšné sociální interace*“ (VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 2004. s. 186).

Slovo integrace můžeme v dnešní době slyšet mnohem častěji než v letech minulých, ale určitě by se mělo myslet na to, že ne pro každého jedince s tělesným postižením je tento způsob vzdělávání vhodný.(Vágnerová, 2001)

5. PRACOVNÍ REHABILITACE TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH A MOŽNOSTI REKVALIFIKACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

5.1 Pracovní rehabilitace tělesně postižených

Mezi jednu z ohrožených skupin na trhu práce, kterým se poskytuje zvýšená péče, patří také jedinci se zdravotním postižením.

Dle zákona o zaměstnanosti mají tito jedinci právo na tzv. pracovní rehabilitaci.

Tou se rozumí „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené.*

Pracovní rehabilitaci zajišťuje úřad práce a hradí náklady s ní spojené. Pracovní rehabilitaci zajišťuje úřad práce místně příslušný podle bydliště osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky, nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu.

Zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti“ (zákon.č. 435/2004 Sb .par. 69 pracovní rehabilitace).

Být zaměstnaný má v životě velký význam jak pro člověka zdravého, tak také pro člověka s postižením. Zaměstnání zajišťuje existenci, nezávislost, sebeurčující život, účast na společenském životě, rozvoj, odpovědnost.

Jedinci s postižením se ale při hledání zaměstnání setkávají s mnoha překážkami. Ty mohou být různého druhu, ale mezi hlavní se řadí nedostatečná kvalifikace, nedostatek kompetencí, dále potom předsudky a to nejen ze strany zaměstnavatele, ale i celé společnosti.

Na postižené se nahlíží jako na jedince, kteří pracovat nemohou, nejsou schopni, jsou často nemocní, nebo pracovat nechtějí. Není jim přitom ani dána předem možnost, ukázat co umí, co dokážou.

Mělo by se ale brát v potaz, že stejně tak, jako jsou mezi zdravými lidé, kteří pracovat chtějí a nechtějí, stejně tomu je tak i u postižených.

Další z překážek je i nedostatek informací nebo nepřesné informace. Často dochází k tomu, že jak zaměstnavatelé, tak postižení neví kde a jak hledat. Ze strany zaměstnavatelů dochází k tomu, že neví, co obnáší zaměstnat člověka s postižením. Zdravotně postižení zase nemají informace, jak a kde práci hledat, jak se o ni ucházet, nebo kde najít pomoc a podporu (Pipeková, 2010).

Problémem u tělesně postižených při hledání zaměstnání je také fakt, že mnohdy nejsou všechny budovy bezbariérové a zaměstnavatelé se ani nesnaží o to, aby k tomu své prostory upravili.

„V oblasti zaměstnávání osob s tělesným postižením je důležitá spolupráce s odbornými pracovišti, jako rehabilitačními centry, ergonomickými, ergoterapeutickými a sociálně rehabilitačními pracovišti. Důležitou roli zde také mohou hrát osobní asistenti, kteří poskytují své služby při studiu, přípravě na povolání, při zaměstnání i při zajištění podmínek pro kvalitní život v domácím prostředí. Důležitou roli v zaměstnávání osob s tělesným postižením sehrávají výrobní družstva, chráněné dílny, chráněná pracoviště, systém podporovaného zaměstnávání, podniky zaměstnávající převážně osoby se zdravotním postižením. Různé nabídky jak pracovní, tak i poradenské, vzdělávací a doškolovací nabízejí také různá občanská sdružení a další organizace tělesně postižených.“

(<http://www.praceprozp.cz/hledani-prace/seznam-zvlaste-vhodnych-pracovnich/telesna-postizeni.html>).

5.2 Rekvalifikace a podpora zaměstnávání tělesně postižených

„Rekvalifikace je označení pro získání nové kvalifikace nebo rozšíření stávající kvalifikace uchazeče o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání. Při určování obsahu se vychází z dosavadní kvalifikace, zdravotního stavu, schopností a zkušeností fyzické osoby, která má být rekvalifikována formou získání nových teoretických a praktických

dovedností v rámci dalšího profesního vzdělávání. Je součástí aktivní politiky státu.“
(<http://cs.wikipedia.org/wiki/Rekvalifikace>)

Podle zákona o zaměstnanosti č.435/2004 Sb. mohou být osobám se zdravotním postižením zajištěny specializované rekvalifikační kurzy, které jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace.

Co se podpory zaměstnávání osob s tělesným postižením týká, stát v rámci aktivní politiky poskytuje zaměstnavatelům příspěvky na zřízení chráněného pracovního místa, chráněné pracovní dílny, společensky účelného pracovního místa a příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Chráněné pracovní místo

Chráněné pracovní místo je takové místo, které je vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením, a to na základě písemné dohody s úřadem práce. Doba provozování takového místa musí být nejméně 2 roky ode dne sjednaného v dohodě.

Chráněná pracovní dílna

Chráněná pracovní dílna je takové pracoviště zaměstnavatele, které je na základě dohody s úřadem práce vymezené a přizpůsobené k zaměstnávání osob se zdravotním postižením a v průměrném ročním přepočtu je zde zaměstnáno nejméně 60 % zaměstnanců se zdravotním postižením.

Společensky účelné pracovní místo

Společensky účelnými pracovními místy chápeme taková místa, jež zaměstnavatel zřizuje nebo vyhrazuje na základě dohody s úřadem práce. Obsazována jsou takovými uchazeči, kterým nelze zajistit jejich uplatnění jiným způsobem. Rozumí se jím i takové pracovní místo, které je po dohodě s úřadem práce a uchazečem o zaměstnání sjednáno za účelem výkonu samostatně výdělečné činnosti. Příspěvek se poskytuje především na uchazeče ze skupin, jimž je věnována zvýšená péče při zprostředkování zaměstnání, tedy i zdravotně postižené jedince.

Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Tento příspěvek se poskytuje zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají více jak 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců.

(zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti)

EMPIRICKÁ ČÁST

6. JAK SE ŽIJE S VROZENÝM A ZÍSKANÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

6.1 Metody a cíle šetření

V praktické části, jejímž hlavním cílem bylo analyzovat vliv vrozeného a získaného postižení na život a vývoj jedince, bylo využito kvalitativní metody. Pro získání potřebných informací bylo použito polostandardizovaného rozhovoru, kdy jsou jednotlivé životní fáze osob popsány pomocí kódovací metody. Předem byly připravené otázky, které směřovaly na zjištění postižení, na pobyt v nemocnici, na přijetí postižení jedincem, zaměstnání, vztahy, rodinu a na život s handicapem.

Dílčí cíle práce jsou:

- jak na jedince působí dlouhodobý pobyt v nemocnici
- do jaké míry ovlivnilo postižení daného jedince
- jak je těžké najít pro postiženého zaměstnání
- jak se ke zjištění postižení postavila rodina
- zda může žít tělesně postižený jedinec plnohodnotný život jako zdravý člověk

6.2 Případové studie

Případová studie 1

Jméno: paní A.

Narozena: 1977

Věk: 34 let

Diagnóza: pseudoachondroplasia a epifyzární dysplazie

Celková charakteristika:

Paní A. je menší a štíhlé postavy. Žije se svým manželem a synem v panelovém domě v malém městečku. Pracuje jako učitelka v mateřské škole. Od narození trpí nemocí zvanou epifyzární dysplazie, kdy ve třech letech byla zjištěna pseudoachondroplasia. Život s handicapem zvládá sama, bez větších problémů a hodně času věnuje rodině.

Rodinná anamnéza

Paní A. vyrůstala v bezproblémové rodině s o rok mladší sestrou. V rodině nikdo jiný žádné podobné postižení neměl a dodnes nemá.

Osobní anamnéza

Paní A. se narodila v roce 1977 jako prvorozená dcera zcela zdravým manželům. Do tří let, kdy si rodiče všimli zpomalení růstu, neměla žádné větší zdravotní problémy.

Po čtyřech letech stálého hledání, jak své dceři pomoci, se rodiče dozvěděli o panu profesorovi z Fakultní nemocnice na Bulovce. Byli pozváni ke konzultaci a po celkovém vyšetření lékař konstatoval, že jako první bude muset odoperovat kyčelní klouby, u kterých diagnostikoval epifyzární dysplazii (vrozené postižení). Poté pak začne s prodlužováním dolních končetin.

Život v nemocnici

V nemocnici prožila více méně celé své dětství, na které ale vzpomíná jen v dobrém slova smyslu. Po celou dobu se k ní veškerý personál choval jako její druhá

rodina. Našla si tam mnoho kamarádů, se kterými ale zcela ztratila kontakt a dokonce jí prý i trochu zamrzelo, když ji chtěli pustit na pár dní domů na propustku.

Do školy v té době chodila v nemocnici, kde probíhala standardní výuka.

Trápení či nadhled

Především díky přístupu rodičů a lidí, které kolem sebe má, si své postižení nikdy nepřipouštěla, i když někdy musí dělat malé ústupky. Považovala ho a stále považuje jako součást svého života. V dětství navštěvovala běžnou základní školu, jezdila s dětmi na školy v přírodě, tábory i na lyžařský výcvik. Nikdo jí nikdy nedával znát, že je odlišná od ostatních. Samozřejmě se setkávala i s okamžiky, kdy zaslechla připomínky na svou osobu, ale nikdy se kvůli tomu netrápila. Lidskou hloupost nikdo a nic nezmění, tak proč se kvůli tomu trápit.

Zaměstnání

Po základní škole se dostala na Střední odbornou a manažerskou školu v Sokolově, kterou úspěšně ukončila maturitou. Ani zde neměla se svým handicapem nikdy žádný problém. Brali ji opět takovou, jaká je. Po ukončení studia byla v evidenci úřadu práce, kdy po třech měsících dostala nabídku na zaměstnání přímo z úřadu práce a nastoupila coby zprostředkovatelka zaměstnání.

Dostala na starosti skupinu lidí se zdravotním postižením, kterým se věnovala šest let. Pracovní pozice byla pro zaměstnavatele v souvislosti s jejím handicapem určitým přínosem, a to především v tom, že se dokázala racionálně vcítit do pozice nezaměstnaného handicapovaného člověka. V době, kdy byla nezaměstnaná a sháněla práci sama, hrál její handicap zjevně velkou roli, neboť o lidi se zdravotním postižením zaměstnavatelé moc velký zájem nemají.

Vztahy

Paní A. je vdaná a její manžel, se kterým žije již jedenáct let, v jejím postižení žádnou chybu nehledá. Velmi si ho váží a je jí ve všem velkou oporou. Ne vždy tomu tak ale s muži bylo. Pár mužů se jejího handicapu zaleklo. Ale ani tato zkušenost ji nevedla k tomu, aby zhořkla nad svým životem a začala se ubírat do ústraní. Naopak si uvědomila, že pokud ji muž nebude brát takovou jaká je, nestojí za žádné slzy ani trápení.

Rodina

Rodiče paní A. se k jejímu postižení postavili od začátku čelem. Vychovávali ji stejně jako její sestru a vedli k tomu, že i přes problémy, které má, může dělat vše jako ostatní, pokud se na to bude sama cítit.

Dnes má již svoji rodinu a syna, který vzhledem k jejímu postižení přišel na svět císařským řezem. Tato operace pro ni byla, dle jejích slov, ta nejúspěšnější v celém jejím životě.

U syna se v pěti letech projevilo nemocnění kostí, ale jiného, ne tak závažného, druhu, jako má paní A. Se svým manželem pro něj dělali to nejlepší, jako dělali její rodiče pro ni.

Život s handicapem

Paní A. žije zcela plnohodnotný život a ve svém postižení žádný problém nevidí. Člověk by měl ve svém životě hledat především pozitiva a ne se trápit něčím, co změnit stejně nejde. Otázky typu „proč právě já“ ničemu nepomohou, nic nevyřeší a vedou člověka tzv. ke dnu. Touto cestou ale paní A. nikdy nešla a jít ani nechce.

Za svůj přístup k životu s tělesným postižením vděčí zejména rodičům a lidem, které měla a má kolem sebe.

Případová studie 2

Jméno: pan P.

Narozen: 1985

Věk: 26 let

Diagnóza: paraplegie

Celková charakteristika:

Pan P. je vyšší štíhlé postavy. Po úraze žije společně se svými rodiči v rodinném domě, jelikož ještě není, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, schopen žít sám. Pracoval u celní správy, ale v současné době pobírá invalidní důchod 3. stupně.

I přesto, že utrpěl vážné poranění míchy a je na invalidním vozíčku, přijal vše s obdivuhodným nadhledem.

Rodinná anamnéza

Pan P. vyrůstal v bezproblémové rodině s o pět let starší sestrou. Postižení žádného druhu se v rodině nikdy nevyskytovalo.

Osobní anamnéza

Pan P. se narodil jako druhorozený syn zdravým rodičům v roce 1985. Od základní školy hodně sportoval a závodně hrál basketbal. Před dvěma lety utrpěl úraz, poranil si míchu a od té doby je na invalidním vozíku.

Život v nemocnici

Po úraze byl 15 dní hospitalizován na JIP ve FN v Plzni. V tomto období byl většinou pod tlumícími léky, ale i přesto vnímal prostředí kolem sebe. Jeden z nejhorších zážitků z tohoto oddělení, pro něj byla smrt ženy po autonehodě, která ležela vedle něj. Naopak za nejhezčí okamžik z této doby považuje to, když ho odpojili od veškerých přístrojů a hadiček a on mohl začít mluvit. Po této hospitalizaci byl převezen do FN Motol, na oddělení spinální péče. Zde ležel 2 měsíce. Tento pobyt

vnímal velmi pozitivně a s péčí, které se mu tam dostávalo, byl velmi spokojený. Po ukončení pobytu v této nemocnici byl hned přijat do rehabilitačního střediska v Kladrubech. Zde strávil 7 měsíců, a jak sám říká, velmi mu tento pobyt prospěl a jeho zdravotnímu stavu hodně pomohl.

Kdyby měl shrnout, co vnímal jako nejvíce negativní na pobytech v nemocnici, tak to byla určitá bezmoc, kdy si musel říkat z počátku o jakoukoli pomoc. Naopak pozitivně na něj působil přístup a ochota veškerého personálu.

Trápení či nadhled

S lidmi na vozíčku se setkal poprvé před pěti lety, kdy se tento samý úraz stal jeho známému. Tenkrát ho velmi obdivoval, jak se dokázal s tou velkou změnou ve svém životě vypořádat a sám byl přesvědčený, že on by tuto situaci nezvládl.

O svém skutečném zdravotním stavu po úraze se dozvěděl až ve FN Motol. Při pobytu v plzeňské nemocnici si, následkem tlumících léků, stále myslel, že končetinami hýbe. Po zjištění, jak to s ním tedy skutečně je, rozhodně nezačal truchlit. Naopak se pustil do usilovné rehabilitace, aby pro své zdraví udělal maximum.

Velkou podporou mu v této době byla jak jeho rodina, tak jeho tehdejší přítelkyně. Jí především vděčí za to, kde dnes je a jak vše dokázal zvládnout.

Jednou jedinkrát mu ale slza přeci jen ukápla, a to při sledování basketbalového zápasu v televizi. Tehdy si uvědomil, že on už se jako hráč basketbalu nikdy nikde neobjeví. Dnes už má ale jiný sportovní cíl, a to takový, že se stane prvním hráčem golfu s tímto druhem postižení. Jeho přátelé se dokonce složili a on si pořídil vozítko, které mu tento sport umožní hrát.

Zaměstnání

V současné době pobírá invalidní důchod 3. stupně a o práci zatím nepřemýšlí. Plně se soustředí na svou rehabilitaci.

Před úrazem pracoval u celní správy, kde mu stále drží místo, i když už ne v uniformě. Velmi potěšen byl nejen tím, že mu je pracovní místo stále drženo, ale také finanční částkou, kterou jeho kolegové vybrali, aby mu umožnili delší pobyt

v rehabilitačním zařízení, který mu velmi prospěl.

Vztahy

Dva roky před úrazem žil společně se svou přítelkyní a byli spolu ještě dva roky po nehodě. Zranění pana P. nesla tehdy velmi špatně a musela jí být nasazena antidepressiva. I přesto mu ale dokázala dát všechno, co v té době potřeboval. Psychická podpora z její strany pro něj znamenala velmi hodně.

Před několika týdny si řekli, že zkusí žít každý sám, ale nerozešli se rozhodně ve zlém. Zůstávají z nich stále dobří přátelé.

Rodina

Rodiče těžce zvládali zdravotní stav svého syna po úrazu, ale stejně jako jeho tehdejší přítelkyně mu dali v době, kdy to nejvíce potřeboval to nejdůležitější, oporu.

Chovají se k němu tak, jak chce on, aby se k němu chovali – jako před úrazem.

Život s handicapem

Svým stavem se rozhodně netrápí a žije stejně tak, jako žil před úrazem, pouze s tou výjimkou, že mu k životu přibyl voziček. Říká, že vždycky může být lépe, když si člověk jde za tím, čemu věří. A pan P. věří, že se jednou na nohy postaví, ať už s pomocí něčeho nebo někoho, ale postaví.

Případová studie 3

Jméno: paní J.

Narozena: 1979

Věk: 32 let

Diagnóza: choroba CMT neboli Charcot-Marie-Tooth (dědičná neuropatie)

Celková charakteristika

Paní J. je střední postavy. Žije s přítelem v bezbariérovém bytě panelového domu a živí se jako podnikatelka. Ve třech letech se u ní projevilo onemocnění, které zdědila po své matce. Život na vozíčku zvládá téměř sama, ráda cestuje, čte, chodí do společnosti a vzhledem ke své společenské povaze je velmi oblíbená.

Rodinná anamnéza

Paní J. vyrůstala ve funkční rodině, bez sourozence. Chorobu CMT zdědila po své matce. Matka má lehčí průběh nemoci, do 50 let života byl pohyb bez pomoci kompenzační pomůcky s viditelnou deformací dolních končetin.

Osobní anamnéza

Paní J. se narodila v roce 1979, těhotenství proběhlo bez komplikací, na svět přišla císařským řezem. V dětství prodělala běžné dětské nemoci.

Ve třech letech života se projevily první znaky choroby CMT – častěji padala, zakopávala, problémy se stabilitou (nutnost se něčeho přidržovat). Podstoupila vyšetření na neurologii, později na genetice, kde byla choroba potvrzena. Rodičům byla doporučena hospitalizace ve FN Motol, tu odmítli – nemělo jít o běžnou léčbu, ale o provedení vědeckého výzkumu. Následovala rehabilitace v rámci běžného každodenního života.

Paní J. do svých 15. let života zvládala chůzi bez opory, později musela chodit pomocí dvou francouzských holí.

Choroba se postupně zhoršovala, objevily se první známky deformace dolních končetin – v 25. letech podstoupila ortopedickou operaci dolních končetin. Výsledkem bylo odstranění deformace a zpevnění kotníků. Během rekonvalescence došlo k ochabnutí svalstva na dolních končetinách – francouzské hole nahradil mechanický

invalidní vozík.

Dosud neexistuje specifická léčba CMT. Doporučuje se rehabilitace a přiměřená tělesná aktivita k udržení svalové síly a vytrvalosti.

Trápení či nadhled

Paní J. žije plnohodnotný život, věnuje se i adrenalinovým volnočasovým aktivitám. Se svým tělesným handicapem se naučila žít tak, že si ho nepřipouští, i když jí v některých směrech omezuje (např. překonávání architektonických bariér).

Rodiče paní J. vychovávali jako běžné zdravé dítě, bez úlev. Svoji výchovou ji vedli k soběstačnosti, nespoléhat se na druhé. V dětském kolektivu byla pro svůj handicap odstrkována, i přesto se dokázala prosadit. Je velmi komunikativní, společenská, optimistické nálady, extrovert. Přes svůj handicap se snaží pomáhat druhým lidem, aby lépe překonali své životní útrapy.

Zaměstnání

Po absolvování základní školy byla přijata na Integrovanou střední školu a učiliště v Dobrušce do učebního oboru technicko-administrativní pracovnice. Po získání výučního listu nastoupila do maturitního oboru management strojírenství.

Po zdárném ukončení středoškolského studia si podala přihlášku na Univerzitu Hradec Králové. Na základě přijímacího pohovoru byla přijata k dálkovému bakalářskému studiu v oboru sociální patologie a prevence.

Původně si podala přihlášku ke studiu na Policejní akademii ČR, pro tělesný handicap jí toto studium nebylo doporučeno – jednou z podmínek pro přijetí je projití testů z fyzické zdatnosti. Paní J. se chtěla stát kriminalistkou.

Následovalo dvouleté magisterské studium v oboru sociální pedagogika. Souběžně si rozšířila způsobilost v oboru speciální pedagogika a pedagogické minimum.

Během vysokoškolského studia vedla poradnu pro rodiče a blízké drogově závislých dětí. Účastnila se řady výzkumných projektů, např. sexualita mentálně postižených, sexuální zneužívání osob se zdravotním handicapem. Byla členem několika akademických spolků.

Po ukončení vysokoškolského studia nenastoupila do řádného zaměstnání, podstoupila ortopedické operace dolních končetin.

Paní J. je společenská, ke svému životu potřebuje kontakt s okolím, začala úspěšně podnikat.

Vztahy

Paní J. na sebe vždy pohlížela jako na „zdravou“ ženu, měla dostatečné sebevědomí, byla vyrovnaná se svým vzhledem, usměvavá. V tomto duchu přistupovala i k mužům, vyhledávala společnost „zdravých“ mužů. Nikdy nepomyslela, že by si k sobě měla hledat partnera se zdravotním handicapem.

Žije s přítelem, který má z předchozího vztahu 2 dospělé děti, se kterými má paní J. bezproblémový vztah. Svého přítele si velmi váží, je jí oporou, bere ji takovou jaká je, v tělesném handicapu nevidí problém pro trvalý společný život. Svatbu neplánují.

Snadno navazuje nová přátelství.

Rodina

Paní J. je svobodná, žije v trvalém partnerském vztahu. Vlastního potomka neplánuje, existuje 50 % pravděpodobnost přenosu choroby CMT. Přijde jí nezodpovědné přivést na svět stejně postižené dítě.

Se svými rodiči má krásný funkční vztah. Otcí částečně pomáhá s péčí o matku, která prodělala onkologické onemocnění.

Život s handicapem

Paní J. bere život s handicapem jako jakýsi přínos, výzvu něco dokázat. Váží si maličkostí, raduje se z drobností. Každý den si naplno užívá, nemá ráda stereotyp a životní nudu. Má ráda nová poznání, nové výzvy. Nesnáší sebelítost ani lítost od druhých lidí.

Případová studie 4

Jméno: pan M.

Narozen: 1976

Věk: 35

Diagnóza: respondentem nesdělena

Celková charakteristika:

S panem M. bylo velmi obtížné sjednat schůzku k rozhovoru. Nakonec se termín domluvit povedl, i když průběh setkání probíhal, ze strany pana M., ve velmi napjaté atmosféře.

Pan M. je vysoké sportovní postavy. Od dětství hodně sportoval, zakládal si na tom, že musí být stále v dobré kondici. Vystudoval strojní průmyslovou školu, po jejímž ukončení nastoupil jako strážník městské policie. Při zaměstnání si doplnil vzdělání a od policie městské přestoupil k policii státní.

Se svými rodiči nikdy moc nevycházel, jejich vztahy nepatřily a nepatří k těm nejlepším, a dále o nich hovořit nechtěl.

Několik let žil s dívkou, která zesnula zaviněním pana M, při autohavárii. Dodnes se s touto událostí nedokázal vyrovnat.

Před dvěma lety byl nakažen prasečí chřipkou, kdy jen málo kdo dával šanci jeho uzdravení. V průběhu nemoci mu 4x selhalo srdce, špatně pracovaly vnitřní orgány a v důsledku špatné a nedostatečné rehabilitace dolních končetin se už nikdy nepostaví.

Když došlo na otázku, jak těžké pro něj bylo a zřejmě stále je přijmout fakt, že ke svému životu bude již nadále potřebovat invalidní vozík, pan M. se odmlčel a zahleděl se neznámo kam. Po chvíli hrobového ticha se otočil a oznámil, že toho na něj bylo dnes už dost, a že na toto téma, ač si myslel, že to zvládne, hovořit dál nedokáže. Byl požádán, zda by rozhovor mohl být dokončen v jiný den, až se bude cítit lépe. Na tuto otázku odvětil, že si není zcela jist, zda dokáže dál o svém postižení hovořit a jedině, co může slíbit je to, že pošle vzkaz, jak se ve věci rozhodl. Svůj slib splnil, ale se vzkazem, že o svém postižení s nikým mluvit nechce a nebude.

Autorka od své sestry, která schůzku s panem M. sjednala, ví, že pan M. po své nemoci odboural vztahy se svými blízkými i kamarády a jediní lidé, s kterými je

v kontaktu, jsou ona, její přítel a rodiče jeho zesnulé dívky. Velmi těžko se vyrovnává se ztrátou své přítelkyně a na přijetí života s postižením už mu mnoho sil nezbyvá. I tak se mu ale snaží být se svým přítelem oporou a věří, že jednou přijde den, kdy se pan M. znovu otevře a najde nový smysl svého života.

6.3 Závěr šetření

Praktická část bakalářské práce přibližuje život jedinců jak s vrozeným, tak získaným tělesným postižením. Jak ovlivnilo postižení samotného jedince a jak se s touto skutečností vyrovnala jejich rodina.

Případová studie paní A. a paní J., jejichž postižení jsou vrozená, u paní J. dokonce dědičné, vypovídá o tom, že obě ženy jsou silné osobnosti. Své postižení považují za součást svého života a obě žijí takřka plnohodnotný život. Velký podíl na jejich postoji k postižení má bezesporu výchovný přístup rodičů, kteří se k postižení svých dcer postavili čelem a zvolili výchovu zcela stejnou jako u dítěte zdravého. Ve svém postižení nevidí žádný problém, stejně tak jako ho nevidí ostatní lidé v jejich okolí. Svým postojem k postižení si vybudovaly takové místo ve společnosti svých přátel, známých a kamarádů, že na ně není nahlíženo jako na jedince jiné – postižené.

Další případová studie pana P. ukazuje, že i pokud jedinec vyrůstal jako zdravý a postižení přišlo v pozdějším věku, jako získané, lze ho díky správnému přístupu rodiny a okolního prostředí přijmout s patřičným nadhledem. Pan P. po sdělení prognózy o svém zdravotním stavu nezahořkl nad svým životem, ale veškerou svou sílu a čas začal věnovat usilovné rehabilitaci. Věřící, že se jednou opět postaví, ač už sám, nebo s pomocí nějaké kompenzační pomůcky. Za nadhledem pana P. stojí zcela určitě podpora rodičů, přítelkyně, přátel, spolupracovníků, ale také jeho osobnost, která se v této nelehké životní situaci ukázala jako silná a vyrovnaná.

V případové studii pana M. jde o zcela opačný případ. Nikdy nevyrůstal v harmonické rodině, se svými rodiči si nikdy nerozuměl. Člověk, který pro něj znamenal v životě velmi mnoho, a který mu byl takřka rodinou, zahynul při autohavárii, kterou pan M. zavinil. Pro pana M. to byl v životě zlom, se kterým se dodnes nedokázal vyrovnat. V jeho nelehké životní situaci ho zasáhla nemoc, kdy mu už téměř nikdo nedával šanci na přežití. Pan M. vyhrál nad zákeřnou chorobou, ale jen z části. Nikdy už

nebude chodit. Vyrovnat se s touto skutečností se pan M. zatím nedokáže. V jeho životě sehrálo velkou roli více nepříznivých okolností, pan M. nad svým životem zahořkl a nedokáže v něm najít jeho nový smysl. I přes snahu svých přátel odboural takřka veškeré vztahy s nimi a ve svém životě se před okolním světem více méně uzavřel.

Z uvedených životních příběhů vyplývá, že velký vliv na to, jak se jedinec se svým postižením vyrovná, má nejen osobnost jedince, rodina, zvolený způsob výchovy, postoj okolního prostředí, ale i další životní okolnosti jedince. Pokud vyrůstá člověk ve funkční a harmonické rodině, kde cítí lásku a podporu, ať jde o postižení vrozené, nebo získané, je pro něj mnohem jednodušší přijmout své postižení, než u jedince, jehož vztah s rodiči se neubírá tím správným směrem. Důležitý je také přístup a postoj prostředí kolem daného jedince, a to v případě jak vrozeného tak i získaného postižení. Pokud ale nastane v životě člověka se získaným postižením další neočekávaný zlom, se kterým se jen těžko vyrovnává, je pro takového jedince, i přes kladný postoj jeho okolí, velmi těžké přijmout novou životní roli, a to roli tělesně postiženého.

ZÁVĚR

Každý člověk má svůj životní příběh, svou cestu, která utváří jeho osobnost, ať už hovoříme o jedinci zdravém či postiženém.

Velký podíl na utváření osobnosti má v první řadě rodina. Opomenout nelze ani společenské prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, pozitivní či negativní životní zážitky, školu, kamarády či zájmy.

Pokud budeme hovořit o rodině a jejím významu při utváření osobnosti u jedince s vrozeným tělesným postižením, je beze sporu důležité, jaký postoj zaujmou sami rodiče k postižení svého dítěte a jaký styl výchovy zvolí. Pokud bude dítě již od počátku svého života přijímáno a milováno takové jaké je, bude cítit lásku a bude k němu přistupováno jako k sobě rovnému, přijme dítě své postižení jako součást svého života. Naučí se s ním žít, bude si umět svého zdraví vážit, jeho osobnost bude mít pevné základy. Takový jedinec může přijmout své postižení jako výzvu. Výzvu ve smyslu ukázat, že ač je postižený, má také své sny, přání, představy, životní cíle, za kterými si jde a mnohdy možná ještě s větším úsilím než zdravý jedinec.

Ne každému se ale této podpory ze strany rodičů dostane. Z takových jedinců pak vyrostou lidé neprůbojní, uzavření nebo naopak agresivní a zahořklí.

Postižení získané je pro člověka beze sporu velká psychická zátěž. Změnil se život nejen jemu, ale zasáhl i život jeho rodiny, přátel, známých, kolegů. K překonání této životní změny je důležité, jak silnou a vyrovnanou osobností jedinec je, ale také podpora a přístup rodiny a jeho okolí.

Stejně tak jako u postižení vrozeného, ne každému se této podpory dostane a ne každý je osobností silnou. Takový člověk pak těžko nachází nový smysl svého života a raději se uzavírá a uniká do světa hořkosti a trápení.

Jak bylo již v úvodu práce zmíněno, život je dar, a to ten největší, který může člověk dostat. Dar, ze kterého by se měl radovat a ne smutnit nad tím, že není tak dokonalý, jak by si přál. A pokud už ta „nedokonalost“ spočívá v tělesném handicapu, neměl by to považovat za něco špatného, ale naopak to brát jako zkoušku či výzvu, která má nejen jemu, ale i ostatním lidem ukázat, jaké hodnoty jsou v dnešní uspěchané době skutečně důležité. Pro jednoho to může být zdraví, pro druhého láska, pro jiného zase víra nebo umět pochopit a být chápán.

Tělesné postižení je pojem zahrnující celou řadu různých onemocnění, a to jak s viditelnou deformací, tak i bez ní. Postoj společnosti k této skupině lidí se od minulých let hodně změnil. Dříve nebylo vhodné hovořit či dokonce zveřejňovat nějaké informace o postižených lidech. Pokud se nějaké postižení neobjevilo v rodině či okruhu blízkých přátel, lidé téměř nic o životě postižených jedinců nevěděli. Málkdo si asi dokázal představit, že i mezi postiženými jsou individuální rozdíly, a že i tělesně postižený jedinec může mít nadprůměrnou inteligenci nebo vynikat v různých oblastech, jako např. v umění či sportu. Mnohdy se také stávalo, že tělesně postižení bývali terčem posměchu a urážek zdravých lidí. Dnes se společnost snaží tento pohled na tělesně postižené změnit. Pořádají se benefiční koncerty, vzniklo spoustu občanských sdružení a nadací, které se snaží podpořit a zkvalitnit život tělesně postižených. Téměř ve všech státních institucích se vybudovaly bezbariérové přístupy, vznikly pracovní místa vyhrazená pro postižené jedince, společnost se snaží integrovat postižené děti do běžných škol. Lidé jsou k postiženým jedincům ohleduplnější a vstřícnější.

Stále zde ale převládá určitá norma tělesné krásy, a pokud jde o tělesné postižení především s viditelnou deformací, lze i v současné době říci, že je v určitých směrech toto postižení společensky determinováno.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na tělesné postižení, na jeho druhy, příčiny, osobnost tělesně postiženého jedince, rodinu a vztah společnosti k tělesně postiženým, včetně vzdělávání a zaměstnávání těchto jedinců.

V praktické části jsou uvedeny čtyři životní příběhy jedinců, jak s vrozeným, tak získaným tělesným postižením. Cílem bylo zjistit, do jaké míry ovlivnilo postižení samotného jedince, jak se s postižením vyrovnala rodina a zda může i tělesně postižený jedinec žít plnohodnotný život.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1 vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303

MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. 1 vydání. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08-011-86.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3 přeprac. vydání. Jinočany : H&H Vyšehradská s.r.o., 2001. ISBN - 80-86022-92-7

MUDr. MEČÍŘ CSc., M. *Pečujeme o nemocné dítě*. 1 vydání. Praha: Avicenum, 1988. ISBN - 08066-88

MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*. 1 vydání. Praha : UJAK, 2010. ISBN - 978-80-7452-001-3

MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. 1 vydání. Brno : Masarykova univerzita, 1994. ISBN - 80-210-1009-6

NOVOTNÁ, M; KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1 vydání. Praha: SPN-Pedagogické nakladatelství, 1997. ISBN - 80-95937-60-3

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3 přeprac. a rozšíř. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN - 978-80-7315-198-0

PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 4 aktualiz. a dopl. vydání. Praha : Portál, 2009. ISBN - 978-80-7367-503-5

RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1 vydání. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. ISBN - 80-224-0532-6

SYŘIŠŤOVÁ, E. a kolektiv, *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším*

somatickým postižením. 1 vydání. Praha : Avicenum,zdravotní nakladatelství, 1989.

ISBN - 08-052-89

VÁGNEROVÁ, M.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z.; ŠLECH, S. *Psychologie handicapu*. dotisk. Praha : Univerzita Karlova, 2001. ISBN - 80-7184-929-4

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4 rozšíř. a přeprac. vydání. Praha : Portál, 2008. ISBN - 978-80-7367-414-4

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2 rozšíř. a přeprac. vydání. Brno : Paido, 2004. ISBN - 80-7315-071-9

vyhláška č. 147/2011 Sb., *o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*.

zákon č. 435/2004 Sb., *o zaměstnanosti*

zákon č. 561/2004 Sb., *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*

INTERNETOVÉ ZDROJE

Každý desátý občan ČR se řadí mezi osoby se zdravotním postižením[online]. Helpnet. Design by ANAWEB. Created by CZI, s.r.o., 2008 [cit. 2011-07-15]. ISSN 1802-5145. Dostupné z:<http://www.helpnet.cz/aktualne/15718-3>

Osoby s tělesným postižením[online]. Práce pro ZP[cit. 2011-07-15]. ISSN 1802-5145. Dostupné z:<http://www.praceprozp.cz/hledani-prace/seznam-zvlaste-vhodnych-pracovnich/telesna-postizeni.html>

Rekvalifikace. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. 2011-05-22 [cit. 2011-08-06]. Dostupné z:<http://cs.wikipedia.org/wiki/Rekvalifikace>

Tělesné postižení jako následek úrazu u dospělých [online]. Brno, 2009. Dostupné z: www.is.muni.cz/th/246861/pedf_b/Bakalarska_prace.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita

Tělesné postižení. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. 2010-06-07 [cit. 2011-07-15]. Dostupné z: http://www.wikipedia.org/wiki/Tělesné_postižení

Zdravotní postižení. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. 2012-01-14 [cit. 2011-07-15]. Dostupné z: http://www.wikipedia.org/wiki/Zdravotní_postižení

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Andrea Štětínová

Obor: speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinované

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

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 41

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 17

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 6

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann