

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

Taťána Olejníčková
Speciálně pedagogická andragogika

ADAPTACE OSOB S TĚLESNÝM HANDICAPEM
ZÍSKANÝM PŘI MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTECH

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Iveta Tichá

Olomouc 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury. Použitou literaturu jsem citovala.

V Olomouci dne 15.6.2012

.....

Tat'ána Olejníčková

Motto:

Jakkoli se může stát, že vážná nemoc narušila váš životní rytmus, neznamená to, že vedle problému, kterému musíte čelit, jsou vaše síla a moudrost bezvýznamné.

Jessie Grumanová

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr.et Mgr. Ivetě Tiché za čas, vstřícnost a připomínky při zpracování tohoto tématu. Dík patří i mé rodině za podporu a trpělivost po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD	6
1 MIMOŘÁDNÁ UDÁLOST	8
1.1 TYPY MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTÍ	8
1.1.1 Sociální	8
1.1.2 Technické	9
1.1.3 Živelné pohromy	9
1.2 SEZNAM NĚKTERÝCH "STANDARDNÍCH" SITUACÍ, POPIS MOŽNÝCH ZÁSAHŮ DLE DEFINIC	9
1.2.1 Požár	9
1.2.2 Živelní pohroma	10
1.2.3 Únik nebezpečných látek	10
1.2.4 Technická pomoc	10
1.2.5 Záchrana osob a zvířat	11
1.2.6 Ostatní mimořádná událost	11
1.2.7 Planý poplach	11
1.2.8 Jiné, zatím neurčeno	11
1.2.9 Dopravní nehoda	12
1.2.10 Pracovní úraz	12
2 PSYCHOSOCIÁLNÍ KRIZE	14
2.1 TRAUMATICKÁ UDÁLOST	14
2.2 REAKCE NA STRES	15
2.3 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA	15
2.4 POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ	15
3 HANDICAP Z HLEDISKA VÝVOJE JEDINCE A ADAPTACE JEDINCE	16
3.1 VROZENÝ A ZÍSKANÝ TĚLESNÝ HANDICAP /POSTIŽENÍ/	16
3.2 POHYBOVÁ POSTIŽENÍ	18
3.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ ADAPTACE JEDINCE SE ZÍSKANÝM POSTIŽENÍM	18
4 KVALITA ŽIVOTA OSOB S POSTIŽENÍM	22
4.1 OBJEKTIVNÍ A SUBJEKTIVNÍ KVALITA ŽIVOTA	22
4.2 VNITŘNÍ A VNĚJŠÍ ČINITELÉ OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU NAŠEHO ŽIVOTA	22
4.3 SEBEPOJETÍ	24
5 REHABILITACE TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH OSOB	27
5.1 REHABILITACE LÉČEBNÁ	28
5.1.1 Fyzikální terapie	28

5.1.2	<i>Léčebná tělesná výchova (LTV)</i>	28
5.1.3	<i>Ergoterapie</i>	29
5.1.4	<i>Psychoterapie a psychorehabilitace</i>	29
5.1.5	<i>Arteterapie</i>	29
5.2	SOCIÁLNÍ REHABILITACE	29
5.2.1	<i>Fáze narušeného vývoje</i>	30
5.2.2	<i>Fáze permanentního, potencionálně ohroženého vývoje</i>	30
5.2.3	<i>Metody sociální rehabilitace zdravotně postižených</i>	31
5.3	PRACOVNÍ REHABILITACE	31
5.4	PEDAGOGICKÁ REHABILITACE.....	32
6	KOMPENZAČNÍ POMŮCKY	34
6.1	TECHNICKÉ MOŽNOSTI A KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO TĚLESNĚ POSTIŽENÉ.....	34
6.1.1	<i>Kompenzační pomůcky dle kritérií:</i>	34
6.1.2	<i>Vozíky</i>	34
6.1.3	<i>Počítače</i>	35
7	PROCES ADAPTACE A INTEGRACE OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	36
7.1	REKVALIFIKACE A PODPORA ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	36
7.2	FORMY REKVALIFIKACE	37
7.2.1	<i>Náklady rekvalifikace</i>	37
7.2.2	<i>Podpora zaměstnávání osob s tělesným postižením</i>	38
7.3	PŘÍSPĚVKY PRO OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	39
8	PŘÍPADOVÉ STUDIE	42
8.1	OBDOBÍ, POSTUP A METODY	42
8.2	VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE	43
8.2.1	<i>Případová studie č. 1</i>	43
8.2.2	<i>Rozhovor:</i>	43
8.2.3	<i>Případová studie č. 2</i>	45
8.2.4	<i>Rozhovor:</i>	46
9	ZÁVĚR	50
10	SEZNAM LITERATURY	51
10.1	LITERÁRNÍ ZDROJE.....	51
10.2	DALŠÍ ZDROJE:.....	52

ÚVOD

V této bakalářské práci se zaměřuji na prvotní reakce dospělých osob se získaným handicapem při mimořádné události a následně na ucelenou rehabilitaci těchto osob, určenou ke zkvalitnění jejich dalšího života, i když největší rizikovou skupinou úrazů jsou stále děti a dospívající osoby.

Bakalářská práce se věnuje péči a možnostem osob s tělesným postižením, které získaly jako následek úrazu. V dnešní době patří do nejnebezpečnějších situací, kdy můžeme své zdraví ohrozit trvalými zdravotními následky, jednoznačně sport a nedbalost či podceňování nebezpečí při vykonávání různých činností. Ovšem mezi nejčastější případy se řadí autohavárie a pracovní úrazy.

Ke zpracování této bakalářské práce jsem použila v teoretické části analýzu studované literatury a v praktické části potom analýzu rozhovoru s mužem postiženým pracovním úrazem a dále se ženou, která byla zachycena vlakem.

Cílem práce je náhled na problematiku získaného tělesného postižení, vyrovnávání se s novou životní situací a možnosti adaptace a integrace jedince s trvalým postižením do společnosti z pohledu ucelené rehabilitace.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MIMOŘÁDNÁ UDÁLOST

„Mimořádná událost je nenadálý, částečně nebo zcela neovládaný, časově a prostorově ohraničený děj, který vznikl v souvislosti s provozem technických zařízení, působením živelných pohrom, neopatrným zacházením s nebezpečnými látkami nebo v souvislosti s epidemiemi“ (Vejběra, Martinek, Zeman, 1996, s.6)

V obecné rovině rozumíme mimořádnou událostí veškeré společenské či jinak významné události, které nějakým způsobem vstupují do našeho života, ať už se jedná o významné jubileum, svatbu, narození dítěte a podobně.

Podle zákona 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, rozumíme mimořádnou událostí „škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činnostmi člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“

„Krizovou situací rozumíme stav, kdy jsou ohroženy životy a zdraví občanů, životní prostředí, majtkové hodnoty, veřejný pořádek nebo hospodářství, případně stav vnějšího ohrožení státu jako důsledek ozbrojeného konfliktu, teroristické akce nebo jiné akce ohrožující stabilitu státu“. Podle zákona 240/2000 Sb. o krizovém řízení si můžeme definovat také krizovou situaci, kterou se stane mimořádná událost, u níž je vyhlášen stav nebezpečí, nouzový stav nebo stav ohrožení státu.

1.1 Typy mimořádných událostí

Mimořádné události rozdělujeme podle dvou základních zdrojů ničivých sil, a to člověka a přírody. Příkladem přírodních mimořádných událostí jsou povodně, tektonická a sopečná činnost, tornáda, sněhové kalamity a jiné.

Typy neštěstí, které byly způsobeny člověkem, můžeme dělit na:

1.1.1 Sociální

Sociálními mimořádnými událostmi jsou válečné konflikty, kdy dochází k boji o moc, terorismus, ale může se také jednat o velké ekonomické krize, kdy může docházet k nedostatku zdrojů na přežití. Nedostatek vody a potravin. Epidemie nakažlivých nemocí.

1.1.2 Technické

Pro technické mimořádné události jsou typické průmyslové havárie (úniky nebezpečných škodlivin, nebezpečí radioaktivního zamoření, smog a podstatné zhoršení kvality ovzduší) nebo dopravní nehody, vlaková neštěstí nebo letecké katastrofy.

1.1.3 Živelné pohromy

Živelnými pohromami rozumíme takové mimořádné události, které jsou neovladatelné, neboť vznikají v důsledku působení přírodních ničivých sil (záplavy a povodně, vichřice, sněhové kalamity, sopečná činnost nebo sesuvy půdy).

Další klasifikace mimořádných událostí je podle počtu zasažených osob:

- Individuální - přímou obětí je jednatel (přepadení, znásilnění, rukojmí)
- Omezené hromadné neštěstí – maximálně 10 zasažených osob
- Rozsáhle hromadné neštěstí – následkem je více než 10 zraněných či zasažených osob, ale maximální počet nepřesahuje 50 jedinců
- Katastrofa – pohroma velkého rozsahu, která má za následek více než 50 postižených (Baštecká, 2005, s. 14, 15)

Baštecká rozlišuje ještě mimořádné události na:

- náhlé (povodně, zemětřesení)
- záměrné (vyvolané válečné konflikty)
- náhodné (zpravidla technického charakteru)
- předvídatelné (hladomory v době sucha, epidemie po povodních)

Samozřejmě se můžeme setkat i s jiným členěním, podle různých se názorů autorů a jejich klasifikačních parametrů.

1.2 Seznam některých "standardních" situací, popis možných zásahů dle definic

1.2.1 Požár

Za požár se dle definice vyhlášky 246/2001 považuje každé nežádoucí hoření, při kterém došlo k usmrcení nebo zranění osob nebo zvířat, ke škodám na materiálních hodnotách nebo životním prostředí a nežádoucí hoření, při kterém byly osoby, zvířata, materiální

hodnoty nebo životní prostředí bezprostředně ohroženy. Za požár se považují také výbuchy hořlavých par, plynů a prachů bez následného plamenného hoření.

1.2.2 Živelní pohroma

Zásah u události spojený s likvidací následků přírodních jevů. Událost "živelní pohroma" se dále upřesňuje těmito podtypy:

- Povodně, záplavy, deště
- Sníh, námraza
- Větrná smršť
- Sesuvy půdy
- Ostatní

Živelní pohroma byla od 1. ledna 2010 zrušena, tyto zásahy se nyní vedou jako technická pomoc.

1.2.3 Únik nebezpečných látek

Zásah u události spojený s nežádoucím uvolněním nebezpečných chemických látek včetně ropných produktů během výroby, dopravy nebo manipulace, a ostatních látek. Zásah k omezení nebo snížení rizika nekontrolovaného úniku hořlavých, výbušných, žíravých, jedovatých, zdraví škodlivých, radioaktivních a jiných nebezpečných látek, ropných produktů případně ostatních látek do životního prostředí (zemní plyn, kyseliny a jejich soli, louhy, čpavek apod.).

Událost "únik nebezpečných látek" se dále upřesňuje těmito podtypy:

- Na pozemní komunikaci
- Do půdy
- Na (do) vodní plochu(y)
- Do ovzduší

1.2.4 Technická pomoc

Zásah u události vedoucí k odstranění nebezpečí nebo nebezpečných stavů.

Událost "technická pomoc" se dále upřesňuje těmito podtypy:

- Otevření uzavřených prostor
- Likvidace hmyzu
- Destrukce objektu
- Náhrada nefunkčního zařízení
- Odstraňování překážek
- Čerpání vody
- Měření koncentrací
- Spolupráce se složkami Integrovaného záchranného systému
- Asistence u sportovních a kulturních akcí

1.2.5 Záchrana osob a zvířat

Událost "záchrana osob a zvířat" se dále upřesňuje těmito podtypy:

- Z výšky, z hloubky
- Podzemní prostory
- Uzavřené prostory, výtah
- Zasypané, zavalené
- Z vody

1.2.6 Ostatní mimořádná událost

Událost "ostatní mimořádná událost" se dále upřesňuje těmito podtypy:

- radiační nehoda, havárie
- evakuace a ochrana obyvatel
- jiné

1.2.7 Planý poplach

1.2.8 Jiné, zatím neurčeno

Událost "jiné, zatím neurčeno" se dále upřesňuje těmito podtypy:

- zatím neurčeno

- technologický test
- zlomyslné volání

Podle statistik je nejčastější mimořádnou událostí, se kterou se občan může setkat, je dopravní nehoda.

1.2.9 Dopravní nehoda

Zásah u události mající charakter činností spojených s odstraňováním následků kolize dopravních prostředků. Druh dopravní nehody se zařídí podle převažujícího charakteru nehody. Pokud v činnosti jednotky převládají jiné práce, např. z důvodu úniku nebezpečné látky do životního prostředí, klasifikuje se tento zásah dle převažujícího charakteru. Dopravní nehoda s následným požárem patří vždy do kategorie požár. Za dopravní nehodu se považují i případy, kdy jednotka pouze dopravní prostředek vyprošťuje z prostorů mimo komunikaci (odtažení vraků, vozidlo sjeté mimo komunikaci apod.), odstraňuje pouze drobné následky nehody (očištění komunikace nebo odstranění úniků látek - provozních náplní vozidel apod.).

Událost "dopravní nehoda" se dále upřesňuje těmito podtypy:

- Vyproštění osob
- Uvolnění komunikace, odtažení
- Úklid vozovky
- Únik provozních kapalin
- Železniční
- Letecká

1.2.10 Pracovní úraz

Z obecného hlediska bychom mohli považovat za mimořádnou událost též pracovní úraz. Definice pracovního úrazu je obsažena v §380 odst. 1-3 Zákoníku práce.

a) Pracovním úrazem pro účely tohoto zákona je poškození zdraví nebo smrt zaměstnance, došlo-li k nim nezávisle na jeho vůli krátkodobým, náhlým a násilným působením zevních vlivů při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním.

b) Jako pracovní úraz se posuzuje též úraz, který zaměstnanec utrpěl při plnění pracovních úkolů.

c) Pracovním úrazem není úraz, který se zaměstnanci přihodil na cestě do zaměstnání a zpět.

Základní skupiny zdrojů pracovních úrazů:

1. Dopravní prostředky
2. Zdvihadla a dopravníky, zvedací a dopravní pomůcky
3. Stroje (hnací, pomocné, obráběcí, pracovní)
4. Pracovní, případně cestovní dopravní prostory (pády osob)
5. Materiál, břemena, předměty
6. Náradí, nástroje, ručně ovládané strojky a zařízení
7. Průmyslové škodliviny, horké látky, oheň, výbušniny
8. Kotle, nádobí a vedení (potrubí) pod tlakem
9. Elektřina
10. Lidé, zvířata a přírodní živly
11. Jiné zdroje

Nejčtenějším zdrojem pracovních úrazů je manipulace s materiálem a břemeny – působení ostrých hran, vyčnívající hroty, pád předmětů, drobné odlétnuvší úlomky z materiálů nebo při rozbití předmětů.

Dalším zdrojem pracovních úrazů byly pracovní, případně cestovní dopravní prostory. Patří sem hlavně pády osob na rovině, žebříky a výstupy a pády osob na nich a z nich nebo u ostatních zvýšených pracovišť pády osob z výše.

Jako třetí v pořadí se uvádí skupina dopravních prostředků a to motorové silniční dopravní prostředky a nemotorové dopravní prostředky vnitropodnikové (na koleji i bez).

2 PSYCHOSOCIÁLNÍ KRIZE

Pojem krize je v našem životě považován za něco negativního a tudíž nežádoucího. Pojem krize se nám objevuje ve všech oblastech naší existence. V soukromém životě (např. manželská krize), v ekonomice, v krizovém managementu (pokles parametrů na úroveň vzniku nebezpečí), ale i v literatuře (vyvrcholení dramatického děje) a v neposlední řadě v medicíně, kde je rozhodující, zda nemoc zvítězí nebo ustoupí.

V životě se můžeme krizi vyhnout, tzn., že se nepotkáme s nijakou mimořádnou událostí nebo naopak se s ní střetneme. I když v obou případech dojdeme do „stejně cíle“, v druhém případě budeme určitě o poznání bohatší. Prožití krizové situace nám dává možnost lépe poznat její zákonitosti a díky tomu nám nemusí hrozit takové nebezpečí, jaké by hrozilo v případě nevědomosti o existenci mimořádné události a jejím dopadu.

2.1 Traumatická událost

Trauma je slovo řeckého původu. V překladu je to rána či zranění jak fyzického tak duševního rázu. Rozumíme tím „extrémně intenzivní, často nečekanou událost budící hrůzu (např. požár obydlí, záplava, zneužití, znásilnění, havárie, pokus o vraždu), která zanechává v osobnosti trvalou změnu – tzv. engram (vtisk), který je vybavitelný při analogické situaci“ (Kohoutek, 2008).

Čtyři základní charakteristiky situací, které mohou způsobit trauma (Vodáčková a kol., 2002):

- Příčina přichází z vnějšku
- Je extrémně děsivá
- Navozuje prožitek ohrožení života, tělesné či duševní integrity
- Navozuje pocit bezmocnosti

Událost, která splňuje tyto charakteristiky, se liší od každodenních problémů, na které se musíme adaptovat. Na někoho může událost působit neutrálně a jsou jedinci, pro které je silně stresující. Je to vždy individuální a nazýváme to adaptační kapacitou. Proto je někdy těžké vyhodnotit, zda člověk psychosociální pomoc potřebuje či ne.

Osobnost, která vnímá situaci jako ohrožující, má sklon upevňovat v sobě buď tzv. „naučenou bezmocnost“ (lidé, kteří se pravidelně dostávají do situace, kterou nemají možnost svým chováním ovlivnit a pokud tuto možnost najednou dostanou, tak neví jak s ní naložit). Opakem je tzv. „hledáčská aktivita“. Už z názvu je patrné, že tyto osoby hledají

nejlepší způsob jak nepříjemnou událost řešit. Je pro ně typické, že při dosažení jednoho cíle si určují další. Hledají hranice svých možností.

2.2 Reakce na stres

Reakce na stres je obranná reakce, která ovlivňuje náš vegetativní systém. Přichází bezprostředně po traumatické události a může trvat ještě 2-3 dny. Reakce může být pasivní tzv. „pozice mrtvého brouka“ – chráníme se tím jako bychom nebyli. Opačná reakce je reakce aktivní, kdy rychle mobilizujeme síly, abychom se mohli bránit. Naši reakci ovlivňuje spousta faktorů a už zmíněná schopnost adaptace.

2.3 Posttraumatická stresová porucha

Je to reakce na stres, která se může projevovat měsíce i roky po traumatické události. Dochází ke změnám nejenom v rovině emoční, ale i sociální a fyzické.

Posttraumatická porucha bývá doprovázena (Baštecká, 2005):

- Znovuprožíváním postiženému se dělá fyzicky a psychicky špatně, když mu „něco“ připomene traumatickou událost.
- Vyhýbáním se všemu co mu událost připomíná lidem, místům, aktivitám. Vzniká zde neschopnost určitých citových projevů a pozitivního plánování.
- Zvýšenou dráždivostí na nenadále podněty. Postižený má stále pocit, že mu hrozí nebezpečí, je nesoustředěný, má problémy se spánkem, má návaly hněvu a lehce se vyleká.

2.4 Posttraumatický rozvoj

Traumatická událost nemusí přinášet jen negativní dopady, ale může být důvodem nebo příležitostí k duševnímu růstu. Je to opak posttraumatické poruchy. Mění se kognitivní i emoční život jedince. Rozvoj adaptační úrovně. Osobnost dozrává. Je to dlouhodobý proces, který může přejít k životní filosofii.

3 HANDICAP Z HLEDISKA VÝVOJE JEDINCE A ADAPTACE JEDINCE

Handicap – zdravotní postižení /tělesné či duševní/ lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému, v důsledku čehož dochází k omezení, narušení nebo ztrátě některé ze standardních funkcí stěžující a omezující život „osoby se znevýhodněním“.

V somatopedii lze osoby s poruchou hybnosti vyčlenit na jedince s tělesným postižením, jedince s nemocí a jedince se zdravotním oslabením. (Rentiérova, 2002, Kábele, 1993, Jonášková 2001)

Tělesná postižení jsou definována jako „...vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností.“ Může se tak stát na základě nemoci, úrazu či dědičnosti. (Kraus, Šandera, 1975, s.6)

3.1 Vrozený a získaný tělesný handicap /postižení/

Tělesná postižení se též klasifikují podle doby vzniku na získaná či vrozená (Rentiérova, Bendová, 2005):

- a) Vrozená tělesná postižení mají různou intenzitu závažnosti. Dochází zde často ke kombinujícímu postižení, ať se již jedná o smyslové vady či poškození mentálních schopností. Vrozená tělesná postižení vznikají vlivem dědičnosti nebo jako důsledek nepříznivé situace, kterou může být prodělání různého infekčního nebo parazitujícího onemocnění matky v těhotenství. Dále se na vzniku vrozeného tělesného postižení může podílet rentgenové záření, různé metabolické poruchy matky nebo nedostatečné množství vitamínů, minerálů a stopových prvků v potravě a další faktory jako sociální, psychologické či klimatické vlivy. Za vady vrozené se též považují vady dědičné, o které se jedná jen tehdy, (Monatová, 1994, s. 55) „*vyskytuje-li se vada, porucha u více členů téže rodiny nebo se v daném rodu i v minulosti prokazatelně projevovala*“
- b) Získaná tělesná postižení vznikají jako následek úrazu či nemoci a mohou vzniknout v jakémkoli věkovém období. Mezi nejzávažnější patří poruchy hybnosti,

- c) vzniklé následkem poškození míchy nebo mozku, případně některých vážných a obtížně vyléčitelných či dokonce smrtelných onemocnění jakými jsou kupříkladu progresivní svalová dystrofie či revmatismus.

Vzhledem k tomu, že každá společnost vytváří estetická měřítká pro tělesnou krásu (i když někdy nevhodně – např. nadměrná štíhlost ve světě modelek), tak i my máme vztah ke svému tělu. Lidé s postižením jsou více vnímaví vůči jakékoliv abnormalitě nebo nedostatečnosti a to s sebou někdy nese i tíživé až depresivní pocity. Člověk s postižením se může začít odmítat a to ho začne brzdit v další životní pouti. Největší tlak na lidskou psychiku je v období úrazu, kdy dojde k postižení a tudíž k určité vzhledové odlišnosti a funkční nedostatečnosti a ze zdravého člověka se stane ze dne na den tzv. „člověk nezdravý“. Pro člověka, který do té doby neměl žádné větší zdravotní problémy a kterému i přes veškerou zdravotní péči zůstane tělesné postižení, je tato situace ještě horší. Znamená to pro ně zásah do kvality života. Dochází k omezení aktivit. Toto se negativně promítne do rodinné, profesní, osobní i sociální stránky jejich života. Může dojít k rozpadu rodiny, ztrátě existenčního zajištění a v neposlední řadě ke změně sociálních postojů, zvláště když se jedná o postižení viditelné – deformace obličeje, amputace nebo deformace končetin, či po úrazech mozku nebo míchy (paraplegie, tetraplegie, kvadruplegie).

Někteří jedinci se vyrovnávají s následky traumatu rychle a vytvoří si podmínky pro další život, je to však velmi individuální. Co je pro někoho malý, drobný problém, může být pro druhého nepřekonatelnou bariérou a komplikací. Pokud dojde důsledkem úrazu k potížím s pamětí, tak je práce s nimi daleko složitější. Prožívají pocity vykořenění, nejsou schopni dát věci do souvislostí, je tam absence impulsů pro jejich postoje a názory. Je schopný je akceptovat, ale není schopný se rozpomenout, kde je získal a odkud přicházejí. To vše dokládá, že musí začít znovu budovat, a to na zprostředkované minulosti se směřováním do budoucnosti. Adaptace takových lidí je samozřejmě daleko složitější a zdoluhavá a někdy se svým traumatem nevyrovnají po celý život a tudíž nejsou schopni ho plnohodnotně prožít.

Často se setkáváme s otázkou co je horší, zda člověk, který se již s postižením narodil nebo ten, který postižení získal. Je to jen chabý pokus porovnávat objektivně neporovnatelné.

3.2 Pohybová postižení

Pohyb lze definovat jako „...souhrn veškerých pohybů živého organismu, pohybů reflexních, mimovolních i řízených (volních), ať již probíhají jako jednotlivé pohybové dovednosti nebo automatické pohybové návyky.“ (Edelsberger, 2000, s. 194).

Podle Renotierové (2002) dělíme poruchy hybnosti na tři stupně, a to na lehkou, střední a těžkou poruchu hybnosti:

- mobilní jedinec vykonává samostatný pohyb (je schopen chůze)
- částečně mobilní jedinec – odkázán na pomoc další osoby při výkonu chůze, možno použít ortopedické a kompenzační pomůcky (jako hole, berle, chodítka apod)
- imobilní jedinec – neschopen pohybu za pomoci ortopedických pomůcek, ani s dopomocí další osoby.

Podle Jonáškové (2001) můžeme dělit poruchy na primárně a sekundárně vzniklé a to z pohledu zdravotnického.

a) „Primárně vzniká porucha hybnosti důsledkem přímého poškození samotného pohybového ústrojí v souvislosti s jeho vadným vývojem, úrazem nebo nemocí“.

b) „Sekundárně vzniká porucha hybnosti, není – li poškozen samotný hybný orgán, ale nemocí je zasažen jiný orgán, přitom však průběh nemoci je takový, že pohyb znemožňuje, resp. že se v terapii této nemoci uplatňuje kontraindikace pohybu“.

Pohyb patří k základním životním projevům člověka a provází ho při všech jeho činnostech a umožňuje mu účastnit se těchto činností. Pohyb proto znamená život. (Monatová, 1997)

3.3 Psychosociální adaptace jedince se získaným postižením

Murphy (2001) podotýká: Jak říká Simone de Beauvoir, tělo není věc, entita oddělená od mysli a od zbytku světa, ve kterém se nachází. Tělo je také soubor vztahů, jež spojují vnější svět a mysl v systém. Merleau-Ponty to ilustruje odkazem k jevu „fantomové končetiny“, falešné představy člověka po amputaci, že stále má chybějící paži nebo nohu. Píše: To v nás, co odmítá zmrzačení a postižení, je já odkázané do určitého fyzického a mezilidského světa, které navzdory handicapům a amputacím neustále tíhne ke svému světu, a které je tudíž de iure neuznává. Člověku po amputaci chybí víc než končetina: chybí

mu také jedna z jeho konceptuálních vazeb ke světu, kotva samé jeho existence. U převážné většiny jedinců se získaným postižením došlo k traumatu v produktivním věku, kdy náhlá ztráta nejen pracovní výkonnosti, ale také pohyblivosti, soběstačnosti, rovnováhy, vlády nad procesem vyměšování i pohlavní aktivity znamená zhroucení dosavadních jistot, představ, životních plánů a očekávání, jež jsou vlastní každému člověku i jeho blízkým.

Postižení můžeme chápat jako náročnou životní situaci, neboť lidé s postižením mají ztížené životní postavení. Jsou často chápáni jako „jiní“, protože jejich postižení je viditelné. Ti, kteří až tak viditelné postižení nemají, jsou mimo zájem /nepatřičné pohledy na ulici apod./, nicméně je v nich vnitřní boj, že jejich postižení bude odhaleno a budou objektem všímavosti okolí.

To vše zvyšuje stres a frustraci nebo naopak pocit bezradnosti, méněcennosti a neužitečnosti.

Adaptace na postižení závisí na hloubce a stupni postižení a na osobnosti postiženého jedince. I lehčí stupeň tělesného postižení může způsobovat těžší poškození psychiky, pokud se s ním osoba hůře vyrovnává (Vágnerová, 2004).

Každý jedinec prožívá situaci individuálně, ale vždy je to pro něj silné emoční trauma a může se u něj projevit tzv. posttraumatický syndrom (dále PTSD) jako následek traumatické zkušenosti. Důležitým faktorem je, v kterém období života k postižení došlo. Vrozené vady omezují vývojové možnosti, kdežto vady získané zasahují do vývoje méně, neboť funkce se vyvíjely až doby získání postižení normálně.

V době po úraze nastávají 3 typické fáze, kterými jedinec se získanou vadou prochází (Vágnerová, 2001):

- 1. fáze latence** - tato fáze je provázena hlavně nedostatečnou informovaností, věděním o úraze, který se stal. Přesto však nedostatečným smýšlením o tom, co se přesně stalo a především jaké následky bude mít vzniklá situace. Jedinec zatím neuvažuje o změnách svých plánů a hodnot, které měl před úrazem. Jeho hlavním cílem je opětovný stav úplného zdraví.
- 2. fáze pochopení** - jde o fázi, kdy si jedinec uvědomuje a chápe současnou realitu svého stavu. Je podrobován následnou lékařskou péčí a s tím souvisejícím programem rehabilitací. Trvá však delší dobu (u každého pacienta je tato doba individuál-

ní) než sám pochopí, že se nikdy zcela neuzdraví. Situace je doprovázena typickým šokem z tohoto pochopení, duševní otřes, někdy prolínána silnou úzkostí. Tento prožitek trvá u každého jedince různě dlouhou dobu. Pro pacienta je jediným a nej-jednodušším řešením popření celé situace. Může nastat i to, že si postižený jedinec přestává rozumět se svým okolím, vyhýbá se sociálním kontaktům vůbec. Vše může vyvrcholit i myšlenkami na smrt. Většinou se postupem času smiřuje se svým stavem.

- 3. fáze postupné adaptace** - tato fáze zahrnuje schopnost pacienta učit se kompenzačním způsobům pohybu, sebeobsluhy, orientace v prostředí, jistotě v interakčním styku se svým okolím apod. To vše je pro něho nové a neznámé. V této fázi jedinec s jistotou akceptuje danou situaci. Připouští si změny, které nastaly. Uvědomuje si, že na tom nic nezmění.

Psychický vývoj jedince je závislý na uspokojování jeho potřeb. Při nedostatečném a dlouhodobém neuspokojení potřeb jedince může docházet k deprivaci. Jedinec si stále zvyká na novou roli a proto je nutná účast celé rodiny. Je potřeba, aby rodina pokud možno jela v zajetých kolejích a žila nadále tzv. „normálním životem“, vytvářela příjemné a radostné prostředí a pokud možno nedávala najevo smutek a trápení. Aby toto rodina překonala, je nutné, sami byli v dobré tělesné, zdravotní, ale hlavně duševní kondici (Matějček 2001). Pokud to osobě s postižením dovoluje handicap, je dobré, aby se vrátil ke svým koníčkům nebo si našel zájmy nové. Někdy je tendence jedince být na zdravé okolí nespravedlivý a rozzlobený.

Je potřeba, abychom mu pomohli najít nový smysl života. Mění se mu hierarchie hodnot a musí zvládat mnoho překážek. Tato situace vyžaduje dlouhou dobu a velké úsilí, proto je potřeba mu pomoci vybudovat si sebedůvěru na zvládání všech bariér a budovat si dostatečnou sebedůvěru. Je úspěch, pokud to začne brát jako životní výzvu a dokázat se zpátky začlenit do společnosti jako rovnoprávný občan. Někteří však využívají svého handicapu k manipulaci s ostatními, hledají si výhody pro sebe a nutí okolí, aby k nim bylo shovívavější a citlivější. Tady hrozí, že se jedinec začne utápět ve své sebelítosti a přestane na sobě pracovat.

Citát Abrahama Lincolna nebyl myšlen přímo na občany s handicapem, ale myslím, že by stálo za to jej zmínit. Je poplatný všem lidem, s postižením i bez postižení.

„Slabé nelze posílit tím, že oslabíme silné. Nelze vybudovat charakter, vezmeme – li lidem iniciativu. Nelze lidem natrvalo pomáhat tak, že pro ně děláme to, co by pro sebe mohli a měli udělat sami“

4 KVALITA ŽIVOTA OSOB S POSTIŽENÍM

„Člověk se podobá žebrákovi, ale naděje jej činí bohatým“ (F. Logau)

Faktory určující kvalitu života upřesnila OSN v roce 1961 (vymezila tyto faktory jako "podmínky života") a jsou to: stav ochrany zdraví, životní prostředí, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty a osobní svoboda.

Pojem „kvality života“ je všeobecně používaným pojmem napříč celou populací a zasahují tam všechny obory od pedagogického, přes sociologický, psychologický, obor filozofie a v neposlední řadě i ekonomický a environmentální.

Na základě různých dotazníkových studií (ty. STEM apod.) se snažíme „objektivně“ zjistit, zda naše společnost žije kvalitní život. Ale skutečně můžeme změřit kvalitu života objektivně? Odborníci se spíše přiklánějí k subjektivnímu hodnocení, neboť každý má pod pojmem „kvalita života“ jiné představy.

4.1 Objektivní a subjektivní kvalita života

- **objektivní kvalita života** zahrnuje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Tyto ukazatele lze shrnout jako soubor podmínek ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních.
- **subjektivní kvalita života** sleduje vnímání osoby z pohledu svého postavení ve společnosti. Výsledkem je jedincova spokojenosti závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech. (Mühlpachr, Vaďurová 2005)

4.2 Vnitřní a vnější činitele ovlivňující kvalitu našeho života

Vnitřní činitele ovlivňující kvalitu života

Člověka s postižením následně po úraze ovlivňuje jak jeho fyzický stav a psychika, tak zvládání obtíží, charakterové vlastnosti, hierarchie hodnot.

V oblasti fyzického stavu se začíná potýkat s určitým nebo celkovým omezením (podle rozsahu postižení), pokud je schopen sebeobsluhy nebo se o sebe postará částečně, určitě zvládá tuto situaci lépe než člověk, který zůstal zcela odkázán na pomoc druhých.

Čím méně je odkázán na pomoc druhých tím větší má šanci vyrovnat se se svým postižením. Jeho psychika může být narušena různými představami a myšlenkami co bude dál, prožívá emocionální bolest. Je důležité, jak byl odolný zvládat potíže v době, kdy byl zdravý. V průběhu života jsme mnohokrát vystaveni těžkým situacím a komplikacím. Pokud byl silný tyto situace zvládat v běžném životě, je předpoklad, že bude bojovník i v této těžké situaci a bude usilovat o zařazení zpět do společenského života.

Pokud je v charakterových vlastnostech schopnost flexibility, usnadní to člověku situaci oproti člověku, jehož vlastností je určitá strnulost, neměnnost tzv. rigidita.

V takovéto situace člověk zpravidla přehodnotí svoji hierarchii hodnot, vzhledem k situaci, ve které se ocitl. Věci, které pro něj před úrazem byly samozřejmé, tak už tak samozřejmé nejsou. Je to pro něj určitá výzva zjistit, kde jsou nyní jeho možnosti, ale ne každý má k tomu sílu a potřebné zázemí.

Vnější činitele ovlivňující kvalitu života

Mezi vnější činitele ovlivňující kvalitu života patří v první řadě existence blízké osoby, dále terapeutická aliance, kvalitní odborná zdravotní služba, ošetrovatelská péče a dále sociální komunikace a sociální podpora a v neposlední řadě existence sociálního vzoru.

Existence blízké osoby. Každý potřebujeme někoho blízkého, s kým bychom mohli sdílet své strasti i radosti. Tím více to platí pro osobu s postižením. Zpravidla je to rodina, která má k jedinci nejbliže.

Terapeutické aliance je spolenectví či dobrý vztah plný důvěry, respektu a pochopení mezi lékařem a postiženým.

S odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péčí se jedinec setkává jako první a můžeme říci, že dnes je již na vysoké úrovni. Odbornost a profesionalita by mělo být krédem všech pracovníků těchto zařízení.

Vzhledem k tomu, že se postižení většinou uzavírá do sociální izolace, je potřeba kvalitní sociální komunikace. Dát mu možnost se vyprávět, pokud o to má zájem. Dát mu pocit empatie. Ne každý však má tu potřebu. Je zde velmi důležitá spolupráce s psychologem a rodinou pocit empatie a soucítění.

Skupinová sociální podpora platí to co o komunikaci. Každý člověk je součástí nějaké skupiny nebo společenství a právě tady se zpravidla cítí v bezpečí a potřebuje blízkost a podporu této skupiny, ať už je to rodina nebo okruh lidí se stejnými zájmy, pracovní kolektiv apod.

Postižený jedinec při návratu do společnosti má tendenci se srovnávat s ostatními lidmi a musí čelit a vypořádat se s ostatními „normálními“ lidmi. Je to velmi náročné na psychiku a proto může být odlehčením zařazení takového jedince do kolektivu lidí se stejným osudem jako má on sám. Tam může najít blízké přátele díky stejnosti postižení.

4.3 Sebepojetí

Tělesně postižený člověk si uvědomuje, že je odlišný a že některé věci mu nejsou jako ostatním, že musí překonávat různé překážky, které druzí ani nevidí. Člověk si určitým způsobem představuje sebe sama, každý se nějakým způsobem „vidí“. Balcar (1983) uvádí, že základem sebepojetí je vjem představa a vlastní tělo a vlastní osobnosti ve světě.

Charakteristické rysy sebepojetí tělesně postižených můžeme chápat v různém smyslu:

Vjem a představa vlastního těla

Lidé s postižením do své identity zahrnují komplex žádoucích i nežádoucích vlastností svého zevnějšku. Snaží se svůj handicap kompenzovat zdůrazněním tím, co je na nich hezké nebo studium, výkony ve sportu pro tělesně postižené. Někdy se uchýlí i k plastické chirurgii, ale může se stát, že se postižený s novým zevnějškem nesžije a ponechává si starou identitu.

Emoční složka v sebepojetí

Záleží, jak byl jedinec akceptován a hodnocen ve společnosti. Dochází zde ke srovnávání představ a přání se skutečnou realitou, proto může být emoční složka značně variabilní. Srovnání mezi skutečným „já“ a vysněným „já“. Je ovlivněna postojem společnosti, které většinou moc pozitivní nebyvají. Sebepojetí je vázáno i na zkušenosti, které postižený během života získal a prostředí ve kterém žil. To znamená, že je důležité, v které etapě života handicap vznikl. Nová identita se přijímá velice těžce, jsou nespokojeni a odmítají

přijmout nezvratný stav, neboť se jim jeví jako nepřijatelný. Jako první vždy člověk se získaným postižením prochází fází šoku, ale ta časem odeznívá a on se začíná vyrovnávat s realitou. Ovšem v emočně vypjatých situacích se může tato reakce znovu vrátit. Někdy se zhorší sebeúcta. V horších případech se začne nenávidět. Nejhorším případem jsou suicidální tendence.

Motivace

Směřování člověka. Tělesně postižený člověk může usilovat o něco reálného ale také o něco zcela nedosažitelného. Někdy rezignuje předem, má strach z vlastního selhání. Jsou neschopni opustit vlastní pasivitu a jsou nezdravě závislí na jiné osobě. To může vést v krajním případě až k sebezničení. Závislost na alkoholu nebo drogách jako reakce na vzniklý defekt. Velkou roli zde hraje i vliv společnosti, která má stále tendence tělesně postižené podceňovat. Je to malou informovaností a osvětou v této oblasti.

Důležitá je také jeho sociální role, ta patří k jeho identitě. Ovšem role postiženého ovlivňuje sebepojetí spíše negativně. Zdůrazňování závislosti, menší práva a kompetence. Jsou rysy, které bychom mohly pojímat pozitivně. Menší odpovědnost a méně povinností, ale větší výhody a ohledy. U některých jedinců by to však mohlo vést k degradaci a pocitům méněcennosti. K znehodnocení vlastní identity.

Základním činitelem vývoje sebepojetí po stránce obsahové je vzdělávání.

Vzhledem k tomu, že rozvoj sebepojetí závisí ve značné míře na působení vnějších, zejména sociálních faktorů, je možné je v tomto smyslu pozitivně ovlivňovat. Speciálně pedagogická práce by měla být zaměřena i na tyto složky osobnosti ve větší míře než je tomu dosud.

Motivační krize

Ve všech případech – v závislosti na osobnosti a zázemí člověka s tělesným postižením i s ohledem na možnou motivační krizi (ztrátu víry ve smysl určitého usilování) – je potřebné počítat s psychologickou intervencí, jež by podpořila průběh léčebné a sociální rehabilitace. Výzkumy i zkušenosti z praxe zřetelně prokázaly, že lidé s postižením či chronickým onemocněním, kteří:

- jsou poučeni o podstatných aspektech své situace,

- znají svůj zdravotní stav,
- jsou vhodně motivováni,
- mají vytvořený systém hodnot i posloupně dostupných cílů,
- mají podporu blízké osoby,
- mají zřetelnou životní perspektivu, se kterou se ztotožnili, mnohem lépe spolupracují při všech fázích rehabilitace či adaptace, rychleji se zotavují či pracují na stabilizaci zdravotního stavu a lépe snášejí bolest, aktivněji zvládají nesnáze.

5 REHABILITACE TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH OSOB

Pojem rehabilitace je pojmem novolatinským. Vycházíme z latinského „habilis“ – schopný. Habilitace (habilitatio) znamená způsob vedení jedince, aby se stal způsobilým, schopným vykonávat činnosti důležité pro život. Předpona „re“ značí znovu. Rehabilitace je tedy něco jako znovuuschopení, znovunavrácení. Termín se stal známějším ve 20. století a zejména po 2.světové válce, kdy si doba žádala znovuzapojení jedinců tělesně a zdravotně postižených z války do normálního života, jak společenského, tak pracovního (Renotierová 2003).

Cílem speciální pedagogiky je maximální rozvoj osobnosti postiženého nebo znevýhodněného jedince a dosažení maximálního stupně socializace. Schopnost jedince zapojit se do společnosti nazýváme socializací. Za nejvyšší stupeň socializace, tj. úplné splynutí se zdravou společností, považujeme integraci. Integrace je tedy stav, kdy se zdravotně postižený jedinec vyrovnal se svou vadou, žije a spolupracuje s nepostiženými, prokazuje výkony a vytváří hodnoty, které společnost intaktních uznává jako rovnocenné, společensky významné a potřebné (Pipeková ,1998).

Pro výchovu a vzdělání je důležité, v které fázi vývoje jedince postižení vznikne, dále v jakém rozsahu byly vědomosti, zkušenosti a dovednosti osvojeny a následně porušeny (Vítková, 1999).

Aby jedinec s postižením mohl prožít hodnotný život, je potřeba, aby byl podporován, v oblasti vzdělávání, případně výchovy, ale hlavně v oblasti pracovního a společenského uplatnění. Pokud je rodina schopna vytvářet kvalitní a pozitivní citové vztahy, podporovat jej a spolupracovat s odborníky na úrovních ucelené rehabilitace, může jedinec dojít až k sociální samostatnosti. Někdy hovoříme o tzv. „kruhové péči“.

Ucelenou (komprehenzivní) rehabilitaci můžeme definovat jako soubor rehabilitačních opatření a metod zdravotně sociální péče, jež povedou k normalizaci a integraci lidí se zdravotním postižením do běžného života“ (Novosad 2000).

Rehabilitace je obnovou života a jejím úkolem je co nejvíce eliminovat vzniklé následky a z toho plynoucí obtíže pro další život a společenské a pracovní uplatnění. Pro ucelenou rehabilitaci je nutný interdisciplinární přístup a multidisciplinární tým, aby byla za-

jištěna péče na úrovni nejen odborné, ale i vysoce kvalitní. Ucelená rehabilitace se skládá z několika složek:

- léčebná
- sociální
- pracovní
- pedagogickou
- Podle Kábeleho máme ještě 4 složky podpůrné, a to:
- psychologickou
- právní
- technickou
- ekonomickou

5.1 Rehabilitace léčebná

Provádí se v zařízeních léčebné rehabilitace a na rehabilitačních klinikách, které bývají zřizovány u Fakultních nemocnic. Mezi nejužívanější prostředky patří fyzikální terapie. Metoda, která se zabývá pohybovým ústrojím, je fyzioterapie a je součástí léčebné tělesné výchovy.

5.1.1 Fyzikální terapie

Zahrnuje elektroléčbu, balneoterapii, léčbu ultrazvukem, teplem, rentgenoterapie a masáže.

5.1.2 Léčebná tělesná výchova (LTV)

Obsahuje tělesnou výchovu speciální, kondiční a zájmovou (rekreační). Do programu LTV zahrnujeme: dechovou gymnastiku (díky ní udržujeme plicní ventilaci jako prevenci zápalu plic), polohování končetin proti vzniku dekubitů (proleženinám) a proti otokům a žilním komplikacím, dále kondiční cvičení nepostížených končetin proti svalovým atrofiím a ztuhlosti. V neposlední řadě provádíme výcvik sebeobsluhy a posazování, popř. nácvik chůze.

5.1.3 Ergoterapie

Jejím úkolem je odvádění pozornosti pacienta od jeho nemoci, vyplnit volný čas během léčby, dát možnost pacientovi poznat aktuální schopnosti pracovní, pohybové a zlepšit jeho psychický stav.

Ergoterapii dělíme na:

- *kondiční ergoterapie* - jejím úkolem je odpoutání pozornosti od současného nepříznivého vlivu nemoci,
- *cílená ergoterapie* - je zaměřena na cílenou (postiženou) oblast (Renotiérová 2003).

5.1.4 Psychoterapie a psychorehabilitace

Psychická podpora vedoucí k zlepšení vyrovnání se s vadou, navození psychické pohody.

5.1.5 Arteterapie

Využití prostředků hudebních, výtvarných, slovních a pohybových vedoucí k uvolnění napětí (Jesenský 1995).

Rehabilitační pracovník má být zcela seznámen se zdravotním stavem, věkem a celkovou diagnózou pacienta. Jeho přístup by měl být vlídný, klidný a v souladu s etickými principy zdravotníka.

5.2 Sociální rehabilitace

Tu nám definuje Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách jako „...soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nábívkou výkonů běžných pro samostatný život, nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb nebo formou pobytových služeb, poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Uplatňuje metody reedukace, kompenzace a akceptace. Reedukací se posiluje rozvoj poškozené funkce a rozvoj zbylých schopností. Kompenzací rozumíme náhradu poško-

zené funkce funkcí jinou, která není poškozená a akceptace je přijetí nového života s postižením. V této oblasti zaujímají velkou úlohu neziskové organizace.

Jinak je realizována ve zdravotnických zařízeních, na školách, při volnočasových aktivitách, ale i při práci nebo v rodině. Cílem je také zajištění ekonomických jistot.

Proces sociální rehabilitace u lidí se získanou vadou můžeme rozdělit na několik po sobě jdoucích fází, kterými se člověk prochází. Jsou to:

5.2.1 Fáze narušeného vývoje

V tuto dobu vzniká vada, porucha. Postižení mají narušenou kvalitu života a mají své specifické potřeby. Nejprve se jedinci stávají účastníky akutního léčení a následně jsou pro ně vybírány prostředky rehabilitace. Tuto fázi dělíme na fázi akutní a postakutní.

Fáze akutní - stav naléhavosti. V tento moment se rozvíjí proces vyrovnání se s vadou. Dochází ke změně hodnot, vlastností jedince i jeho možností, ale hlavně proces resocializace, tj. vrůstání do společnosti. Potřebuje pomoc druhé osoby, bez ní to není schopen zvládnout. Vyrovnání se s vadou považujeme za ukončení akutní fáze.

Fáze postakutní - stav po naléhavosti. Navazuje na akutní fázi. Jedinec se snaží být soběstačný a má zájem o pracovní možnosti. Za ukončení této fáze nebo lépe cíl, se dá považovat pocit životní spokojenosti a přijetí zpět do společnosti.

5.2.2 Fáze permanentního, potencionálně ohroženého vývoje

Fáze, která začíná, když postižený jedinec žije spokojeným životem, je integrován do společnosti bez problémů. Jeho tělesné postižení způsobuje, že průběh procesů socializace (enkulturace a osobního vývoje) je patrně specifický, přesto je jedinec ve svém životě samostatný. Nicméně může se stát, že v průběhu času vznikne zátěžová situace, která člověka zasáhne. I jeho kvalitu života. Dochází tak k recidivě (opakování) určitých specifických potřeb a je nutná pomoc zvenčí. Tuto pomoc zajišťují prostředky sociální, pedagogické, popř. i pracovní a léčebné rehabilitace. Tato fáze končí až úmrtím postiženého (Jenský 1995).

5.2.3 Metody sociální rehabilitace zdravotně postižených

Metoda reedukace - souhrn postupů zaměřený na využívání a rozvoj zachovaných funkcí poškozené oblasti. Metoda zahrnuje rozvoj poškozené funkce, ale také používání kompenzačních pomůcek.

Metoda kompenzace - souhrn postupů rozvíjení náhradních smyslů, jejich funkcí a schopností. Používají se speciální prostředky a techniky (např. protetické a kompenzační pomůcky jako jsou protézy, francouzské hole, počítačová technika atd.).

Metoda akceptace (vyrovnání se s vadou) - souhrn postupů k přehodnocování hodnot a rozvoj osobnosti tak, aby se jedinec vyrovnal se svým postižením a mohl vést poklidný a spokojený život (Renotírová 2003).

5.3 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je proces vedoucí k uplatnění osob s postižením na trhu práce. Jde o snahu obnovit pracovní potenciál u osob, které mají změněnou pracovní schopnost a to z důvodu svého zdravotního postižení.

„...naléhavost pracovní integrace je dána také tím, že práce patří mezi základní (primární) potřeby člověka (potřeba aktivity), a pokud není tato potřeba saturována, dochází k frustraci, či dokonce ke stresovému stavu. Smyslem pracovní rehabilitace je takovým stavům pokud možno předcházet“ (Janovský, 2006).

„Pracovní rehabilitace je složkou komplexní rehabilitace. Cílem je dosáhnout činností, které v životě potřebujeme, resp. schopnosti v zaměstnání řešit jiným způsobem, aby se co nejvíce omezilo přímé působení zdravotního a pohybového postižení na člověka. Nejdůležitějším faktem u jedinců se získaným postižením je vrátit zpět do pracovního procesu, aby uplatnili své stávající schopnosti a dovednosti. Tento fakt velmi pozitivně působí na jejich psychiku“ (Vítková 1999).

Pracovní rehabilitace zahrnuje především poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání a v případě dospělých jedinců s postižením na udržení zaměstnání nebo změnu zaměstnání. Tato složka je zajišťována příslušnými úřady práce. Ve spolupráci můžeme v některých případech sestavit tzv. individuální plán pracovní rehabilitace, ovšem o ten si musí osoba se zdravotním postižením zažádat. Možnost pracovního uplatnění se též nabízí

ve formě chráněného pracovního místa nebo chráněné pracovní dílny. Chráněné pracovní místo se liší od chráněné pracovní dílny v tom, že chráněné pracovní místo je místo vytvořené zaměstnavatelem na základě písemné dohody s úřadem práce a je určené pro osobu se zdravotním postižením a chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Pracovní rehabilitace zahrnuje především tyto oblasti:

- poradenská činnost zaměřená na volbu povolání,
- volba zaměstnání,
- teoretická a praktická příprava pro zaměstnání,
- zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání,
- změnu povolání a vytvoření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání, (Jesenský, 1995)

Nástroje pracovní rehabilitace jsou:

- speciální poradenství ohledně volby povolání, změně, nebo udržení zaměstnání,
- kvalifikační a rekvalifikační kurzy,
- podporované zaměstnání,
- přechodné zaměstnání (Jesenský 1995)

Proces přípravy na povolání lze chápat jako výchovný proces, ve kterém rozvíjíme individuální pracovní schopnosti tělesně postižených jedinců. Pracovní rehabilitaci provádí pracovně rehabilitační střediska (Renotírová 2003).

5.4 Pedagogická rehabilitace

Cílem pedagogické rehabilitace je podpořit samostatnost a aktivitu na poli vzdělávání a získávání přiměřené kvalifikace, aby byl člověk s postižením schopný zapojit se maximálně do různých aktivit společenského života.

Pedagogická rehabilitace má složku výchovnou a vzdělávací. Cílem je dosažení určité úrovně vzdělání (to platí pro děti a dorost). V dospělosti jde většinou o doplnění vzdělání či rekvalifikaci, aby se osoby s postižením lépe uplatnili na trhu práce. Při pedagogické rehabilitaci můžeme využívat speciální metody a přístupy k učení a různé technické pomůcky, práce s informačními technologiemi.

Nedílnou součástí ucelené rehabilitace je poradenská činnost. Pomáhá nejen zprostředkovat, ale i propojit a doplnit celý systém.

„Tento rehabilitačně-poradenský proces má vždy aspekt osobní, kdy s adekvátně motivovaným postiženým pracujeme tak, abychom společně docílili zlepšení či stabilizace jeho zdravotního stavu a soběstačnosti a napomohli jeho seberealizaci i sociální inkluzi a aspekt systémový či institucionální, kdy jsme nuceni respektovat mantinely dané politikou státu vůči OZP, zejména systém zdravotní, vzdělávací i sociální péče a nástroji zaměstnanosti a využívat stávající možnosti“. (Novosad, 2009).

Při řešení návratu jedince do běžného života používáme speciálně pedagogické prostředky pedagogické rehabilitace. Jsou to:

- pedagogická diagnostika,
- edukace,
- reedukace,
- kompenzace
- stimulace

Obsah pedagogické rehabilitace zahrnuje:

- rozvíjení motoriky,
- rozvíjení komunikačních schopností,
- rozvíjení sebeobsluhy,
- orientace v okolí,
- osvojování si vědomostí, dovedností a poznatků s ohledem na možnosti jedince,
- kultivace osobnosti jedinců, jejich chování a prožívání, zvyšování kvality jejich života

6 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY

Prostřednictvím zdravotnických pomůcek může osoba s tělesným postižením pokračovat v léčebném procesu, podpořit stabilizaci zdravotního stavu a kompenzovat nebo zmírnit následky zdravotní vady, vč. náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu (Hutař 2005).

6.1 Technické možnosti a kompenzační pomůcky pro tělesně postižené

6.1.1 Kompenzační pomůcky dle kritérií:

1) *podle toho, jakou vadu kompenzují:*

- kompenzují fixační funkci jedné ruky při její amputaci nebo ochrnutí
- kompenzují omezený rozsah pohybů horních končetin, nebo dolních končetin či páteře
- kompenzuje malou sílu stisku zvětšením páky či úplnou ztrátu úchopu fixací nástroje na dlaň
- kompenzují celkové snížení síly a brání nebezpečí pádu

2) *podle toho, jakou činnost kompenzují:*

- hygiena
- jídlo
- oblékání
- komunikace
- příprava pokrmů, apod.

3) *podle způsobu a distribuce pomůcek:*

- sériově nebo individuálně vyráběné pomůcky pro potřebu sebeobsluhy a oběstačnosti (Vysokajová, 2000).

6.1.2 Vozíky

Vozík, který používají osoby s dočasnou, ale i s trvalou neschopností chůze, se stal symbolem pro postiženého člověka a také pro označení přístupnosti prostředí pro osoby a vozíku (Vysokajová 2003).

Základní rozdělení vozíků pro postižené osoby je:

- vozík mechanický
- vozík elektrický a motorový

6.1.3 Počítače

Používání počítačů dodává osobám s postižením pocit normality. Osoby s tělesným postižením mohou používat počítače se specifickými úpravami. Zejména s poškozením horních končetin mohou ovládat klávesnici ústní tyčkou (Vysokajová 2003).

Využití počítačů může sloužit jako příprava na pracovní uplatnění postižených osob.

7 PROCES ADAPTACE A INTEGRACE OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

7.1 Rekvalifikace a podpora zaměstnávání osob s tělesným postižením

Rekvalifikací rozumíme "získání nové kvalifikace nebo rozšíření stávající kvalifikace uchazeče o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání." Současné požadavky na uchazeče o zaměstnání jsou zřejmě vyšší než dříve. Proto je třeba, aby vzdělání osob vedlo k pracovnímu uplatnění.

Existují možnosti dalšího vzdělávání. K tomu jsou určeny rekvalifikační kurzy, které zajišťuje úřad práce v místě bydliště a které jsou prostředkem aktivní politiky zaměstnanosti.

Problematika zaměstnávání zdravotně postižených osob je značně problematická a věnuje se jí proto zvýšená pozornost.

Osoby zdravotně postižené mají právo na přípravu k výkonu zaměstnání a na profesní a sociální readaptaci, bez ohledu na původ a povahu jejich postižení (Vysokajová 2000).

Dnešní doba je dobou zvyšování pracovní i vzdělávací rozmanitosti, flexibility v zaměstnání a ochoty a snahy pracovat. Práce je pojímána jako tělesná nebo duševní činnost zaměřená na výdělek, výživu a uspokojení potřeb, která vede k určitému utváření hodnot každého člověka (Opatřilová, 2005).

Člověk potřebuje pracovní činnost nejen k tomu, aby vydělával peníze k udržení určitého životního standardu, ale z hlediska uspokojování svých potřeb jde hlavně o uspokojení seberealizace, být užitečný a sociálně aktivní.

Vhodnost rekvalifikace je posuzována ze tří aspektů:

- zda je nezbytná pro opětovné přijetí do zaměstnání
- zda práce, na níž se postižený má rekvalifikovat, je z hlediska situace na trhu práce perspektivní,
- zda rekvalifikace je uskutečnitelná s ohledem na závažnost postižení příslušné osoby, intelektuální schopnosti, kvalifikaci a další osobní faktory, zejména dostatečnou motivaci (Vysokajová, 2000).

7.2 Formy rekvalifikace

Rekvalifikace uchazečů o zaměstnání, zájemců o zaměstnání a zaměstnanců se uskutečňuje formou vzdělávání:

1. ve vzdělávacích programech dalšího profesního vzdělávání,
2. ve speciálních programech k získání konkrétní pracovní dovednosti,
3. ve vzdělávacích aktivitách v rámci mezinárodních programů,
4. ve vzdělávacích programech určených pro uchazeče o zaměstnání, kterým je věnována zvýšená péče při zprostředkování zaměstnání (podle § 33),
5. ve školních vzdělávacích programech pro střední vzdělávání v rámci soustavy oboru vzdělání,
6. v jiných vzdělávacích aktivitách, které směřují k získání nové kvalifikace nebo rozšíření stávající kvalifikace

7.2.1 Náklady rekvalifikace

Za náklady rekvalifikace se považují náklady rekvalifikačního zařízení, které zahrnují :

1. přímé náklady (materiál, mzdy, odměny zaměstnanců a ostatní přímé náklady),
2. režijní náklady vynaložené při rekvalifikaci,
3. náklady na dílčí části rekvalifikace, které zajišťuje jiné rekvalifikační a vzdělávací zařízení,
4. přiměřený zisk (maximálně však do výše 15% vynaložených nákladů),
5. náklady na potřebnou výbavu účastníků rekvalifikace (např. školní potřeby, učebnice, apod.),
6. náklady na osobní ochranné pracovní prostředky (např. mycí, čistící a dezinfekční prostředky poskytnuté účastníkům rekvalifikace),
7. pojištění odpovědnosti za škodu na zdraví účastníků rekvalifikace po dobu trvání rekvalifikace

Rekvalifikační kurzy zajišťují různé vzdělávací instituce, mezi které patří střední školy, firmy zabývající se vzděláváním apod. Jestliže se rekvalifikační kurz pořádá mimo školní půdu, jako je střední škola, je nezbytné, aby instituce měla akreditaci Ministerstva školství nebo Ministerstva zdravotnictví a mohla vydávat osvědčení s celostátní platností

na konkrétní vzdělávací či rekvalifikační kurz. Rekvalifikační zařízení uzavírají s příslušným úřadem práce písemnou dohodu o provedení rekvalifikace uchazečů o zaměstnání. Na základě této dohody může úřad práce radit náklady spojené s příslušnou rekvalifikací.

Jednotlivé kurzy se finančně pohybují v řádu tisíců korun. Samozřejmě tato finanční částka je pohyblivá v závislosti na počtu hodin trvání kurzu a atraktivitou na současném trhu práce. Časově zabere kurz v průměru 3 měsíce (od 1 měsíce, ale také půl roku).

7.2.2 Podpora zaměstnávání osob s tělesným postižením

Osoby vyžadující zvýšenou ochranu na trhu práce:

- osoby se zdravotním postižením, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidní,
- osoby se zdravotním postižením, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními,
- osoby se zdravotním postižením, které jsou rozhodnutím orgánem sociálního zabezpečení uznány zdravotně znevýhodněnými.

Osoby se zdravotním postižením, které postižení získaly jako následek pracovního úrazu je pravděpodobné, že před úrazem měly stálé pracovní zařazení. Situace, která nastala však ztížila jejich opětovný návrat do práce. Zaměstnavatel je povinen, dle příslušných zákonů, zajistit úpravu daného pracovního místa tak, aby byly zajištěny specifické nároky, které vyplývají z druhu postižení zaměstnance. Další možností je převedení zaměstnance se získaným postižením na jiné pracovní místo.

Nastane-li situace vzniku invalidity zaměstnance, jako následek pracovního úrazu, má zaměstnanec nárok na:

- náhradu za ztrátu na výdělku,
- náhradu za bolest a ztížení společenského uplatnění,
- náhradu účelně vynaložených nákladů spojených s léčením,
- náhradu na věcnou škodu (Hutař 2004).

Možnosti pracovní uplatnění jsou pro postižené občany omezené. Tento okruh osob se vyznačuje několika znaky jako např. nízká kvalifikace, omezené možnosti pohybu a flexibility.

Je velmi složité v dnešní době najít a udržet si stále pracovní místo nejen pro osoby se zdravotním postižením. Úkoly úřadu práce, které se vztahují k osobám se zdravotním postižením, jsou:

- poskytovat služby osobám se zdravotním postižením, poradenské služby o volbě povolání a zaměstnávání osob se zdravotním postižením,
- vést evidenci osob se zdravotním postižením,
- sledovat a hodnotit stav trhu práce,
- zabezpečovat pracovní rehabilitaci,
- informovat občany o možnostech získání zaměstnání, přípravy na zaměstnání a re-kvalifikace,
- hmotně podporovat vytváření pracovních míst, podporovat vytváření a provoz chráněných pracovních míst a chráněných pracovních dílen.

7.3 Příspěvky pro osoby s tělesným postižením

Pro osoby tělesně postižené slouží tyto příspěvky pro sebeobsahu, samostatný pohyb nebo zachování zdravotního stavu. Tato sociální výpomoc je dána vyhláškou č.182/1991 Sb. o mimořádných výhodách pro těžce postižené občany.

Příspěvek na úpravu bytu

Příspěvek je určen občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí a občanům prakticky nebo úplně nevidomým k odstranění bariér v jejich bytě. Za úpravy bytu se považují např. úprava přístupu do domu, garáže, k oknům, na balkón, rozšíření a úprava dveří, odstranění prahů, přizpůsobení koupelny a záchodu, vč. vybavení, apod. případně instalace výtahu.

Příspěvek na individuální dopravu

Příspěvek je určen občanům s těžkou vadou nosného a pohybového aparátu, občanům úplně nebo prakticky nevidomým a rodičům nezaopatřených dětí léčených pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastózou.

Příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla

Příspěvek při zakoupení motorového vozidla je určen pro občany s těžkou vadou nosného nebo pohybového aparátu. Příspěvek se vztahuje také na úpravu osobního automobilu.

Příspěvek zdravotně postižené mládeži po skončení přípravy pracovního uplatnění

Je určen svěřencům ústavů pro tělesně postiženou mládež, ústavů s mládeží s přidruženým mentálním postižením a ústavů pro tělesně postiženou mládež s více vadami i občanům se zdravotním postižením. Jedná se o jednorázový příspěvek.

Příspěvek občanům používajícím trvale ortopedické, kompenzační či jiné pomůcky

Je určen občanům, kteří trvale užívají tyto pomůcky.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 PŘÍPADOVÉ STUDIE

Cílem práce je nahlédnout do etapy života paní M., která získala tělesné postižení jako následek úrazu při kolizi s vlakovou soupravou a pana M., který získal tělesné postižení jako následek pracovního úrazu.

V práci byly použity tyto metody: rozhovor, analýzu a dedukci.

Analyzovala jsem postavení osob se získaným tělesným postižením, následnou integraci do společnosti a života vůbec. Popisují úraz, průběh léčení, následnou medicínskou péči, komplexní rehabilitaci a adaptaci do společnosti, pracovního procesu a rodinného života osob se získaným tělesným postižením.

8.1 Období, postup a metody

Realizace praktické části probíhala v období od prosince 2011 do června 2012 při nepravidelných setkáních.

Co se týče postupu, tak jsem s dotazovanými navázala kontakt a vytvořit přátelský vztah, založený na důvěře. Informovala jsem je, o čem má práce pojednává a proč jsem si zvolila toto téma. Měla jsem výhodu, že oba respondenty znám. Pan M. pracuje ve firmě, kde pracuji a paní M. bydlí ve stejném městě jako já a máme některé společné přátele. Rozhovory byly realizovány v rodinném prostředí.

Při zpracování bylo využito metody případové studie, částečně řízeného rozhovoru a pozorování.

Stěžejní metodou byl částečně řízený rozhovor. Při tomto typu rozhovoru jsem použila otázky pro získání základních informací a jinak jsem dala dostatečný prostor k vyjádření se. Dotazovaní měli možnost se více rozhovořit, případně mluvit o tématech, která jsou pro ně více důležitá. Upozornila jsem je, že pokud by byly některé moje dotazy pro ně nepříjemné nebo nechtěli na ně odpovídat, mají na to plné právo. Také jsem jim sdělila, že mohou rozhovor se mnou kdykoli ukončit. Během rozhovoru jsem aktivně naslouchala a věnovala jim pozornost. Jednak bylo jejich vyprávění pro mě velmi zajímavé a poučné a jednak to navozuje i vztah důvěry. Rozhovory trvaly v rozmezí 1,5 – 2,5 hodiny. Doplňující metodou bylo pozorování, které mi sloužilo k dokreslení informací během rozhovoru.

8.2 Výsledky a jejich interpretace

8.2.1 Případová studie č. 1

Miloslav – věk 34 let, částečná amputace levé DK nad kolenem

Rodinná anamnéza:

Miloslav vyrůstal v harmonické rodině s mladším bratrem a dvěma staršími sestrami. Rodiče ještě žijí a Miloslav i s bratrem zatím s nimi. Sestry jsou svobodné, ale již mají samostatné bydlení. Miloslav je také svobodný. V současné době žádnou přítelkyni nemá, původní přítelkyně, s kterou chodil 4 roky, jej opustila 1,5 měsíce po úrazu.

Osobní anamnéza:

Miloslav se narodil před 34 lety. Během dětství prodělala běžné dětské nemoci. Vyučil se na Odborném učilišti stavebním jako železobetonář. Před válkou a asi rok po válce pracoval ve Stavební obnově železnic jako dělník. V roce 2000 přešel k Technickým službám, kde jezdil jako popelář. Po pracovním úrazem, který se mu stal u Technických službách mu již nebyla prodloužena pracovní smlouva a do roku 2008 byl veden na Úřadě práce. Od roku 2008 pracuje ve firmě Czech Republic Onamba s.r.o. jako operátor na zpracovávání kabelových svazků.

Kompenzační pomůcky:

Francouzské berle a podpurná hůl.

8.2.2 Rozhovor:

Kdy a kde se úraz stal?

V březnu 2001 v práci, kdy jel na stupačce popelářského vozu a řidič couval a ne všiml si, že za ním je sloup veřejného osvětlení. Pan Miloslav byl na něj přimáčknut a byla mu rozdracena noha.

Co jsi vnímal/a/ bezprostředně po neštěstí?

Ještě než přijela sanitka, tak si šňůrkou z kalhot nohu nad ranou zaškrtil. Všude bylo plno krve. Vezli na Traumatologickou kliniku do Fakultní nemocnice v Olomouci. Potom upadl do bezvědomí. Když jsem přišel k sobě, už bylo po amputaci. Od lékařů jsem se dověděl, že po náročné osmihodinové operaci mě uvedli do umělého spánku, ale bohužel jsem dostal do rány infekci a nezbývalo, než udělat amputaci.

Jak si reagoval/a/ na svoji diagnózu?

Že se mi změní totálně život, že budu mrzák a nebudu moci dělat to, co jsem dělal doposud.

Jak probíhala rehabilitace a jak dlouho?

Rehabilitoval jsem pouze na rehabilitačním oddělení Fakultní nemocnice, to už jsem měl i protézu a učil jsem se s ní chodit. Nejdřív jsem se přidržoval a chodil kolem hrazdy, ale potom už jsem se snažil chodit s holí po chodbě, pak jsem přidal schody. Bolet to byla veliká. Měl jsem tzv. Fantomovu nemoc nebo tak nějak tomu říkají. Znamená to, že cítíte celou končetinu, i když ji nemáte.

Napadla Tě někdy myšlenka na sebevraždu nebo sis řekl/a/ proč právě já?

Ano, jednou. Cítil jsem nespravedlnost, proč se to stalo zrovna mně, co jsem komu udělal.

Potřeboval/a/ si pomoc psychologa?

Ne, nevím co bych mu říkal, stačila mi má rodina.

Pomohla Ti rodina? Jejich reakce.

Rodina byla úžasná. Vím, že z toho byli v šoku, hlavně rodiče, ale nikdy to nedali najevo /smutek, lítost/, vždy mě statečně podporovali, že to bude dobré. Tak je to vlastně doted'.

Co přátelé?

Snažili se, ale já jsem neměl zájem. Styděl jsem se, že jsem mrzák, že na mě všichni dívají, když někam jdu. Začal se ze mě stávat takový jezevec. Dnes je to jiné. Vážím si jejich přátelství. Jen mě zklamal můj velký kamarád, který si vzal sám před dvěma lety život. Byla to pro mě rána, pro jeho blízké a ostatní přátele a sám už dnes vím, že bych si na život nesáhl. Taky proto, že vidím jak nešťastné lidi po sobě zanechal.

Jak se k Tvému problému postavil zaměstnavatel?

Vzhledem k tomu, že jsem měl pracovní smlouvu na dobu určitou, tak neměl zájem mi nějak pomoci, natož prodloužit pracovní poměr. Mistr byl za mnou i v nemocnici a sliboval jak se postarají a pomůžou, alespoň v počátku. Nakonec jsem měl z toho dojem, že přišel jenom zjistit jak na tom jsem, aby mohl informovat zaměstnavatele, jak se k problému postavit. Dokonce se soudil se mnou, s tím že jsem si nehodu zavinil sám. U prvního soudu jsem spor vyhrál, ale zaměstnavatel se odvolal a celkově jsem soud prohrál. Byl jsem z toho rozčarovaný, neboť u toho byli svědci, kteří vše viděli, jak to bylo.

Máš z něčeho strach nebo obavy?

Dnes už ne. Mám práci, hodnou rodinu.....snad jenom, aby práce vydržela co nejdéle . Na Úřadě práce mě vždycky řekli, že ví , že to mám těžké, ale že si musím práci hledat sám, že mi asi moc nepomohou.

Co by sis přál/a/ do budoucna.

Mít svoje bydlení a přítelkyni nebo manželku a hezkou rodinu.

Máš pocit, že lidé v menším městě jsou k sobě solidárnější a vstřícnější?

Určitě, tady jste prostě klient, který přijde a něco chce. Neříkám, že by mi na úřadech neporadili, ale je to asi více neosobní. I sousedské vztahy jsou takové povrchnější, vlastně kolikrát se ti nájemníci tak rychle mění, že se pak už ani neznáte.

8.2.3 Případová studie č. 2

Mirka – věk 37 let, amputace celé pravé DK a částečná amputace levé DK

Rodinná anamnéza:

Mirka vyrůstala pouze s matkou, ale vztahy s otcem byli harmonické a oba rodiče i přesto, že byli rozvedeni, spolu vycházeli přátelsky. Otec zemřel, když bylo Mirce 12 let. Matka žije s přítelem a dceru občas navštěvuje. Má mladší sestru, která je vdaná, děti zatím nemá a vztahy s Mirkou jsou spíše chladnější. Mirka je rozvedená a má syna, kterému je 13 let.

Žije v 3 pokojovém upraveném bytě se synem. Má přítele, se kterým se pravidelně navštěvují a podnikají různé aktivity. Bydlí ve městě Vsetín.

Osobní anamnéza:

Mirka se narodila před 37 lety. Během dětství prodělala běžné dětské nemoci. Vyučila se kuchařkou- číšnicí. Tuto práci však dělal pouze 1 rok a potom začala pracovat ve výrobním podniku Grado Slušovice, kde dělala na výrobní lince kabelové svazky. V roce 1998 se vdala a v roce 1999 se jí narodil syn Jakub, se kterým byla na mateřské dovolené. Po MD již zpátky k zaměstnavateli nenastoupila a našla si práci ve Vsetíně v a.s. Austin Detonator, kde až do svého úrazu pracovala na výrobě rozbušek. V současné době je opět v pracovním procesu, ale pracuje na poloviční úvazek ve skladě, neboť na původní pracoviště se nemohla vrátit z bezpečnostních důvodů (speciální antistatické obleky). Pobírá plný invalidní důchod. V březnu 2013 má jít znovu před posudkovou komisí, zda bude mít na plný invalidní důchod nárok i nadále.

Kompenzační pomůcky:

Pro lokomoci využívá ortopedický mechanický vozík. Dále při vstupu do domu má k dispozici schodišťovou plošinu. Využívá toaletní a koupelnová madla, francouzské berle a podpůrnou hůl. Celý byt je architektonicky upraven pro její potřebu.

8.2.4 Rozhovor:

Kdy a kde se úraz stal?

V červenci v roce 2009, kdy jsem byla na Rockfestu ve Slušovicích. Jezdila jsem tam každý rok a v roce 2009 jsem tam byla popáté. Celé 4 dny měly každý rok stejný průběh. Bydleli jsme u kamarádů v domě ve Slušovicích. Domek byl postavený za tratí. Já jsem vždy kolem 20 hodiny večerní chodila pro teplé oblečení i pro ostatní a ty koleje jsem pravidelně přecházela. Má dojem, že tam nikdy vlak nejel v tuto hodinu a možná jsem šla toho osudného dne o něco dříve. Je faktem, že jsem telefonovala a nevěnovala jsem vůbec pozornost okolí. Vzhledem k tomu, že jsem slyšela jenom muziku z přilehlého amfiteátru, ani jsem neslyšela, že by jel vlak.

Co jsi vnímal/a/ bezprostředně po neštěstí?

Ležela jsem pod vlakem, měla jsem na rukách krev a svoji nohu jsem viděla vedle kolejí. Také jsem viděla, jak se lidé shýbají pod vlak a dívají se na mě. A potom tma.

Probudila jsem se až po 3 dnech v nemocnici na Traumatologickém oddělení Fakultní nemocnice Olomouc. To už jsem měla amputovanou pravou nohu a levou částečně.

Jak si reagoval/a/ na svoji diagnózu?

Nevím, žádné emoce, vztek, zlost, lítost. Jen snad, že se musím rychle vzpamatovat, abych se mohla postarat o syna. V té době jsem měla za sebou amputaci, měla jsem polámaná žebra, na hlavě 12 stehů a vývod z břicha, protože jsem měla poškozený konečník. Jen jsem věděla, že levou nohu jsem mohla mít, ale vzhledem k tomu, že v Olomouci není hyperbarická komora a transport do Ostravy nebyl možný, tak mi museli amputovat nohu pod kolenem. Nicméně potom jsem na doléčení byla v nemocnici v Ostravě a tam mě v září převezli do Rehabilitačního ústavu v Hrabyni, lépe řečeno na detašované pracoviště v Chuchelné. Tam jsem ovšem dostala zánět do páteře a nemohla jsem cvičit. Brala jsem antibiotika a vzhledem k tomu, že jsem musela být v klidu nemohla probíhat ani rehabilitace. Pouze mi masírovali jizvy. V únoru zjistili, že konečník je v pořádku a v Olomouci mi odoperovali vývod. To byla pro mě velká úleva.

Jak probíhala rehabilitace a jak dlouho?

Rehabilitovat. V Chuchelné jsem byla nakonec 8 měsíců. Byl tam za mnou protetik a vzal si míry /odlitky/ na protézy, takže jsem zhruba v březnu začít nácvik chození s protézami.

Jinak jsem cvičila na balančních plošinách, abych se naučila držet rovnováhu, chodila jsem kolem bradel a používala jsem francouzské hole. Přístup celého personálu byl úžasný a každý rok, když se tam vracím, mám domluvenou „svoji“ fyzioterapeutku, která přesně zná moje tělo.

Napadla Tě někdy myšlenka na sebevraždu nebo sis řekl/a/ proč právě já?

Ne, nikdy, jsem narozena ve znamení Lva. Naopak děkuji, že jsem přišla jenom o nohy, jinak bych taky dnes mohla sedět na vozíku a nemohla se hýbat, nenajedla bych se... prostě bych byla závislá na ostatních. Ještě jsem dopadla dobře.

Potřeboval/a/ si pomoc psychologa?

Vystřídali se u mě během mého pobytu v nemocnicích 4, ale vždycky jsem měla pocit, že nevědí co říkat a já jsem neměla potřebu se jim svěřovat.

Pomohla Ti rodina? Jejich reakce.

Samozřejmě to byl pro ně také šok, ale nikdy si nestěžovali ani neplakali přede mnou. Byla tam spíše snaha pomoci. Sestra mi přenechala třípokojový byt po rodičích a šla do mého

původního dvoupokojového. Zařídila vše potřebné na úradech od kompenzačních pomůcek po důchod. V současné době se ale moc nenavštěvujeme, protože se mi snažili pomáhat až moc a začínala jsem mít pocit, že se chtějí obětovat a řídit mi život. Já mám ale hlavu v pořádku, mám práci, starám se o syna... Sestru jsem neviděla už 3 měsíc. Maminka za mnou chodí tak jednou týdně a víkendech jezdíme spolu na velký nákup.

Co přátelé?

Ti se opravdu vytrídili. Dokonce někteří za mnou chodili jenom kvůli senzaci, že se něco takového stalo a mají potom s ostatními o čem hovořit. Mám teď přátel méně, ale o to kvalitnější. Nakonec pro mě kamarádi muzikanti uspořádali koncert a za výtěžek z tohoto koncertu jsem si koupila speciální skútr. Zaměstnavatel mi přispěl částkou 10 000 Kč.

Jinak mám hodně přátel z pobytu v Chuchelné a s těmi se tak 2 – x do roka setkáváme nebo si plánujeme pobyt na rehabilitaci společně. Jezdím tam raději v zimě, protože ve Vsetíně bývá moc sněhu a málokdy se dostanu ven.

Jak se k Tvému problému postavil zaměstnavatel?

Měla jsem štěstí. Měli jsme uzavřenou pojistku a až se mi stal úraz, zjistila jsem jak výhodnou. Myslela jsem, že se vztahuje pouze na pracovní úrazy, ale byla to nějaká speciální 24 hodinová a dostala jsem 1 000 000 Kč. Mohla jsem si pořídit auto se speciálními úpravami. Upravit celý byt. Samozřejmě jsem využila i příspěvků, na které jsem měla nárok.

Jinak zase zpátky pracuji, ale jen na 4 hodiny. Pracuji ve skladě, protože na původní místo jsem se nemohla z bezpečnostních důvodů vrátit. Musejí se tam nosit speciální antistatické obleky, protože jsem pracovala ve výrobě rozbušek.

Máš z něčeho strach nebo obavy?

Ne, snad jenom z té neustálé změny těch zákonů. Že mi vezmou důchod nebo nebudu mít nárok na lázně, na rehabilitaci. Letos potřebuji nový mechanický vozík, jeho cena je 92 000 Kč. Já díky přátelům a zaměstnavateli mám ještě dobrou pozici, ale když si představím, že jsou lidé, kteří takovou oporu a zázemí nemají. Trochu mě mrzí, že někdo nepřemýšlel, když stěhovat kanceláře Okresní správy sociálního zabezpečení do nové budovy, která má hned u vchodu 3 schody, takže si musíte na úřednici zazvonit a ona přijde a vše s vámi vyřizuje na chodbě.

Co by sis přál/a/ do budoucna.

Myslím, že všechno mám. Chtěla jsem si dodělat maturitu, ale vzhledem k tolika několikahodinovým operacím jsem byla hodně dlouho pod narkózou, tak mám problémy s pamětí. Snad časem bydlet s přítelem, který je také na vozíčku /má vrozené postižení kostí/ a aby se Kuba dobře učil.

Máš pocit, že lidé v menším městě jsou k sobě solidárnější a vstřícnější?

Vzhledem k tomu, že jsem se tu narodila a žiji, tak se určitě známe více. V tom má malé město výhody, ale nevýhody jsou v tom, že někdy ti lidé vidí tzv. „až do talíře“ a mají pocit, že když máte nové auto, skútr, byt, že se vlastně máte strašně dobře a setkala jsem se i se závistí. To mě hodně překvapilo, že někdo může závidět nemoc nebo postižení. Ale jak už jsem řekla, kamarádi mi uspořádali koncert, zvou mě na různé akce. Dokonce v jedné restauraci kvůli mně přidali na toalety madla. Měli sice toaletu pro vozíčkáře, ale bez madel. To jsou takové věci, které vám dělají svět milejším a radostnějším.

9 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala adaptaci osob, které se dostali do zcela jiné životní role příčinou úrazu. Jednalo se o zdravé dospělé osoby, kterým jedna osudová vteřina změnila život a stali se osobami s poruchou hybnosti. U obou se jednalo o amputaci DK (jak celou či částečnou). Snažila jsem se popsat jejich situaci z pohledu ucelené rehabilitace, čím prošli a jak to vše na ně působilo.

Cílem teoretické části bylo přiblížit nám pojem mimořádné události a stresu, které osoby při nich prožívají, jaký to může mít vliv na jejich další život. Dále pojem ucelené rehabilitace, jejich pojetí sama sebe, možnosti začlenění se do pracovního procesu a využití kompenzačních pomůcek k ulehčení jejich situace. Cílem praktické části bylo zpracování dvou případových studií za užití metod částečně řízeného rozhovoru a volného pozorování.

Vzhledem k tomu, že se rozhovory konaly v domácím prostředí, tedy v jejich přirozeném sociálním prostředí, myslím, že dotazovaní byli velmi otevření a neměli problém se bavit o svých i důvěrných záležitostech a niterných pocitech, včetně sexuality. Otázky týkající se sexuality nejsou záměrně v této práci citovány z etických důvodů, neboť odpovědi na ně byly skutečně velmi intimní. V této práci jsem chtěla prakticky poukázat na to, že práce somatopeda není jenom v péči o edukaci osob s poruchou hybnosti, ale jak už víme, dnes má jeho práce daleko širší záběr, jako je poradenství, prevence apod. Právě široké spektrum a specifika práce s dospělými s poruchou hybnosti, užívané v somatopedické praxi, přispívají nejen ke zkvalitnění života osob s poruchou hybnosti, ale i života jejich rodinných příslušníků a pečujícím osobám.

10 SEZNAM LITERATURY

10.1 Literární zdroje

- [1] BAŠTECKÁ, B. aj. Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek, 1. Vydání MV, ISBN 978-8-86640-51-8
- [2] HUTAŘ, J. Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené. Praha, NRZP, 2004.
- [3] JESENSKÝ, J. Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. Praha, Karolinum, 1995 ISBN 80-7066-941-1
- [4] KÁBELE, F.KOLÁROVÁ E. KOČÍ J. KRACÍK J. Somatopedie. Praha: Karolinum, 1. vydání 1993 ISBN 80-7066-533-5
- [5] KÁLAL, J.: REHABILITACE AMPUTOVANÝCH. Ústí nad Labem. 2003. ISBN 80-7044-4835
- [6] KOHOUTEK ,T. ČERMÁK, I.: Psychologie katastrofické události. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1816-8
- [7] KRAUS, J., ŠANDERA,O. Tělesně postižené dítě. Praha, SPN, 1964.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, J. Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum, 1989.
- [9] MATOUŠEK, O. a kol.Metody a řízení sociální práce.Praha.Portál,s.r.o.,2003 ISBN 80-7178-548-2
- [10] MONATOVÁ, L. Pedagogika speciální. Brno, PdF MU v Brně 1997. ISBN 80-210-1009-6.
- [11] MURPHY Umlčené tělo
- [12] MÜHLPACHR, P., VAĐUROVÁ, H. Vymezení, dimenze a měření kvality života.
- [13] NOVOSAD, L.: Ucelená rehabilitace osob se zdravotním, zejména somatickým postižením. Liberec: Technická univerzita, 2000. ISBN 80-7083-383-1
- [14] NOVOSAD, L.: Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním Praha, Portál, 2009. ISBN 978-8-7367-509-7
- [15] OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených. Brno,PdF MU, 2005. ISBN 80-210-3718-0.
- [16] PFEIFFER, J.: Ergoterapia 2., Liptovský Mikuláš. 1990. ISBN 80-217-0175-7
- [17] PIPEKOVÁ Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno, Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

- [18] PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky Brno, Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- [19] PORTFIELDOVÁ, K.M. Jak se vyrovnat s následky traumatu. Praha, NLN, 1996. ISBN 80-7106-262-6.
- [20] RENOTIÉROVÁ, M. Somatopedické minimum. Olomouc, PdF UP v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0532-6.
- [21] SMÉKAL, V.: Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání. Brno.2004. ISBN 80-86598-65-9
- [22] VÁGNEROVÁ, M. Psychologie handicapu Praha, Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
- [23] VÁGNEROVÁ, M. Patopsychologie pro pomáhající profese. Praha, Portál, 1999. ISBN 7178-214-9.
- [24] VIZINOVÁ, D., PREISS, M. Psychické trauma a jeho terapie. Praha, Portál, 1999. ISBN 80-7178-284-X.
- [25] VÍTKOVÁ, M. Somatopedické aspekty. Brno, Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9.
- [26] VÍTKOVÁ, M. Paradigma somatopedie. Brno, Paido, 1998. ISBN 80-210-1953-0.
- [27] VODÁČKOVÁ, D.: krizová intervence. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367 342-0
- [28] VOTAVA, J.a kol.: Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením, Karolinum, Praha. 2003. ISBN 80-246-0708-5
- [29] VYSOKAJOVÁ, M. Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení. Praha, 2000. ISBN 80-246-0057-9. Karolinum

10.2 Další zdroje:

- (1) Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce
- (2) Nařízení vlády č. 201/2010 Sb. o způsobu evidence úrazů, hlášení a zasílání záznamu o úrazu
- (3) Zákon 435/2004 Sb. o zaměstnanosti

- (4) Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách
- (5) Portál: <http://www.mpsv.cz>

