

**UNIVERZITA  
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Magisterské kombinované studium

2008-2012

**Diplomová práce**

Dagmar Krejčířiková

**Pracovní zařazení lidí  
po získaném poškození mozku**

**Praha 2012**

**Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Anton Tomko LL.A**

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Master, Part time Studies

2008-2012

**Diploma Thesis**

Dagmar Krejčíříková

**Work reintegration of people  
after aquired brain injuries**

**Prague 2012**

**The Diploma Thesis Work Supervisor:**  
PaedDr.Anton Tomko LL.A

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová 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

Dagmar Krejčířková

### **Poděkování**

Děkuji za významnou pomoc při zpracování mé diplomové práce PaedDr. Antonu Tomko LL.A, za jeho cenné rady a připomínky. Děkuji za spolupráci sdružení Cerebrum o.s. a Léčebnému a rehabilitačnímu středisku Chvaly při zpracování výzkumné části a umožnění přístupu k jejich klientům.

## **Anotace**

**Diplomová práce pojednává o problematice pracovního zařazení lidí po poškození mozku a jejich integraci do společnosti. Nedílnou součástí je přehled o příčinách a důsledcích poškození, problematika sociální adaptace a souhrn psychických procesů, které probíhají u dospělého člověka po získaném poškození mozku během ucelené rehabilitace.**

Klíčové pojmy:

Cévní mozková příhoda

Pracovní zařazení

Integrace

Zdravotní postižení

Poškození mozku

Vzdělávání dospělých

Hendikep

Rehabilitace

Nezaměstnanost

## **Annotation**

**The diploma thesis deals with work and social integration of people after brain injuries or strokes. The individual parts discuss causations and consequences of the impairment, social adaptation and includes the summary of mental processes occurring during comprehensive rehabilitation of the adults who underwent a cerebrovascular accident.**

Key words:

Cerebrovascular accident

Work integration

Integration

Disability

Adult education

Handicap

Rehabilitation

Unemployment

## Obsah

1 Úvod.....	8
2 Stavba a funkce mozku, následky poškození .....	10
3 Příčiny poškození mozku .....	13
3.1 Cévní mozková příhoda.....	13
3.2 Traumatické poškození mozku .....	13
4 Léčebná rehabilitace po poškození mozku.....	15
5 Pracovní rehabilitace.....	17
6 Některé poznatky z psychologie osobnosti .....	21
6.1 Složky osobnosti .....	21
6.2 Schopnosti.....	22
6.3 Inteligence.....	23
6.4 Temperament .....	26
6.5 Charakter .....	26
6.6 Rysy osobnosti.....	28
6.7 Zájmy, hodnoty a postoje .....	29
7 Psychické procesy.....	31
7.1 Zvláštnosti vývoje osobnosti dospělých.....	31
7.2 Adaptace na novou životní situaci .....	32
7.3 Obranné mechanismy.....	35
7.4 Frustrace .....	37
7.5 Formování osobnosti u lidí s handicapem .....	38
8 Vzdělávání zdravotně postižených dospělých.....	40
8.1 E-learning .....	40
8.2 Zásady vzdělávání zdravotně postižených dospělých.....	41
9 Zaměstnávání zdravotně postižených .....	45
10 Sociální zařazení do pracovního kolektivu .....	48
10.1 Integrace a adaptace .....	48
10.2 Vnímání normality a abnormality, defektu a handicapu .....	49
11 Pracovní motivace.....	52
11.1 Volba cíle.....	56
12 Problematika nezaměstnanosti zdravotně postižených .....	59
Závěr .....	61
Průzkum .....	62
Vymezení cíle:.....	62
Seznam otázek: .....	63
Vyhodnocení:.....	65
Závěr z průzkumu .....	70
Seznam použitých zkratk.....	73
Použitá literatura.....	74
Příloha 1 .....	78
Příloha 2 .....	81
Příloha 3 .....	84

# 1 Úvod

Zvyšující se tlak na lidi v pracovní a sociální sféře sebou nese ztráty na kvalitě osobních životů a často také na jejich zdraví. Je kladen stále větší důraz na výkon a pro mnoho lidí je náročné udržovat nasazené tempo. Stres, špatné stravování, nedostatek spánku a pohybu, kouření, hormonální antikoncepce a další rizikové faktory se stávají běžnou součástí života a jsou zároveň prediktorem vzniku cévní mozkové příhody.

Cévní mozková příhoda ročně v ČR postihne kolem 40tisíc obyvatel a stále více postihuje lidi v produktivním věku a je nejčastější příčinou invalidizace. Dalších asi 36tisíc obyvatel ČR ročně je hospitalizováno pro poranění mozku, vzniklém nejčastěji při dopravních nehodách, rizikových sportech nebo pádech ([www.poranenimozku.cz](http://www.poranenimozku.cz), [www.cmp.cz](http://www.cmp.cz), [www.remedia.cz](http://www.remedia.cz)). Náklady na léčbu neuromuskulárních onemocnění přijdou v evropském průměru na více než 30tisíc eur na osobu na rok (<http://psychologie.cz>)

Je nezbytně nutné, aby rehabilitace takto postižených lidí, probíhala multidisciplinárně a měla plynulou návaznost podle individuálních potřeb nemocného. Členem každého rehabilitačního týmu je vedle lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, ošetřujícího personálu, sociálního pracovníka, logopeda také andragog, který má své nezastupitelné místo v procesu rehabilitace a umožňuje jeho dovršení v podobě pracovního zařazení rehabilitanta. Investice do kvalitní komplexní rehabilitace má význam nejen socio-ekonomický, ale má velký vliv na fyzický rozvoj postiženého člověka a na obnovení a udržování jeho psychické rovnováhy.

Přirozené lidské potřeby, jako pocit užitečnosti a smyslu života, ale i pravidelný denní režim, se mohou stát silnou motivací a nabízí se andragogickým poradcům jako prostředky k úspěšnému dovršení pracovní rehabilitace. Každý člověk je však vybaven jinými psychickými dispozicemi, které určují do jaké míry bude dotyčný člověk schopen v rehabilitaci dosáhnout maxima svých možností. Určité kombinace psychických vlastností se jeví jako



pozitivní a mohou tak značně usnadnit adaptaci na nově vzniklou životní situaci, se kterou se nemocný člověk vyrovnává, i celý rehabilitační proces. V praxi nemusí být pravidlem, že lidé s menším stupněm postižení se vrací do pracovního procesu častěji než u lidí se závažnějšími poruchami hybnosti nebo kognitivních a jiných funkcí. Jaká jsou specifika psychiky lidí, kteří se po poškození mozku vrací do pracovního procesu na rozdíl od lidí, kteří zůstávají v plném invalidním důchodu a jakou má roli v tomto procesu andragog, je náplní této diplomové práce.

## 2 Stavba a funkce mozku, následky poškození

Mozek (*cerebrum, encephalon*) je řídicí orgán nervové soustavy člověka. Je uložen v dutině lební, která poskytuje vnější ochranu především před mechanickým poškozením. Pod kostní schránkou kryjí mozek vazivové obaly dura mater (tvrdá plena mozková), arachnoidea (pavučnice) a pia mater (omozčnice). Filtrací tkáňového moku a sekrecí buněk v komorách vzniká mozkomíšní mok, který vyplňuje dutiny a prostory mezi plenami a poskytuje tak další ochranu, tlumí otřesy, zajišťuje homeostázu (stálost vnitřního prostředí), transport živin a vyrovnává objemové změny. Mozek obsahuje několik částí, které mají své specifické funkce.

Prodloužená mícha (*medula oblongata, myelencephalon*) je pokračováním míchy páteřní. Je dlouhá asi 1,5cm a skládá se z bílé hmoty mozkové (nervová vlákna) a šedé hmoty mozkové (nervová jádra, nuclei). Nachází se zde, kromě řízení rytmických projevů chování (např. spánku), centrum reflexní činnosti - tedy dýchací reflexy, srdeční reflexy, sací, polykací a dáivivé reflexy, reflex slinění. Při poranění meduly oblongaty nastává ve většině případů exitus v důsledku porušení bráničního dýchání.

Varolův most (*pons varoli*) tvoří příčný val na spodní straně mozkového kmene, hraničí s medulou oblongatou a kraniálně na něj navazuje mesencephalon. Tyto tři části dohromady tvoří tzv. mozkový kmen, kterým procházejí všechny dráhy nervů z mozku do míchy páteřní. Funkcí varolova mostu je řízení některých reflexních činností jako např. slzení, slinění a zužování zornice.

Střední mozek (*mesencephalon*) je součástí mozkového kmene. Ovlivňuje činnost kosterního svalstva, řídí pohybové reakce na zrakové a sluchové podněty, řídí sluchové reflexy, zrakové reflexy a souhru očí, hlavy a těla.

Mozeček (*cerebellum*) je uložen v zadní jámě lební. Tvoří jej dvě mozečkové hemisféry, které spojuje vermis. Mozečková kůra je silně

zvrásněná, přičemž její záhyby jsou pravidelné a souběžně orientované. Není pokládán za životně důležitou součást mozku a lidé jsou schopni uspokojivě žít i při genezi (nevyvinutí), ale jeho poškození v dospělosti může mít trvalé a závažné následky. Mozeček má na starost udržování rovnováhy a koordinaci pohybů. Cerebellum sleduje homolaterální část těla. Ovlivňuje také poznávací funkce (myšlení, vizuální informace) a řeč.

Mezimozek (diencephalon) je soubor mozkových struktur, který se dále dělí na hypothalamus, thalamus, metathalamus, subthalamus a epithalamus.

Thalamus přijímá smyslové informace, je také nazýván branou vědomí, zpracovává vzruchy, které vnímáme jako pocity. Při jeho poškození dochází k poruše vnímání.

Hypothalamus je reflexním centrem řízení činnosti vnitřních orgánů, řídí termoregulaci, hospodaření s vodou, dýchání, krevní oběh, krvetvorbu, udržování stálosti vnitřního prostředí, reguluje pocit hladu a žízně, má na starost rozmnožování a obranné reakce.

Koncový mozek (telencephalon) tvoří největší oddíl centrální nervové soustavy. Je tvořen dvěma polokoulemi (hemisférami) vzájemně spojenými corpus callosum (vazníkem) a obsahuje postranní komory.

Povrch je překrytý mozkovou kůrou (cortex cerebri), která se dělí na laloky (čelní, temenní, spánkový, týlní) a insulu. Ta se skládá ze závitů (gyrus), které jsou od sebe odděleny závitými (sulcus). Vnitřek koncového mozku je tvořen bílou hmotou (svazky axonů neuronů) a šedou hmotou mozkovou (těla neuronů), které vytvářejí podkorová centra (tzv. bazální ganglia). Částí telencephala je také limbický systém (dříve označovaný jako čichový mozek).

Mozková kůra (cortex cerebri, neopallium, neocortex) řídí celou řadu funkcí podle jednotlivých laloků – čich, chuť, zrak, sluch, kožní citlivost, senzitivní centrum řeči (Wernickeova oblast), motorické centrum řeči (Brockovo centrum), motorická oblast, dále je centrem abstraktního myšlení, plánování budoucí činnosti, kontrola instinktivního chování.

Levá hemisféra je považována za centrum analytického, pojmového a logického myšlení, jazyka a řeči, psaní, umožňuje pojem o čase a třídí informace.

Pravá hemisféra má na starost spojování myšlenek a pojmů, představivost a chápání trojrozměrného obrazu, vnímání hudby, umění, imaginace, zpracování emocí a citů.

Bazální ganglia se starají o řízení pohybů - automatických, naučených, rutinních i stereotypních. Amygdala pak řídí pud sebezáchovy, emoce, sexuální chování.

Limbický systém je límec kolem mozkového kmene, který zajišťuje emocionální a instinktivní chování, podílí se na vzniku paměti.

Retikulární formace je síťovité uspořádání neuronů v mozkovém kmeni. Třídí informace přicházející do mozku, odděluje důležité od nepodstatných, zajišťuje poplachový mechanismus.

Podle lokality a rozsahu poškození mozkové tkáně vznikají poruchy fyzických, smyslových a kognitivních funkcí, poruchy řeči a komunikace a v neposlední řadě také poruchy chování a kontroly emocí. Poruchy motoriky bývají, až na výjimky, na kontralaterální straně těla od poškozené tkáně. Příčinou je křížení nervových drah na míšní úrovni. Přestože mozkové buňky mají minimální schopnost regenerace, fyzioterapie, ergoterapie a další části rehabilitace využívají tzv.mozkové plasticity, která umožňuje reedukaci jednotlivých činností.

(Čihák R., 2004)

### **3 Příčiny poškození mozku**

Poškození mozku u dospělého člověka může vzniknout několika způsoby z nichž se nejčastěji jedná o cévní mozkovou příhodu, traumatické poškození mozku nebo nádorové onemocnění. Dalšími příčinami poškození mozku se podrobněji tato práce nezabývá, neboť procento jejich výskytu je zanedbatelné a nebo je jejich klinický obraz srovnatelný s výše uvedenými. Zároveň zde nejsou zahrnuty vrozené vady a poruchy vzniklé v prenatálním období a dětském věku, přestože se s jejich následky postižené osoby potýkají většinou i v dospělosti.

#### **3.1 Cévní mozková příhoda**

Cévní mozková příhoda může být způsobena rupturou a následným krvácením do mozkové tkáně (hemorrhagická CMP), nebo ucpáním některé z mozkových tepen (ischemická CMP, vyskytuje se zhruba v 80% všech případů). V obou případech dochází v určité oblasti k přerušení nebo omezení zásobování mozkových buněk kyslíkem, které následně velmi rychle odumírají.

Míra a charakter postižení, které vzniká na základě odumření mozkové tkáně, je závislé na oblasti a rozsahu vzniklého poškození. Mozkové buňky mají jen velmi nízkou schopnost regenerace. Hlavní roli při záchraně života i jednotlivých psychomotorických a kognitivních funkcí hraje čas, kdy se v akutní fázi dostane postiženému člověku adekvátní pomoci.

#### **3.2 Traumatické poškození mozku**

Nejčastější příčinou poranění mozku bývá úder do hlavy a následné posttraumatické poškození nervových buněk. V takovém případě pak dojde buď k jejich lokálnímu poškození, nebo k difuznímu poškození nervových buněk, k subdurálnímu krvácení, otoku mozku, krvácení do mozku nebo do

mozkových plen. ([www.poranenimozku.cz](http://www.poranenimozku.cz)). Klinický obraz opět odpovídá lokalitě a rozsahu poškození.

## 4 Léčebná rehabilitace po poškození mozku

Léčebná rehabilitace (LR) je jednou ze součástí procesu ucelené rehabilitace (z angl. „*comprehensive rehabilitation*“). Jejím cílem je „napomáhat spontánní úpravě hybnosti, nácvik chůze a soběstačnosti, kompenzovat trvalé následky...“ (Votava J., 2001) Kromě poruch hybného systému se zabývá cíleným ovlivňováním řečových, kognitivních, psychických poruch, poruch močení aj. Zcela zásadní je raný nástup léčebné rehabilitace po cévní mozkové příhodě, nebo traumatu mozku ihned, jakmile to zdravotní stav dovolí, obvykle druhý den po stabilizaci stavu nemocného. Významnou součástí LR je zejména prevence vzniku druhotných poruch (např. svalových kontraktur), které by se v dalších fázích rehabilitačního procesu stávaly překážkami k dosažení co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti.

Léčebnou rehabilitaci zpravidla zajišťuje rehabilitační tým, který je složen z lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, dle potřeby i logopeda a dalších odborníků.

Podle stavu vědomí a schopnosti spolupráce pacienta se začíná s tzv. pasivním cvičením, které postupně přechází do cvičení aktivního s dopomocí terapeuta, bazální stimulací (zejména u pacientů s poruchami vědomí), dechovou a cévní gymnastikou. V průběhu dne i noci se pacient polohuje na lůžku v pravidelných intervalech, jako prevence vzniku dekubitů (proleženin). Rehabilitaci je potřeba provádět několikrát denně a postupně zvyšovat zátěž.

V subakutním stadiu se přechází na nácvik sedu, stoje a chůze, nácvik přesunů z lůžka na invalidní vozík, nebo křeslo. Vertikalizace je prováděna postupně s ohledem na aktuální stav cvičence. Pro návrat volní hybnosti je v rámci terapie využívána řada facilitačních metod z nichž nejznámější a zároveň nejužívanější jsou Vojtova metoda, Bobath koncept, metoda Brunstrom a další. Ergoterapie se zabývá nácvikem sebeobsluhy a běžných denních činností a spolupracuje při nácviku soběstačnosti.

Součástí léčebné rehabilitace je volba vhodných kompenzačních pomůcek, které pomáhají při provádění běžných činností a pohybů, nebo plní

fixační či opěrnou funkci. V současné době je nabídka na trhu poměrně široká. Základní pomůcky jsou obvykle hrazeny plně nebo částečně zdravotními pojišťovnami. Kompenzační pomůcky by měly být voleny velmi pečlivě tak, aby umožnily dosáhnout požadovaného pohybu, nebo zvládnutí určité činnosti, ale zároveň nebránily využití stávajících schopností pacienta, případně aby je dále rozvíjely.

Fyzioterapie využívá i dalších prostředků k návratu funkcí nervosvalového aparátu. Podle potřeby volí například formy fyzikální terapie (elektroterapii, vodoléčbu, mechanoterapii), v chronických stádiích může být na doporučení neurologa nebo rehabilitačního lékaře předepsána i lázeňská péče.

Cílem léčebné rehabilitace je maximalizace samostatnosti a navrácení člověka po poškozené mozku do aktivního života. Na léčebnou rehabilitaci navazuje rehabilitace sociální a pracovní.



## 5 Pracovní rehabilitace

„Pracovní rehabilitace je 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.” (Zákon č.435/2004, § 69)

Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci. Zajišťuje je příslušný úřad práce podle bydliště osoby se ZP ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky.

V případě, že pracovní neschopnost postiženého člověka trvá více než jeden rok, je porucha považována za dlouhodobou. Po této době, pokud klient nenastoupí do zaměstnání, mu může být přiznán statut osoby se změněnou pracovní neschopností a může tak pracovat na méně náročném pracovišti.

Pracovní rehabilitace se týká všech osob, které pro svůj zdravotní stav nemohou po dlouhou dobu vykonávat své zaměstnání. Zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání. Úřad práce společně s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace.

Vzdělávání a (re)kvalifikace mohou umožnit pracovní začlenění v případech, kdy postižený člověk dříve vykonával úzce specializované zaměstnání. Problémem ale nastává mnohdy u klientů s vysokým stupněm vzdělání a kvalifikací, kdy není možný návrat na původní místo a umístění na nižší pozici často přináší psychické komplikace.

Ministerstvo školství a ministerstvo práce zřizuje akreditovaná pracoviště, která organizují rekvalifikační kurzy. Při výběru nového povolání je však třeba vycházet z reálné společenské potřeby pracovních sil a z konkrétních pracovních sil. Vzhledem k současné vysoké nezaměstnanosti a

hrozící další finanční krizi je obtížné vytváření pracovních pozic pro zdravotně postižené, navíc v silné konkurenci zdravých občanů.

U lidí po poškození mozku by pracovní rehabilitace měla začít ihned, jakmile to zdravotní stav umožňuje. V prvních měsících po postižení převládá rehabilitace fyzických, kognitivních a smyslových funkcí, ta však obvykle kolem jednoho roka od počátku onemocnění kulminuje a měla by pozvolna přecházet v rehabilitaci pracovní. Časové prodlevy mezi jednotlivými složkami rehabilitace působí nepříznivě na udržování motivace a postižený člověk pak často ztrácí vidinu vytyčeného cíle.

Problematikou pracovní rehabilitace se zabývá zákon č.435/2004, § 69 – 74:

Teoretická a praktická příprava pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost osob se zdravotním postižením zahrnuje:

- a) přípravu na budoucí povolání podle zvláštních právních předpisů,
- b) přípravu k práci,
- c) specializované rekvalifikační kurzy.

Příprava k práci je cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců.

Příprava k práci osoby se zdravotním postižením probíhá:

- a) na pracovištích, kde má po pracovní rehabilitaci OZP pracovat,
- b) ve vzdělávacích zařízeních.

O přípravě k práci uzavírá úřad práce s OZP dohodu. Osobě se zdravotním postižením, která nepobírá dávky nemocenského pojištění, starobní důchod nebo mzdu, náleží po dobu přípravy k práci na základě rozhodnutí úřadu práce podpora při rekvalifikaci. Podpora při rekvalifikaci náleží i v případě, že tato

osoba není vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání. Zaměstnavateli, který provádí na svém pracovišti přípravu k práci osob se zdravotním postižením, může úřad práce uhradit náklady na přípravu těchto osob.

O přípravě k práci prováděné na pracovišti zaměstnavatele uzavírá úřad práce se zaměstnavatelem písemnou dohodu.“

(Zákon o zaměstnanosti, část III.)

V rámci pracovní rehabilitace úřad práce hradí:

1. přímé náklady vynaložené na pracovní rehabilitaci (materiál, mzdy a odměny zaměstnanců, ostatní přímé náklady),
2. režijní náklady vynaložené při provádění pracovní rehabilitace,
3. náklady na dílčí části pracovní rehabilitace, které pro pověřenou osobu zabezpečuje jiné odborné nebo vzdělávací zařízení.

Dohoda o zabezpečení pracovní rehabilitace obsahuje:

- a) identifikační údaje účastníků dohody,
- b) identifikační údaje osoby se zdravotním postižením, pro kterou je pracovní rehabilitace určena,
- c) obsah a délku pracovní rehabilitace,
- d) místo a způsob provedení pracovní rehabilitace,
- e) způsob, výši a podmínky úhrady nákladů na zabezpečení pracovní rehabilitace,
- f) způsob kontroly plnění sjednaných podmínek,
- g) způsob ověření získaných znalostí a dovedností,
- h) podmínky a termín zúčtování poskytnuté úhrady nákladů na zabezpečení pracovní rehabilitace,
- i) závazek právnické nebo fyzické osoby vrátit poskytnutou úhradu nákladů nebo její poměrnou část, pokud nedodrží sjednané podmínky nebo pokud jí byla jejím zaviněním poskytnuta neprávem nebo v částce vyšší, než náležela, a

lhůtu pro vrácení,  
j) ujednání o vypovězení dohody.

(Zákon o zaměstnanosti, část III.)

## 6 Některé poznatky z psychologie osobnosti

Na úspěšnost rehabilitace, pracovní zařazení a integraci člověka po poškození mozku má stěžejní vliv jeho osobnost. Individuální vzorce chování, prožívání člověka, souhrn jeho vlastností, návyků, postojů a psychických procesů společně ovlivňují jeho schopnost zpracovat nově vzniklou životní situaci, mobilizovat síly při překonávání překážek a navrátit se do otevřené společnosti.

Vymezit pojem osobnost není snadné. Boroš ji definuje: „osobnost je celková organizace duševního života, zahrnuje v sobě všechny jednotlivé duševní funkce. Je to integrovaný systém vnitřních rysů a zvláštností člověka, přes které se lomí všechny vnější vlivy.“ (Boroš J., 2002, s. 277-280)

Poodhalení psychologie osobnosti nám může napomoci poznat dynamiku osobnosti. Jejími jednotlivými složkami člověk působí na okolní prostředí a zároveň prostředí formuje jedince.

V psychologii osobnosti se vyskytuje několik různých teorií. Například dynamické teorie vysvětlují vnitřní dění v osobnosti. Podle S. Freuda jsou hybnými prvky osobnosti konflikty vědomých a nevědomých procesů, které brání Ego před jeho destrukcí. (Vacínová, M., 2008)

Faktorové teorie předpokládají předpověď chování v nějakém časovém úseku. Osobnost popisuje a provádí přesné měření. Vrstvové teorie sledují vývojové aspekty z různých hledisek. Jednotlivé vrstvy mají vzájemnou návaznost a tvoří stupně, ve kterých se osobnost vyvíjí.

### 6.1 Složky osobnosti

Každý člověk je definován svojí individualitou, kterou tvoří jedinečná a neopakovatelná kombinace vlastností.

Strukturu osobnosti tvoří jednotlivé subsystemy, které spolu vzájemně souvisejí a ovlivňují se. Z didaktického hlediska dělíme tyto subsystemy na motivaci, schopnosti, temperamentové a charakterové vlastnosti a rysy osobnosti. Problematikou motivace se budeme ještě zabývat hlouběji v rámci pracovní motivace a vůle. V následujících kapitolách si přiblížíme ostatní z nich.

## **6.2 Schopnosti**

Schopnosti lze definovat jako „individuální vlastnosti, které jsou podmínkou pro úspěšné vykonávání jedné či více činností.“ (Farková M., 2008, s.104). Člověk se odlišuje také tím, jak se vyrovnává s úkoly, jak pracuje s problémy, ale každý má určitou individuální horní hranici, které může v dané činnosti dosáhnout. Tato hranice je značně určena vrozenou výbavou jedince. Říčan (2007) definuje schopnost jako potencialitu, jako učení a možnost pro danou činnost.

Farková uvádí, že jedním z takových odlišností, které osobnost definují je výkon.

V rámci schopností je rozlišováno ještě několik dalších kategorií:

1. Vlohy – vlohy jsou základem individuálního rozvoje osobnosti
2. Nadání – je charakterizováno jako soubor schopností, které umožňují podávat nadprůměrné výkony
3. Talent – je někdy chápán jako rozvinuté nadání, jsou to vynikající schopnosti
4. Genialita – je mimořádně rozvinutý talent

(Farková, M., 2008)

Nakonečný (2001) uspořádal schopnosti v obecné, skupinové a specifické. Do obecné patří inteligence, která je definována jako „soubor

kognitivních schopností, které umožňují učení a řešení problémů“ (Farková, 2008, s.105). Míru inteligence lze zjišťovat testováním a budeme se jí zabývat podrobněji v samostatné kapitole. Další složkou, kterou je třeba zmínit je intelekt, který je dán biologicky podmíněnou strukturou rozumových schopností.

V angličtině se pro slovo schopnosti používá termín „ability“, který označuje co člověk umí, jakého výkonu je schopen v dané činnosti. V případě poškození mozku, nebo jiného zdravotního omezení se v poslední době ustupuje od termínu „handicap“ a nahrazuje se termínem „disabilita“ (z angl. „disability“) (WHO, 2001).

K měření obecných schopností využíváme jednodimenzionální či multispektrální testové metody. Jsou jimi buď standardní úkolové situace, které usnadňují kvantifikaci výkonů, stimulují k činnostem, jejichž výsledky mají diagnostický význam pro schopnosti. (Říčan, 2007)

Říčan upozorňuje, že míra schopností rozhoduje nejen o tom, jaký výkon jejich nositel podá, ale také o tom, jak bude žít.

### **6.3 Intelligence**

Jednou z nejznámějších schopností je inteligence. Inteligenci dělíme do několika skupin, které jsou samostatně testovatelné. Výsledky lze řadit do pásem tzv.inteligenčního kvocientu (Říčan P., 2007):

IQ > 130 je pásmo vysokého nadprůměru. Ve společnosti má zastoupení přibližně u 2,3% obyvatel.

IQ 120-130 je pásmo výrazného nadprůměru. Zastoupení ve společnosti je kolem 7% obyvatel.

IQ 110-120 je lehký nadprůměr. Zastoupení ve společnosti je okolo 16% obyvatel.

IQ 90-110 je pásmo průměru. Zastoupení ve společnosti je přibližně 50% obyvatel.

IQ 80-90 je pásmo lehkého podprůměru. Zastoupení ve společnosti je zhruba 16% obyvatel.

IQ 70-80 je pásmo výrazného podprůměru. Zastoupení ve společnosti je 7% obyvatel.

IQ 50-70 je pásmo lehké mentální retardace (dříve označováno termínem debilita)

IQ 35-50 je pásmo středně těžké mentální retardace (dříve označováno termínem imbecilita)

IQ 20-35 je pásmo těžké mentální retardace (dříve označováno také jako imbecilita)

IQ pod 20 je pásmo hluboké mentální retardace (dříve označováno za idiotii).

Zastoupení posledních čtyř položek ve společnosti tvoří dohromady zhruba 2,5%

Faktorovou analýzou byla vyčleněna řada schopností, z nichž některé řadíme do obecné inteligence, jiné jsou více méně samostatné. Řadíme sem verbální schopnosti, prostorovou představivost, numerické schopnosti, percepční pohotovost, paměťové schopnosti, psychomotorické schopnosti, umělecké schopnosti a další. Gardner (1999) v teorii sedmera inteligencí („multiple intelligences“) postavil některé schopnosti na stejnou úroveň:

Lingvistická inteligence – zahrnuje schopnost rozumět řeči, mluvit, číst a psát.

Logicko-matematická inteligence – projevuje se ve vědeckém myšlení, při řešení logických hádanek a problémů, odvozování důkazů a výpočtů.

Prostorová inteligence se projevuje dobrou orientací v prostoru a snadným vytvářením vizuálních představ.

Muzikální inteligence se uplatňuje při komponování, hře na hudební nástroje, dirigování, apod.

Tělesně pohybová inteligence (kinestetická) je schopnost ovládat své tělo, nebo jeho části k provádění obratných cílevědomých pohybů.



Intrapersonální inteligence je schopností rozumět nejen sobě samému, ale také druhým lidem a mezilidským vztahům. Dříve se pro tento druh inteligence používal termín „sociální inteligence“.

(Říčan P., 2007)

Za samostatnou složku inteligence uvádějí někteří autoři verbální schopnosti. Nejde jen o schopnost vyjadřovat se, ale o chápání složitých vztahů, které jsou ve slovech obsaženy, a které jsou jimi vyjadřovány. Tyto schopnosti mívají například psychologové, andragogové a další podobné profese.

Prostorovou představivost tvoří tři prakticky důležité schopnosti. Především je prostorová orientace, dále vizualizace a kinestetická představivost. Tyto schopnosti využívají například architekti.

Numerická schopnost se projevuje ve hbitém řešení matematických úloh a při zacházení s čísly a symboly.

Percepční pohotovost (ve smyslu duševní schopnosti) se projevuje v rychlém postřehu pro zrakově vnímané detaily.

Paměťové schopnosti jsou ve smyslu mechanické paměti děleny na krátkodobé a dlouhodobé. V případě logické paměti není ještě dostatečně probádáno, jestli není zaměňována za schopnost logicky si utřídit materiál k zapamatování.

Psychomotorické schopnosti jsou rozlišeny na základě schopnosti koordinace, jemné a hrubé motoriky apod. Vztah těchto schopností k inteligenci je jen volný. Jejich bližší určení se uplatňuje při výběru povolání, pro které jsou základem manuální operace.

Umělecké schopnosti lze rozdělit na literární, výtvarné, hudební a herecké. Každá z nich je poměrně samostatnou schopností, ale vyskytují se poměrně hojně kombinace dvou a více u jednoho člověka. (Říčan P., 2007)

## **6.4 Temperament**

Slovo temperament je odvozeno ze slova „tempere“ = mísit, utvářet poměry. Je dynamickou vlastností, která stanovuje charakteristiky pohybu v psychice osoby a je predisponován dědičností. Temperament je také dán kvalitou funkcí nervové soustavy. (Farková M., 2008)

„Temperament je soubor dynamických charakteristik osobnosti, která určuje rychlost, sílu a stabilitu v prožívání, jednání a vegetativních reakcích“ (Farková M., 2008, s.106)

Rozdělení temperamentových vlastností podle Hippokrata na flegmatika, sangvinika, melancholika a cholera, již bylo několikrát překonáno a slouží velmi orientačně, protože se u většiny lidí tyto temperamentové označení mísí, nicméně je stále nejužívanější a přehlednou metodou základního rozlišení. (Farková M., 2008)

I.P.Pavlov tuto koncepci přepracoval a rozšířil dělení o vlastnosti nervových procesů na vyrovnaný (kam řadí sangvinika a flegmatika) a nevyrovnaný (cholera, melancholik), dále na rychlý (sangvinik a cholera) a pomalý (melancholik, flegmatik) a také silný typ (sangvinik, flegmatik, cholera) a slabý typ nervové soustavy (melancholik). (Farková M., 2008)

Farková (2008) uvádí, že tyto vlastnosti jsou v čase stabilní a představa, že by se tyto charakteristiky daly přestavět je mylná a byla by velmi závažným zásahem do psychiky člověka a mohla by způsobit závažné poškození.

## **6.5 Charakter**

Charakter vyjadřuje individuální zvláštnosti, které člověk získává především výchovou. Ve smyslu „morálního charakteru“ je rozuměn jako určitá pohotovost chovat se podle určitých etických principů.

„Charakter je subsystém osobnosti, který kontroluje a reguluje lidské chování podle společenských a zvláště pak morálních norem a požadavků“ (Farková M., 2008, s. 108)

V charakteru se zobrazují hodnoty jedince, které má vstřípené ve vztahu k lidem a společnosti, k práci a k sobě samému.

Peck a Havinghurst rozdělili vývojové fáze charakteru podle jejich vzniku. V kojeneckém období označují typ charakteru jako amorální, v raném dětství za prospěšný, ve starším školním věku za konformní a během adolescence a dospělosti za iracionálně vědomý.

Podle Kohlberga je 7 stadií vývoje morálky. V prekonvenční úrovni jsou dvě stadia. V prvním stadiu je znatelná orientace na trest a egonomické podřízení moci. Ve druhém stadiu se vyskytuje naivně egoistická orientace, tedy takové chování, které se zaměřuje na uspokojení vlastních potřeb. V konvenční úrovni je třetí a čtvrté stadium. Třetí stadium představuje konformitu se standardy společnosti a čtvrté stadium je orientované na autority sociálního pořádku. V postkonvenční úrovni jsou poslední dvě stadia. Páté stadium je orientované na určitou odchylku od společnosti a na společně sdílené hodnoty – „sociální smlouvu“. V šestém stadiu převažuje orientace na svědomí, respekt k druhým lidem, rovnost lidských práv, spravedlnost, důstojnost a etické principy. (Farková M., 2008)

Fromm popsal dva vzorce osobnosti, které se vyskytují v každém člověku současně. Souvisejí s asimilací a socializací a zralost osobnosti se projevuje vhodným poměrem obou z nich. Prvním je produktivní charakter ve kterém je dotyčný člověk aktivní nejen při fyzické práci, ale také ve svých vztazích s lidmi a cítění. Jeho projevy jsou autentické. Dalším typem je člověk, který není schopen produkovat a vše přejímá od druhých. Tyto nonproduktivní charakterové orientace lze rozdělit na:

1. receptivní – očekává veškeré hmotné i psychologické zajištění z venku

2. kořistnická – osoba nejen že očekává vnější zdroje, ale získává to co potřebuje také tím, že něco vezme, nebo uloupí.
3. hromadivá – uchovává nashromážděný majetek a distancuje se od druhých. Vytváří si silné obrany proti zasahování do jejích věcí.
4. tržní orientace – vše získává procesem odměny

(Farková M., 2008)

## **6.6 Rysy osobnosti**

„Rysy osobnosti jsou vlastnosti, které se projevují způsobem aktivit osobnosti“  
(Farková M., 2008, s.111)

Rysy osobnosti jsou relativně stálé a jsou určovány predispozičně, výchovou i společenským prostředím. Soustava vlastností, které se vyskytují u jednoho člověka určuje typ osobnosti. Mají bipolární charakter a ukazuje se, že nejvýhodnější bývá tak zvaný „zlatý střed“ kdy jsou tyto dva extrémy více méně vyrovnané. V toto pojetí určujeme extroverzi a introverzi, dominanci a submisi, stabilitu a labilitu.

Introverze a extroverze patří mezi základní dimenze. Extroverti jsou orientovaní navenek, rychle navazují sociální kontakty, jsou impulzivní a ochotní riskovat. Introvertní lidé orientují naopak svoji aktivitu dovnitř, pomaleji navazují sociální kontakty, jsou spolehliví, pesimističtí a rádi moralizují. (Ruisel I., 2000)

Podle Eysenecka rozdíly mezi extroverty a introverty určuje dráždivost mozkové kůry. Dráždivost introvertů je vysoká, proto se vyhýbají dodatečné stimulaci. Naproti tomu u extrovertů se předpokládá vysoká dráždivost, proto vyhledávají další stimuly a podněty. Podle Robinsonovy teorie by introverti měli být vrozeně ve výhodě při úlohách učení. Naopak extroverti vynikají v pohotovém získávání automatizovaných motorických návyků. Podle téhož autora se introverti a extroverti také neliší ve všeobecné inteligenci, pouze v profilech. Introverti bývají lepší ve verbálních testech, zatímco extroverti ve výkonových úkolech. (Ruisel I.,2000)

## 6.7 Zájmy, hodnoty a postoje

Zájmy jsou kladné vztahy k určité oblasti předmětů nebo činností. Bývají často silným motivačním prvkem, který se vybízí k využití k práci s lidmi po poškození mozku (a samozřejmě nejen jich). Aktivizují člověka k rozvoji jeho schopností. Na vzniku a průběhu zájmových aktivit se podílí celá řada psychických jevů.

Zájmy lze rozdělit například na:

1. profesní zájmy
2. mimoprofesní zájmy
3. oceňovací zájmy (kulturní a estetické, intelektuální apod.)

Za základní znaky zájmů je považováno (Farková M., 2008, s.112-113):

- dlouhodobé zaujetí nějakou činností nebo věcí, které je spojeno s poznáváním
- výběrovostí
- vynakládáním úsilí, peněz a času, ochota postoupit riziko
- informovanost a zběhlost, zručnost v této aktivitě
- koncentrace pozornosti a míra zapamatovaných prvků v předmětné oblasti
- aktivní vzrušení v průběhu činnosti

Hodnoty jsou „zobecněním snahových tendencí člověka a přitažlivost zamýšleného cíle“ (Farková M., 2008, s.113). Autorka rozlišuje mezi aktuální (okamžitou) hodnotou a dlouhodobější životní orientací. Ty působí jako určitý životní program, který je relativně stabilní. V průběhu života dochází ke změnám a jejich formování na základě změn probíhajících ve vnitřním vztahovém rámci každé osoby. V této oblasti je velké spektrum orientace lidí. Někteří hromadí majetek, jiný vědění, společenské pozice, nebo moc.

Spranger určil šest typů:

1. ekonomický
2. mocenský

3. estetický
4. teoretický
5. sociální
6. náboženský

Frankl dělí hodnotové kategorie na tři typy:

- tvůrčí hodnoty – snaha něco umět
- zážitkové hodnoty – snaha něco prožít, někoho milovat
- postoje – schopnost nalézat smysl, postoje a vyrovnání (vůle po smyslu)

(in Farková M., 2008)

Postoji se zabývalo mnoho autorů, kteří se je snažili definovat. Farková M. (2008, s.114) uvádí definici: „postoje jsou stabilní systémy pozitivního nebo negativního hodnocení emočních pocitů a technik jednání týkajících se sociálních cílů“. Významně souvisí s motivy, hodnotami a zájmy. Mezi základní vlastnosti postojů patří:

- modalita – pozitivní, neutrální a negativní postoj
- intenzita – síla – od pozitivní přes neutrální po negativní
- trvalost a odolnost – vůči změnám, které souvisejí s jejich intenzitou

(Farková M., 2008)

## 7 Psychické procesy

K úspěšnému zvládnutí rehabilitačního procesu s výsledkem pracovního zařazení člověka s poškozením mozku je nutné pochopení základních adaptačních dynamismů. Je nutné si znovu uvědomit, že traumatické poškození mozku nebo cévní mozková příhoda vzniká většinou náhle a z plného zdraví a stává se tak významnou životní čarou, jejímž následkům je postižený člověk nucen neočekávaně čelit. Spouští se tím celá řada psychických procesů, které postupně prožívá a zpracovává.

### **7.1 Zvláštnosti vývoje osobnosti dospělých**

V období dospělosti se přepracovává a ukotvuje to, co bylo vytvořeno během dětství a mládí. Osobnost se zdokonaluje, rozvíjí a vznikají i nové vlastnosti. Utvářejí se určité osobnostní vlastnosti, které v této etapě probíhají a rozšiřuje se jejich počet. V dospělosti také dochází k větší integraci osobnosti a upevňuje se životní plán. Osobnost je relativně stabilní a během životních úloh, vlivem společnosti, sebevýchovou a sebeutvářením se dále formuje. (Hartl P., 1988)

U dospělých lidí, kteří utrpěli poškození mozku, může dojít ke zvýraznění některých rysů osobnosti, které dříve nebyly navenek znatelné. Zásahem vzniklého handicapu dochází k restrukturalizaci jeho žebříčku hodnot. Také dlouhodobá nebo častá hospitalizace v léčebných ústavech může zapříčinit oslabení původních širších sociálních vazeb a obvykle se omezí na nejbližší rodinu. Na rozsah sociálních dopadů má bezesporu vliv rozsah a následky poškození mozku, které dotyčný utrpěl. Při menším poškození a tedy i dřívějším návratu do původního prostředí se minimalizují i sociální dopady.

S větším rozsahem poškození se znatelně mění i životní plán člověka. S postupným uvědoměním si dopadů a trvalých následků traumatu nebo CMP si utváří nové cíle, které jsou více méně adekvátní míře poškození. Nejprve krátkodobé, později dlouhodobé cíle a jejich dosahování také usnadňuje psychické srovnávání se s novou životní etapou.

## **7.2 Adaptace na novou životní situaci**

Osobnost člověka je podmíněna a utvářena celou řadou vnějších i vnitřních vlivů. Především je osobnost podmíněna biologicky tím, že jsou určité psychické jevy projevem činnosti nervové soustavy. Odtud pramení temperament jedince. Tím spíše hraje biologický faktor roli u člověka s postižením centrální nervové soustavy. Dalším faktorem je genetická výbava jedince, která ovlivňuje další charakteristiky psychiky (např.inteligence).

Důležitou roli hraje celkový tělesný vzhled jedince, který je má velkou úlohu v navazování sociálních vztahů. Změněný vzhled bývá také často příčinou nejistoty a sníženého sebevědomí lidí po poškození mozku, zejména při centrální poruše faciálních nervů (n.facialis, n.trigeminus) kdy dochází k motorické a senzitivní poruše mimických svalů jedné poloviny obličeje. Postižený člověk má povislou tvář, oční víčko nedostatečně pokrývá bulbus, nebo naopak jej nedokáže otevřít, povislý koutek úst působí potíže při stolování, z úst mohou unikat sliny apod. Neschopnost ovládat mimické svaly obličeje také značně omezuje možnosti nonverbální komunikace prostřednictvím výrazů a gestikulace, což může u komunikanta vyvolávat pocity nejasnosti sdělení, jeho neúplnosti, nebo dokonce nesrozumitelnosti.

Sociální faktor se vyvíjí kontaktem s ostatními lidmi, množstvím a kvalitou podnětů, které na člověka působí.

Nejdůležitějším faktorem je vlastní aktivita jedince. Jeho reakcemi na okolní svět, osobní vztahy, jeho vlastním úsilím a činností vyvolává v okolí odezvy, které umožňují sebeuvědomování, formování představy o sobě, sebehodnocení apod. Roli hraje nejen to, co člověk konkrétně dělá, ale i to, jak své aktivity a reakce na ně z okolí interpretuje, jaký význam jim přikládá. To může mít pozitivní i negativní vliv. (Vágnerová M. a kol., 1999).

Podle Had-Mousové je velmi důležitá dimenze vnímání budoucnosti, zejména u lidí se získaným postižením. Vztahování k budoucnosti dává životu smysl a je rozhodující pro práci s takovým člověkem.



Vznik postižení je náročnou životní situací, která dlouhodobě působí na organismus zátěžově, zvyšuje stres a způsobuje celou řadu konfliktů, z nichž některé jsou pro postiženého člověka neřešitelné (např. životní ambice proti reálným možnostem). V praxi často vidíme, že i lehčí postižení může způsobovat těžší postižení psychiky, pokud se s ním postižený hůře vyrovnává. (Vágnerová M. a kol., 1999).

Podle Lazarusovy teorie (1980) lze nově vzniklé životní okolnosti hodnotit podle jejich významu pro daného člověka. Člověk postavený před určitou situací ji podle svého vnímání kvalifikuje jako neutrální, příznivě pozitivní a nebo jako stresující. Poškození mozku je v každém případě podnětem stresujícím, liší se však jeho psychické zpracování, které je závislé na individualitě člověka. Mohou vzniknout tři varianty jejího vnímání jako (1) ublížení/poškození, (2) ohrožení nebo (3) výzva. Právě na způsobu jejich zpracování je závislý další rozvoj onemocnění a úspěšnost celého rehabilitačního procesu. Lazarus upozorňuje, že dosud víme málo o tom, jaký typ osobnosti má sklon hodnotit stresové situace jako ohrožení nebo jako výzvu. Kloní se spíše k názoru, že na způsob vyhodnocování má vliv ranná socializace.

Za ohrožující stav člověk klasifikuje takové situace, kdy je hodnotí jako nepřátelské a nebezpečné a zejména nemá nástroje k jejich ovládnutí. Za výzvu může považovat stavy, kdy vnímá požadavek jako obtížný, ale je přesvědčen, že využitím dovedností, kterými disponuje, má reálnou šanci problém zvládnout. (Smékal V., 2002)

Během rehabilitačního procesu je dobré ukázat pacientovi jeho situaci z nahledu a nastínit možnosti využití jeho kompetencí k jeho rozvoji a zvládnutí problému. Tím se umožní rychlejší adaptace na stresující faktor, je možné efektivně využít k mobilizaci sil nemocného člověka a získat motivaci k osobnímu nasazení do vlastní rehabilitace.

Problematické zpracování stresové situace, které se u lidí po poškození mozku nezdívá objevuje je reakce tzv. „naučené bezmocnosti“ (Smékal V., 2002). Opačnou variantou je tzv. „hledáčská aktivita“ (Smékal M., 2002). Obě

možnosti vycházejí z charakteristiky osobnosti, která se vyvíjí v ranném dětství a částečně je ovlivněna i geneticky.

Podle amerických badatelů (J.E.Singer, 1972, M.E.P.Seligman, 1975 a dalších) vede k naučené bezmocnosti stres, který nelze dopředu předpovědět. Na pokusu se zvířaty dokázali, že u zvířat, která měli nějakou svou aktivitou možnost přerušit elektrický šok, nevznikají reakce zhroucení ve stresové situaci ve srovnání se zvířaty, která tuto možnost nemají. Ukazuje se jako rozhodující, zda jedinec má možnost již od začátku ovlivňovat zdroj stresu. V první etapě jednoho pokusu nemohla pokusná zvířata nepříjemnou situaci ovlivnit. Když pak v druhé části pokusu tuto možnost získala, nedokázala ji využít. Psi pasivně a netečně leželi, způsobilost čelit stresorům se u nich nevytvořila. (převzato z: Smékal V., 2002, s.268).

Z uvedeného pokusu vyplývá, že ke zvládnutí stresové situace je potřebná „naučená odolnost“ na ovlivňování stresu z dětství. Pokud je pacient vybaven na zvládnutí stresových situací, je u něj větší pravděpodobnost k nastolení tzv.hledačské aktivity při zápasu se získaným postižením.

Pocity bezmocnosti však mají také několik podob. Pokud má postižený člověk možnost připisovat původ svého nezdaru (tedy formě bezmocnosti vůči danému úkolu) vnějšímu faktoru, například nepříznivým podmínkám, špatnému terapeutovi apod. nedochází ke ztrátě sebeúcty jako v případě, že připisuje nedostatečnost sobě samému. Ztráta sebeúcty může vést k depresím a s ní spojeným problémům a zpomaluje tím možnost rehabilitace. Je-li však bezmocnost chápána a jako momentální indispozice, může být jedinec schopen se v další podobné situaci vzchopit a pokračovat dále. Je tedy důležité i vnímání problému v časovém horizontu buď jako neměnné a relativně trvalé, nebo jako nestálé a dočasné.

Aršavský a Rotenberg charakterizují dynamismus hledačské aktivity jako „úsilí buď změnit situaci, nebo změnit svůj vztah k situaci, přičemž může

chybět přesvědčení o tom, zda chování skutečně povede ke změně okolností“. Podle Smékala se tyto typy chování vyskytují nejen v záporných, ale i v kladných situacích. Dosáhne-li pacient při terapii vytyčeného cíle, pak se mu nabízejí dvě možnosti: buď se spokojí s tím čeho dosáhl, nebo si vytyčí nové cíle a vynaloží úsilí na jejich dosažení i za cenu možných ztrát a nezdaru.

V rámci rehabilitace vedoucí k pracovnímu zařazení je dobré pracovat také s emočním laděním osobnosti. Podle Seligmana (1994) lze naučit optimismu, což dokazuje, že možné vést člověka tak, aby byl schopen čelit zátěži konstruktivně.

### **7.3 Obranné mechanismy**

Naše osobnost si přirozeně vypracovává specifické postupy pro zvládnání stresových situací, které nás brání před úzkostí. U osob po poškození mozku se na psychické úrovni vynořuje celá řada obranných mechanismů na změny v životě, před které jsou postaveni. Pro úspěšné pracovní zařazení postiženého člověka je však vhodné tyto mechanismy pojmenovat a pracovat s nimi, neboť některé z nich mohou být překážkou pro úspěšné začlenění do pracovního kolektivu, nebo přinášet problémy v mezilidských vztazích.

*Agrese* – druh obrany útokem (přímá agrese, verbální agrese, upoutávání pozornosti, negativismus, hledání viníka...)

*Izolace* – zůstávání stranou, způsob, jak zamezit nepříjemným pocitům, např. studu

*Hostilita* – nevraživost, může být obrácená vůči světu nebo na sebe sama

*Ambivalence* – dvojznačnost prožívaných pocitů, např. naděje a zoufalství

*Introjekce* – nekritické přijímání obsahu podnětových situací

*Kompenzace* – náhrada; přestavba činnosti jiným směrem

*Potlačení* – obrana potlačením, osoba se snaží na nepříjemné pocity, potřeby, myšlenky nemyslet

*Narkotická aktivita (workoholismus)* – vrhání se do činnosti bez oddechu

*Projekce* – připisování vlastních potřeb, hodnocení, názorů, nedostatků apod. okolí

*Racionalizace* - únikový manévr, který chrání před přiznáním si něčeho nežádoucího. Může mít podobu omlouvání se, sebeospravedlňování, zdůvodňování.

*Regrese* – forma úniku, kdy se jedinec svým chováním navrácí do předchozího vývojového stadia

*Retroflexe* – akutní obracení se proti (Smékal, V., 2002),

*Splývání (konfluence)* – osoba nedokáže reflektovat hranici mezi sebou a okolím

*Sublimace* – transformace zážitků do jiných obsahů prožívání nebo jednání

*Substituce* – volba náhradního objektu uspokojení potřeby, v případě, že je původní cíl nedosažitelný

*Únik* – obranný mechanismus únikem nastává v případě, že vnitřní napětí je pro danou osobu nesnesitelné a nedokáže s ním bojovat

*Verbalizace* – dynamismus využívaný jako součást sebeprezentační strategie (Smékal V., 2002). Je podobný racionalizaci. Osoba, která není schopna něco opravdu prožívat umí většinou velmi přesně popsat své pocity.

Podle Vágnerové (1999) je u postižených lidí znatelná technika vyrovnávání se stresovou životní situací pomocí přímé agrese. Nemusí mít podobu fyzického násilí, ale často se mění na verbální agresi – urážky, nadávky, ironii, škádlení apod. U postižených jedinců zřejmě právě podrážděné verbální projevy přispívají k obecně rozšířené představě o jejich agresivitě. (Vágnerová M. a kol., 1999). Agresivitu je možné přenést na objekty - věci, které je možné zničit, nebo se může obrátit vůči sobě.

Smékal (2002) třídí také obranné dynamismy, které jsou bližší jednotlivým typům osobnosti. U sangviniků jsou časté dynamismy akceptace, identifikace, introjekce, inkorporace, konformita. Cholerici častěji využívají strategie zkreslení, deformace, které se projevují racionalizací, popírání

existence něčeho, selektivní nepozorností, disociací, fantazírováním, idealizací, projekcí, symbolizací, devaluací, intelektualizací, desenzibilizací nebo maskováním. Melancholici využívají dynamismů sublimace, přenosu, kompenzace, přesunu, reaktivních výtvorů, zlehčování vlastního předchozího jednání, askeze, tvořivost, fixace, konverze, inverze, substituce – to označuje za variantu přemístění. Dynamismy blokády jsou typické pro flegmatický typ osobnosti, který volí často vytěsnění, potlačování, záměnu, tlumení a odkládání akce.

## **7.4 Frustrace**

V náročných a mimořádných situacích, jaké bezesporu vznikají po poškození mozku se objevují specifické zákonitosti reagování. Ty však také směřují k navození psychické rovnováhy a k dosahování příjemného a vyhýbání se nepříjemnému. Pojem frustrace se podle Nakonečného (1996) používá k označení tří různých jevů, které jsou navzájem spojeny. Za prvé je to vnější situace, která blokuje dosažení cíle (uspokojení potřeby), nebo je to zadruhé vnitřní psychický stav, který tato situace vyvolává a vyznačuje se vznikem emoce (afektu) a vnitřního napětí s motivací překážku překonat. Za třetí se jedná o zvláštní způsoby chování, které jsou předchozím způsobeny a jsou nevědomým pokusem vyrovnat se s stresovou situací a zbavit se vnitřního napětí.

Pokud frustrace trvá delší dobu, nazývá se deprivace.

Každý člověk se vyznačuje svojí individuální mírou tolerance, odolností vůči frustrující situaci – tzv. frustrační tolerancí. Podle Nakonečného (1996) je slabá odolnost vůči frustracím dána dědičnou dispozicí (tzv. neuroticizmem), která je charakterizována zvýšenou emoční a neurovegetativní labilitou.

Frankl (1950) popisuje dva druhy frustrace:

1. existenciální frustrace – tj. ztráta smyslu života, která může vést až k těžkým depresím. Vyskytuje se nezářídka u osob po poškození mozku, kteří jsou pro své zdravotní omezení omezeni v mnoha oblastech života.
2. „reaktance“ – vyvolaná omezením osobní svobody, respektive pocitem tohoto omezení, která může vést až k výše uvedené „naučené bezmocnosti“

Frustrace a deprivace mají také motivační účinky. S narůstajícím „hladověním“ se zesiluje touha po uspokojení. To však funguje jen do určité míry. U člověka dochází při strádání v uspokojování potřeb k nastolení náhradních mechanismů. Rezignace na původní cíl tak nemusí nutně znamenat ztrátu aktivity, ale může dojít ke změně v nárocích a v jejich zaměření. (Nakonečný, 1996)

Setká-li se člověk s nějakou překážkou, pak se jí snaží odstranit. V případě, že se mu to nepodaří, narůstá jeho vnitřní napětí. Obvyklou reakcí je stanovení náhradního cíle. Nedaří-li se však frustraci zvládnout, může vést až k poruchám chování. Ale původní cíl neustále zvyšuje svoji atraktivitu a tím sílí snaha o jeho dosažení.

Frustrace může mít i pozitivní důsledky motivační. Její zpracování však závisí na osobnosti člověka, vnějších okolnostech, významu vytyčeného cíle a dalších kriteriích.

## ***7.5 Formování osobnosti u lidí s handicapem***

V procesu předcházení nebo překonávání defektivitu a handicapu hraje významnou roli prostředí. Člověk po poškození mozku přijímá nové role, které se utvářejí multidimenzionálně a v součinnosti s celou řadou různorodých vlivů. Podmínky prostředí mohou být biologické, psychologické, pedagogické,

fyzikální, technické, kulturní, politicko-právní, společenské a pracovní. V těchto oblastech se také projevují jejich osobní potřeby.

„Nedostatečná vybavenost handicapovaného (vnitřní podmínky) spolu s nepříznivými podmínkami vnějšího prostředí mohou podstatně měnit celou kvalitu života zdravotně postiženého“ (Jesenský, J., 2000, s.84)

## 8 Vzdělávání zdravotně postižených dospělých

Vzdělávací programy jsou klíčovým nástrojem k přizpůsobení pracovní síly požadavkům pracovního trhu. Kvalifikovanost lidí se zdravotním postižením je zásadním způsobem dána možnostmi přístupu ke vzdělání. Spektrum možností bylo ještě donedávna pro tyto lidi v České republice omezené, zejména v množství fyzických bariér, které znemožňovaly přístup do vzdělávacích institucí, knihoven i úřadů. V posledních letech je snaha o odstraňování fyzických překážek při vstupu do budov, budování alternativních přístupů, ale rozvíjí se také elektronizace dat a možnosti vzdáleného přístupu přes internet. Velké naděje se v současné době vkládají do rozvíjejícího se systému e-learningu, který umožňuje distanční, bezbarierové vzdělávání.

### 8.1 E-learning

S bouřlivým rozmachem informačních a komunikačních technologií se začala rozvíjet i nová forma vzdělávání e-learning. Vzhledem k jeho poměrně rychlému nástupu ještě nebyla tato forma výuky přesně definována. Jednou z definic může být: „E-learning je vzdělávací proces, využívající informační a komunikační technologie k tvorbě kurzů, k distribuci studijního obsahu, komunikaci mezi studenty a pedagogy a k řízení studia“ (Wikipedia)

Z dané definice vyplývá, že existuje celá řada možností jeho využití a to od ucelených kurzů zcela distančního charakteru, vystavení studijních materiálů na internetu, nebo může být jen doplňkem prezenční výuky. Písmeno „e“ v označení e-learning, nemusí nutně znamenat „elektronický“, ale také „everywhere“ (kdekoliv dostupné), „extended“ (rozšiřující), nebo „evolving“ (vyvíjející se)

E-learning nese celou řadu výhod při vzdělávání lidí po poškození mozku, z nichž bezesporu nejpodstatnější je odstranění fyzických bariér v přístupu ke vzdělání. Při pracovní integraci ho lze uplatňovat například při



rekvalifikacích, nebo dílčích školeních zaměstnanců firmy ke zvýšení jejich znalostí. Požadavkem na možnosti využití e-learningu je však dostatečné vybavení příslušnou počítačovou technologií, která musí být uzpůsobena na kompenzaci vzniklých zdravotních omezení. V rámci ergoterapie mají klienti příležitost se seznámit s nejrůznějšími modifikacemi jednotlivých pracovních vzdělávacích pomůcek – např. při poruše motoriky horních končetin lze upravit počítačovou myš na ovládání jazykem apod.

V případě zvyšování kvalifikace u lidí se zdravotním postižením lze využít také formu tzv. blended-learning, které je zajišťováno kombinací tradiční výuky s e-learningovými prostředky. Studenti s motorickým omezením tak mají možnost studovat doma, ale zároveň využít kontaktu s vyučujícím ve třídě, přijít do kolektivu ostatních studentů.

S rozvojem distančního vzdělávání se stále častěji začíná hovořit také o m-learningu, tedy přes mobilní telefon. Tam však vznikají další požadavky na velikost a orientaci obrazovky atd. Přes m-learning postupně směřujeme k u-learningu (u = *ubiquitous* = všudypřítomný), kdy se maximalizují příležitosti k učení, bude právo volby a výběru studia, umožní vzdělávání v souladu s osobními schopnostmi studenta a s vyloučením jakéhokoliv fyzického omezení a ponese i nároky na utváření nových výukových metod.

## **8.2 Zásady vzdělávání zdravotně postižených dospělých**

Předmětem vzdělávání zdravotně postižených lidí je edukace jedinců, u kterých jsou nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální sféře takového rozsahu, že vyžadují speciální individuální přístup, speciální metody a modifikovaný obsah vzdělávání. (Vašek Š. a kol., 1999)

Vašek (1999) rozlišuje pojem „postižení“ a „porucha“. Zatímco postižení pojímá jako „nedostatek v integritě orgánu, nebo funkce, který způsobuje těžkosti v kognici, senzorické sféře, v komunikaci, sociabilitě, v mobilitě a sebeobsluze jedince, v transformaci jevů a procesů do symbolických forem, jejich zpracování, uchování, vybavení a následných

operací s nimi. (...) Z etiologického aspektu je možné termín postižení chápat jako důsledek anomálního vývinu“ (Vašek Š., 1999, s.5). V případě poruchy uvádí na rozdíl od postižení její „relativní schopnost reparability, a to, že zasahuje zpravidla jen funkční sféru.“ (Vašek Š., 1999,s.5)

Vzdělávání zdravotně postižených jako vědní obor představuje relativně ucelený systém vědeckých poznatků o edukaci. Náplní speciální andragogiky je edukace a reedukace osob v zájmu jejich socializace nebo resocializace. Probíhá nejčastěji formou rekvalifikací či doškolení. Může se ale také jednat o speciální výcviky zaměřené na získání způsobilosti k ovládnutí nových pracovních technologií, kurzy na osvojení nových požadavků týkajících se používání kompenzačních nebo rehabilitačních pomůcek, inovační kurzy, pracovní zaškolení a podobně. „Posláním speciální andragogiky je pomáhat postiženým, nebo narušeným jednotlivcům k rychlému přizpůsobení se měnícím se podmínkám pracovního, společenského života vytvářením a upevňováním jejich kompenzačních a adaptačních mechanismů“ (Vašek Š., 1999, s.10-11)

V.Göllesz (1985) v rámci vzdělávání dospělých doporučuje následující zásady:

1. zásada využívání praktických (životních) zkušeností u vzdělávaného. Vzdělávání je potřeba zaměřit tak, aby její výsledky se mohly použít i v integrovaných podmínkách, tedy všestranně.

2. zásada přiměřeného zatěžování. To se týká zejména při posilování sebedůvěry postiženého člověka, napomáhá přizpůsobování se prostředí, napomáhá psychické aktivitě prostřednictvím umožnění prožívat úspěch a zintenzivňuje zájem jednotlivce o práci. Toho všeho je možné dosáhnout jen v případě adekvátního pracovního zatížení. Nepřiměřená zátěž snižuje chuť k práci, jako i sociální adaptabilitu.

3. Zásada adaptace. Individuální limity postiženého člověka vyžadují přiměřené přizpůsobení podmínek práce, pracovních nástrojů, určování adekvátních cílů a pracovních aktivit.

4. Zásada individuálního posuzování, zásada individualizace. Spočívá v individuálním posuzování osobnosti jednotlivce, jeho předchozímu vzdělání, životních podmínkách, věku, pohlaví, zdravotnímu stavu, komunikační způsobilosti, ochoty spolupráce, potenciálního výkonu a rehabilitační prognózy.

5. Zásada partnerství. Výchovné ovlivňování dospělých je možné jen za určitých podmínek. Je nutné vytvoření partnerského vztahu založeného na respektu a úctě k vychovávanému.

6. Zásada systematičnosti. Spočívá ve vytváření systematicky uspořádaných aktivit (z hlediska záměru, možností jejich plnění, proporcionality apod.)

7. Zásada soustavnosti a trpělivosti. Uplatňuje se obzvláště při přípravě a plnění individuálních vzdělávacích nebo pracovních programů. Nechat přiměřený čas na jejich pochopení, osvojení a plnění.

8. Zásada dynamičnosti. Spočívá v dynamickém přizpůsobování se vytyčeným cílům a metodám k jejich dosahování, v aktualizaci metod a prostředků výchovy, v adekvátní aplikaci odměn a trestů apod.

9. Zásada vedení k sebevýchově. Spočívá k podněcování a vedení postižených k tomu, aby i sami pracovali na sobě.

(Vašek, 1999)

Rolí ve vzdělávání hraje také míra stresu. Pokud je jeho intenzita optimální, je stres účinným prostředkem k učení se. Nízká intenzita nepůsobí dostatečně stimulačně a naopak pokud míra stresu přesáhne určitou hranici, schopnost učení inhibuje.

Při vzdělávání dospělých platí, že „jde o proces vedení ve formování člověka, který se uskutečňuje záměrně, tj. cílevědomě. Cílevědomost je spojená se smysluplností.“ (Jesenský J., 2000, s.25) Mále-li posoudit, k čemu vést dospělého handicapovaného člověka, musíme vyjít ze zhodnocení jeho:

- potřeb, možností a rolí jako individua
- podmínek a situací vymezujících kvality jeho života

- specifika běhu (procesů) jeho života

(Jesenský J., 2000, s.26)

Podle Jesenského (2000) je vhodné při vzdělávání vyzvednout celostnost osobnosti dospělého před mechanismem a redukcionismem. Přitom považuje za podstatné nazírat a hodnotit handicapovaného člověka, kvality jeho života, životní a výchovně vzdělávací situace ne jako situace negativisticky vyjímečné, stigmatizované, ale jako jevy chápané fenomenologicky. Jde nám přitom o pochopení míry možností a účelnosti těch hodnot, které vymezují pravý smysl života daného člověka.

## 9 Zaměstnávání zdravotně postižených

Zaměstnávání je jednou z důležitých otázek v reintegraci osob se zdravotním postižením. Je třeba poznamenat, že práce je pro většinu těchto lidí nejen zdrojem obživy, ale z výsledků výzkumu vyplývá, že je především prostředkem seberealizace a náplně života. Stává se ale také velmi důležitým prostředkem v udržování sociálních kontaktů. V teoretické rovině může zdravotně postižený člověk, pokud mu to dovoluje zdravotní stav, najít pracovní uplatnění na běžném trhu práce, nebo v organizacích, které se přímo zabývají zaměstnávání těchto občanů se speciálními potřebami (vytvářejí chráněná pracovní místa, nebo chráněné pracovní dílny). Takto upravených míst je však v současné době nedostatek a na normálním trhu práce se může vyskytovat diskriminace vůči jiným kandidátům na pracovní místo. Touto problematikou se zabývá jak zákoník práce, tak i zákon o zaměstnanosti.

„Jak zákoník práce, tak zákon o zaměstnanosti obsahují ustanovení o diskriminaci a jejím zákazu. Hlavní rozdíl mezi oběma zákony je v tom, že zatímco zákoník práce se vztahuje na již existující pracovněprávní vztahy, zákon o zaměstnanosti zakazuje diskriminaci již ve fázi, kdy je právo na zaměstnání uplatňováno. Z hlediska osob se zdravotním postižením je velice důležité, že oba zákony považují za diskriminaci i odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, která jsou nezbytná, aby tyto osoby měly přístup k zaměstnání, respektive k výkonu funkce či dalšímu postupu. Zákaz diskriminace v zákoně o zaměstnanosti by měl přispět i ke zlepšení situace zdravotně postižených uchazečů o zaměstnání, jejichž počet připadající na jedno pracovní místo je více než čtyřnásobný oproti celkovému stavu.“ (Hutař J., 2006, s.57)

V České republice funguje řada institutů, které vytvářejí podmínky pro co nejširší pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením. Pro všechny zaměstnavatele platí zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, který stanoví

povinnost všech zaměstnavatelů (s výjimkami viz zákon), zaměstnávajících více než 25 pracovníků povinnost zaměstnat alespoň 4% zaměstnanců, kteří jsou občany se zdravotním postižením. Alternativní možností plnění této povinnosti pro zaměstnavatele je odebírání výrobků nebo přijímání jiných plnění od organizací zaměstnávajících více než 50% zaměstnanců se zdravotním postižením, nebo odvádět 2,5 násobku průměrné mzdy v národním hospodářství za 1.-3.čtvrtletí příslušného kalendářního roku do státního rozpočtu. O této skutečnosti musí informovat Úřad práce. Při nesplnění této podmínky zaměstnavateli hrozí pokuta až do výše 1milionu korun. Stejná pokuta může být uložena i zaměstnavateli, který nepřizpůsobí pracovní podmínky a pracovní prostředí zaměstnávání osob se ZP.

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením nese zaměstnavatelům i výhody. Jednou z nich jsou úlevy na daních z příjmu.

„Za každého zaměstnance se zdravotním postižením se daň sníží o 18 000Kč o poměrnou část této částky, je-li výsledkem přepočteného počtu zaměstnanců desetinné číslo.“ (HUTAŘ, J., 2006, s.60). U osob s těžším zdravotním postižením je snížení daně o 60 000Kč.

Problematika chráněných pracovních míst a chráněných pracovních dílen je obsažena v § 75 – 77 zákona č. 435/2004 Sb. Úřady práce poskytují příspěvky na zřízení míst v chráněných pracovních dílnách. Výše příspěvku je úměrná stupni zdravotního postižení. Zaměstnavatel může získat i příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů takového pracovního místa. „Zaměstnavatelům zaměstnávajícím více než 50% osob se zdravotním postižením náleží příspěvek od úřadu práce ve výši 0,33násobku průměrné mzdy v Národním hospodářství za 1.-3.čtvrtletí předcházejícího roku a za osoby s těžším zdravotním postižením 0,66násobku.“ (HUTAŘ, J.,2006, s.61)

Pro osoby se ZP se nabízí také možnost samostatného podnikání. Zde platí stejná úprava jako pro u jiných občanů, ale platí zde skutečnost že: „dle vyhlášky MPSV ČR č. 115/1992 Sb. může být příspěvek až do částky 100 000

Kč poskytnut i těm občanům se zdravotním postižením, kteří začnou samostatně podnikat za podmínky, že jsou vedeni na Úřadu práce jako uchazeči o zaměstnání. Příspěvek je určen na vybavení nezbytnými prostředky pro výkon činnosti.“ (HUTAŘ, J., 2006, s.80).

Samostatné podnikání má výhodu pro osoby se ZP, že odpadá nutnost dodržování pracovní doby a pro osoby s částečným invalidním důchodem je cestou jak neztratit nárok na důchodové pojištění při zhoršení zdravotního stavu. Člověk se zdravotním postižením si také může samostatně upravit dobu výkonu práce, kdy mu to umožňuje jeho zdravotní stav a využívat svého zbytkového pracovního potenciálu.

Integraci osob se ZP také napomáhá tzv. podporované zaměstnání, kdy jsou vyčleněni specializovaní pracovní konzultanti, kteří identifikují jejich pracovní potenciál a kompetence a pomáhají s hledáním pracovního místa na otevřeném pracovním trhu. Součástí jejich práce je také vyjednávání se zaměstnavateli a podpora vytváření nových pracovních míst pro ZP. Předností tohoto typu podpory je vysoce individuální přístup a dlouhodobá práce s klientem, na druhé straně reflexe potřeb zaměstnavatele a návaznost na pracovní trh. Podporované zaměstnávání je zahrnuto v zákoně o zaměstnanosti v rámci pracovní rehabilitace, která je poskytována úřady práce, nebo jejich partnerskými agenturami. Pracuje se na základě pracovní rehabilitačního plánu, který sestavuje skupina odborníků.

Je nutné si také uvědomit, že samotnému zaměstnávání osob se zdravotním postižením může být překážkou i systém vyplácení dávek, různých forem finanční kompenzace a daňový systém. Pokud bude pracovní zařazení pro tyto lidi finančně nevýhodné, budou se častěji ubírat do ekonomické neaktivity.

## 10 Sociální zařazení do pracovního kolektivu

### 10.1 Integrace a adaptace

Návrat do pracovního kolektivu sebou nese celou řadu úskalí. Člověk po poškození mozku často ztrácí sebedůvěru a trpí pocity méněcennosti vůči ostatním spolupracovníkům. Zejména v případech, kdy postižený člověk před úrazem zastával vyšší pozici a je nucen snižovat své nároky na pracovní uplatnění. Tyto změny jsou často spojeny s pocity studu, vlastní nedostatečnosti a obav z přijetí ostatními kolegy.

Je nutné si uvědomit, že mozek je mimo jiné také řídicím centrem emocí a chování. Jeho poškozením se může začít vyskytovat celá řada nepředvídatelných reakcí na jinak běžné situace. Poškození mozku se tak stává zdrojem dlouhodobého stresu nejen pro postiženého člověka samotného, ale především pro jeho okolí, pro které mohou být tyto projevy často nepochopitelné a je nutné je na tyto situace předem připravit.

Příčinami poruch chování a emocí bývá v první řadě přímé poškození nervové tkáně zejména v oblasti čelního laloku. Vlivem poškození může také dojít k zvýraznění některých osobnostních rysů, které měl dotyčný člověk už před poraněním. Stres způsobený s adaptací na měnící se sociální postavení ve společnosti a další způsobuje velkou zátěž a postižený člověk se může stát agresivnějším, depresivnějším apod. (více v kapitole Psychické procesy). Přístup kolektivu, do kterého se postižený člověk vrací, může významně pomoci jeho adaptaci.

V průběhu času se u lidí po poškození mozku také často objevují deprese. Většinou doléhají v pozdější době, kdy si člověk začne plně uvědomovat rozsah všech ztrát.

V pracovním kolektivu může být velkou překážkou začlenění ztráta zábran a impulzivita. Při poškození oblastí na spodní ploše čelních laloků má dotyčný člověk problémy s regulací svého jednání a není schopen se mu vyhnout. Pro



okolí se toto stává velmi vyčerpávajícím a to i v případě, že jsou s problematikou důkladně obeznámeni.

Další z nejčastějších reakcí na poškození mozku je předrážděnost a výbuchy vzteku. Vzniká poškozením čelních laloků a limbického systému. Takový člověk mívá potíže s filtrováním emocí a v kolektivu si způsobuje vztahové problémy. Ve spojení nedostatku sebekontroly a s dlouhodobou frustrací např. pokud se dlouhodoběji nedaří splnit zadaný pracovní úkol tyto situace mohou vyústit až do agrese.

„Mezi časté vlastnosti člověka s postižením patří egocentrismus, který se projevuje jako upozorňování na sebe, vztahovačnost či přecitlivělost na skutečné či domnělé narážky na postižení, výkonnosti nebo vzhled. Tak i reálné nároky, příkazy či výtky nadřízeného mohou být postiženým interpretovány jako chování, vyvolané handicapem a jeho reakce může být zcela nepřiměřená,“ (Vágnerová M. a kol., 1999).

Další agresivní reakce mohou být vyvolány situacemi, v nichž se postižený cítí být objektem soucitu, který v sobě obsahuje zároveň i podcenění. (Vágnerová M. a kol., 1999)

Před vstupem do pracovního kolektivu je nezbytně nutné, aby všichni jeho členové byli s těmito příčinami i důsledky velmi důkladně obeznámeni. Pro uspokojivou spolupráci je v takových případech nutná velká míra trpělivosti a duševní odolnosti. V této situaci může být velmi nápomocen andragog, který plní roli informátora, může stanovit únosné hranice ve vztazích mezi členy kolektivu a aktivně pracuje na teambuildingu.

## ***10.2 Vnímání normality a abnormality, defektu a handicapu***

Pro socializaci postiženého člověka do kolektivu je důležité vnímání jeho osoby ostatními členy. Jejich náhled na zdravotně postiženého spolupracovníka je v interakci s jeho chováním. Trvalé zdravotní postižení mu

mění kvalitu života a možností seberealizace a opět se odráží v jeho osobních i pracovních vztazích. Jak uvádí Jesenský (2000), změna ještě neznamena abnormalitu, jak bývají některé prvky chování nesprávně chápány. Podle Syřišťové (1972) nechápeme normalitu jenom jako nepřítomnost nemoci, ani ne jenom jako dosažení „hotového ideálního stavu“, ale jako „proces, v němž člověk tvoří sám sebe a přetváří realitu, v níž žije“, jako „optimální varianty a možnosti lidského života“ v biologickém, psychologickém, sociálně ekonomickém, pracovním i kulturně humanistickém smyslu. (Jesenský, J., 2000, s.57)

Abnormalitou rozumíme poruchy optimálního rozvoje osobnosti, který má mnoho přechodných stupňů. Někdy lze rozlišovat mezi modalitami normálního chování zdravotně postižených a modalitami abnormálního chování příslušného osobám duševně nemocným nebo těžce sociálně deviantním. „Specifické, zdravotním postižením podmíněné projevy zdravotně postižených ve společenských, partnerských, rodinných, pracovních nebo jiných vztazích se pak nesprávně interpretují jako abnormalita.“ (Jesenský, J., 2000, s.58)

„Defektem (vadou) rozumíme ztrátu nebo poškození v anatomické stavbě organismu a poruchy ve funkcích organismu.“ (Jesenský, J., 2000, s.58) Jejich příčinami jsou v našem případě úrazy, nebo onemocnění mozku. „defekty se projevují jako anomálie vzhledu, chování, výkonnosti a jednání. Příčiny defektů jsou většinou zjevné, diagnóza, měření i prognóza jsou vysoce propracované.“ „Pokud defekt, zejména trvalý, vytvoří disabilitu a handicap, které vedou také k invaliditě, pak defekt tvoří podstatnou složku invalidity“ (Jesenský J., 2000, s.58)

Podle Jesenského má defektivita výrazné psychosociální dimenze, tzn. že vzniká na podkladě očekávané nebo skutečné negativní reakce prostředí na defekt. Příčinou defektivy je nevhodná reakce na defekt. Defektivita je tedy důsledkem defektu a nemusí být přímo úměrná jeho stupni. Jesenský (2000) uvádí několik vnějších příznaků defektivy, mezi které patří změny v učení a v chování, změny v pracovních aktivitách, změny ve společensko-kulturních

aktivitách, změny v zaměření osobnosti a motivaci, změny v potřebách a hodnotovém systému. Upozorňuje ale také na skutečnost, že původ změn v těchto oblastech nemusí být pouze výsledkem defektu. Na vývoj defektivity mají vliv stresy, deprivace, frustrace (pracovní, společenské atd.) a snížená adaptabilita.

## 11 Pracovní motivace

Hybnou silou chování postiženého člověka je motivace. Pro její vznik je podkladem úsilí o navození homeostázy (vnitřní rovnováhy). Cílem, neboli motivem pro chování individua se stává to, co je hodnotné a hodnotou je to, co vede k uspokojování potřeby. (srovnej: Hylík, Nakonečný, 1977)

Chování člověka má nějaký vnitřní důvod, smysl a probíhá určitým způsobem. Podle Nekonečného je způsob chování určován situačními klíčovými podněty, tj. kognitivní analýzou situace a každý dosahuje téhož cíle různým způsobem. Motivace a chování tedy není totéž. (Nakonečný, 1998)

Otázka motivace k pracovnímu zařazení a učení se novým věcem je velmi individuální. Mužík (2005) například vybízí k sepsání důvodů k učení na papír a určit pořadí jejich závažnosti. Mnohdy podle něj také pomáhá autosugesce typu „Když to zvládli jiní, zvládnou to také“. Dále také konstatuje, že „Žádná motivace není tak úspěšná jako úspěch“ (Mužík J., 2005)

Podle Muchinskeho (1993) je třeba splnění třech podmínek pro to, aby člověk vyvinul úsilí:

1. jeho úsilí musí být následováno přiměřeným výsledkem
2. výsledek jeho činnosti musí být následován odměnou
3. tato odměna musí mít pro pracovníka význam

Herzbergova dvoufaktorová teorie motivace a uspokojení z práce vychází z poznatku, že lidé mají v práci největší radost ze svěřené zodpovědnosti, splnění úkolů a pocitu rostoucí profesionality. Jejich motivátory mají spojitost s potřebou seberealizace. Na druhou stranu pocit nespokojenosti vyvolává nepřiměřená mzda, špatné pracovní podmínky, nedostatečný pocit jistoty, špatné vedení a podobně. Tyto faktory nespokojenosti souvisejí s potřebami, které uvádí Maslow na nejnižších úrovních pyramidy (viz dále). Důležité je pro nás Herzbergovo konstatování,

že motivaci je možné zvýšit uplatněním faktorů spokojenosti – motivátorů, kterých si jedinec cení. Uspokojení z práce pravděpodobně bude klesat, pokud budou zastoupeny faktory nespokojenosti. Zajímavé je také zjištění, že nespokojenost lze sice odstranit změnami např.v odměňování, zlepšení pracovních podmínek atd. ale samo o sobě to motivaci nezvýší. Herzbergova teorie má však nedostatky. Předpokládá, že pokud zvýšíme uspokojení z práce, povede to ke zvýšení motivace. To však neplatí vždy. „Spokojenost“ a „motivace“ jsou dvě rozdílné věci. Další nesrovnalostí je i fakt, že některé pracovníky skutečně motivuje např.plat. Zde záleží na stupni vývoje země, ve které je zaměstnán a tedy na uspokojování jeho základních potřeb.

S potřebou seberealizace jako první přišel Maslow (viz obr.č.1). Vychází z potřeby člověka naplnit své schopnosti, potenciál a touhu po osobním růstu. Podle něj ztráta významu a nedostatek motivace nesouvisí tolik s nenaplněnými sociálními potřebami, ale spíše s vrozenou lidskou potřebou maximálně rozvíjet vlastní schopnosti a dovednosti – tedy s potřebou seberealizace.

(Open University Course Team, 1996)



Obr.č.1 Maslowova teorie potřeb

Ve starším pojetí motivace se uvádělo, že v lidském životě je vše řízeno biologicky danými instinkty, které jsou neměnné. Toto tvrzení se opíralo o tyto termíny:

1. Instinkt – Vystihuje typické chování zvířat a u člověka u momentů chování, které máme společné se zvířaty.
2. Pud – je dán organicky a biologicky (hlad, žízeň, sex)

V novějším pojetí motivace se hovoří o termínech:

1. Podněcení – aktivace – je-li organismus připraven na působení podnětu
2. Homeostáza – udržení stálosti vnitřní rovnováhy
3. Potřeba – chybění něčeho, nebo motiv (biologický nebo kognitivní)
4. Nasycení- saturace – při relativním uspokojení potřeby dochází k dočasnému oslabení puzení.
5. Směrování k aktivaci – směrování k určité hladině aktivace, která vyvolává libost nebo vzrušení.

(Farková M., 2008)

Farková (2008) dále uvádí formy motivace – potřeby, zájmy a ideály. Druhy potřeb:

- a) biogenní či fyziologické – mezi ně patří biologické potřeby organismu jako pohyb, potrava, odpočinek ...
- b) sociogenní či psychogenní – sem řadí potřeby člověka v rámci společnosti – uznání, výkon, kompetence.

V případě udržování motivace je nutné neustálé dosycování těchto potřeb, ale každý má jinou míru, která je pro něj uspokojivá. V opačném případě (neuspokojování potřeb) může docházet k frustraci, nebo až deprivaci).

K tomu, aby motivy mohly být naplněny je potřeba jisté energie, která může být ve formě puzení k dosažení cíle, nebo stanovení prostředků a kroků k jeho dosažení, anebo energie, kterou je člověk ochoten investovat k dosažení cíle. (Farková, 2008)

H.A Murray (Rathus, 1984) chápe potřebu úspěchu jako proces, kdy je člověk nucen překonávat překážky, má příležitost uplatňovat své schopnosti a snaží se splnit úkol. D.McClelland s dalšími badateli zkoumal tuto potřebu úspěchu a došel k závěru, že lidé s vysokou úrovní uspokojování potřeb jsou soutěživí a jejich cílem je jejich ukázkový výkon při uplatnění svých schopností. Naopak lidé s nízkou úrovní saturace spíše upřednostňují úkoly jednoduššího charakteru, protože jejich zvládnutí potvrzuje jejich kompetence, nebo naopak velice složité úkoly, které v případě jejich nezvládnutí na ně nevrhají špatné světlo. Výkonová motivace se podle těchto autorů obvykle utváří během ranného dětství, kdy patrně docházelo k jejich vnitřnímu přijetí a zakotvení výkonových požadavků svých rodičů a v dospělém věku pak tito lidé soutěží s vlastní nasazenou příčkou. To pak ovlivňuje individuální míru, při které u člověka dochází k vnitřnímu uspokojení nebo naopak zklamání z vlastní neschopnosti. (Farková M., 2008)

Existuje zde ale i opačná tendence chování, kdy se dotyčný snaží vyhnout neúspěchu. Vyskytuje se buď v případech, kdy se lidé bojí vlastního selhání, proto se těmito situacím vyhýbají nebo na druhé straně snaží neúspěchu vyhnout tím, že tvrdě pracují na zvládnutí úkolu. (Farková, M., 2008)

„Vůle je soubor psychických procesů a vlastností, které řídí chování a dosahování cílů“ (Farková M., 2008) Jedná se o další rys osobnosti, kterým se lidé odlišují. Vůle obsahuje tři úrovně – vrozenou, osvojenou a volenou. „Volní procesy integrují několik rovin, ve kterých volní činnost probíhá (Farková M., 2008):

1. Rovina imaginace – přítomnost představ o cíli a možném řešení
2. Rovina energetická – potenciál energie potřebný k dosažení cíle
3. Rovina potřeb – na začátku volního úsilí bývá pociťováno puzení ve směru saturace některé potřeby
4. Rovina kognitivní – vědomé zvážení prostředků k dosažení cíle
5. Rovina emoční – při dosažení cíle dochází k úlevě a poklesu emoční tenze

(Farková M., 2008)

Farková (2008) dále uvádí, že vzhledem k vlastnostem osobnosti lze rozlišovat následující volní vlastnosti:

1. Svědomitost – určuje chování, které vede k dosažení cíle
2. Rozhodnost – ovlivňuje racionálně odůvodněný způsob řešení
3. Vytrvalost – charakterizuje schopnost dovést úsilí do konce
4. Statečnost – je charakterizována schopností překonávat na cestě k cíli určitou míru strádání
5. Odpovědnost – je dána vnitřní aktivitou a rozhodováním ve vztahu k druhým lidem a k sobě

U osob po poškození mozku se v rámci organického psychosyndromu může objevit tzv. hypobulie, která je charakterizována nerozhodností k započetí nějaké činnosti.

Lidské potřeby lze seřadit od nejzákladnějších fyziologických potřeb až k potřebě seberealizace. Jsou-li uspokojeny základní potřeby, uvolňuje se energie k uspokojování vyšších potřeb. Lidé navíc mají potřebu určité míry autonomie a nezávislosti a příležitosti k rozvoji vlastních dovedností.

## **11.1 Volba cíle**

Vůle je vnitřní stav, který nelze vidět, nebo jinak vnímat, proto pro jeho poznání je třeba pozorovat, jak se postupně vyvíjí, je třeba pozorovat sama sebe a získat poznatky o svém vnitřním světě pomocí rozumu. Výsledkem je popis, ze kterého lze vycházet při volbě cíle.

Lidský úkon je tedy zaměřen k cíli. Vůle je řízena tím, že chceme něčeho dosáhnout, proto je třeba stanovit cíl a zvolit prostředky, kterými ho můžeme dosáhnout. Před tímto procesem je nutné cíl nejdříve poznat a zjistit, zda je pro nás jeho uskutečnění výhodné, nebo je lepší zvolit cíl jiný. To se



uplatňuje nejen např.při nákupu auta, ale také při výběru povolání. (Marek, 2000)

Při výběru povolání se obvykle nabízí výběr z několika možností, ze kterých si člověk musí zvolit. Měl by mít k dispozici co možná nejvíce informací o nabízených pozicích a oborech. V samotném výběru hraje roli záliba. Po zvážení objektivních i subjektivních (nadání) možností se zaměří na vybraný cíl. To je další etapa výběru volní činnosti. Poté je třeba hledat prostředky, jak tento cíl uskutečnit. Prostředků může být víc, ale pro konkrétní provedení je třeba se rozhodnout pro jeden z nich. Tuto volbu řídí rozum. Po prozkoumání různých možností se vhodnými prostředky nastupuje další stadium volního rozhodnutí a to je souhlas. Pokud se podaří realizovat prostředky a po určité době dosáhnout cíle, výsledek působí radost a požitek. (Marek, 2000)

K zajímavým výsledkům došel Lindworsky při jeho experimentu volní činnosti. „Pokusné osoby měly za úkol rozhodnout se pro věci nepříjemné (překonávání překážek), jako čichání k sirovodíku, zpívat píseň atd. Pokusné osoby nebyly zasvěceny do problému volní psychologie a proto jejich výpovědi nemohly být ovlivněny názory experimentátora. Uvědomovaly si rozlohu mezi možností souhlasu a nesouhlasu. Dovedly postihnout, kdy nastává počáteční stadium rozhodování, jak postupuje jeho zrání až ke konečnému stadiu, a to pod vlivem motivů. Slovní formulace rozhodnutí není nutná, ale mnohdy se cítí pokusné osoby k tomu puzeny. Rozhodnutí musí mít konečnou platnost. Před konečným rozhodnutím se dostavuje náklonnost k souhlasu nebo k zamítnutí. Touha říci ano nebo ne, ještě není rozhodnutím, i když potom rozhodnutí následuje. V případech, kdy není nutné říci energicky ne, pak mnohdy touha říci ano nebo ne splývá s konečným stanoviskem. Pokusné osoby si rády všímaly názorných a obsahových zážitků. Prožívaly také organické vjemy, ale zážitek vlastního rozhodnutí vystupoval daleko více do popředí“ (Marek, 2000, s.413)

Počáteční a konečné volní stadium rozhodování má povahu citu. Je to však cit volní, nikoliv smyslový. Tyto dva lze rozlišit pouze tehdy, pokud je

jejich působnost izolovaná. Vůle je ovlivňována mravní povinností, které se smyslové city vzpírají. „Volní rozhodnutí je klidné a podobně i volní city nejsou doprovázeny tělesnou změnou, jako city smyslové. Naproti tomu jednání, které je doprovázeno smyslovým citem, je divoké“ (Marek, 2000, s.414) Lidé, kteří nemají silnou vůli a jsou nuceni k výkonu něčeho nepříjemného se musejí nejdříve „dopálit“ a slabost vůle tak nahrazují smyslovým citem. Jejich práce je pak divoká a když ji hned nezačnou uskutečňovat, jejich energie vyprchá a v úkolu zklamou. V případě, že jde záliba smyslová se zalíbením vůle současně je pak rozhodování harmonické a průběh daleko snadnější a způsobuje radost. Citové nadšené významně napomáhá v překonávání překážek.

V případech volby a rozhodování u lidí po poškození mozku je třeba poznamenat, že tyto popsané procesy jsou do značné míry omezené. Smyslové záliby jdou často opačným směrem než rozhodnutí vůle z důvodu překážky jejich hendikepu. Výsledkem je duševní boj a rozervanost. Správný způsob rozhodování podle Marka je takový, že rozhodování následuje po důkladném pozorování a přemýšlení o úkolu. Jakmile dojde k rozhodnutí, pak je třeba k němu celou osobností přilnout. Marek upozorňuje, že je důležité dovést zaujmout pro daný úkol i city a odstranit překážky, které by brzdily, nebo rozdvjovaly zájem.

„Cíl musíme nejdříve poznat a ve vůli vzniká zalíbení pro cíl a zaměření k cíli. Pak hledáme prostředky k uskutečnění cíle a střídá se činnost rozumu a vůle. Rozum radí, vůle dává souhlas, rozum zkoumá nejvodnější prostředky a nastává volba. Po provedení vnějšího úkonu a dosažení cíle se dostaví radost“ (Marek, 2000, s. 415)

## 12 Problematika nezaměstnanosti zdravotně postižených

Cílem dnešní společnosti by mělo být vytvoření takových podmínek, aby v ní nikdo nebyl omezován ve svých právech, dostupností zaměstnání, zdravotním stavem nebo v přístupu ke vzdělání. Prevencí sociálního vyčlenění je placené zaměstnání, které zároveň splňuje nároky na kvalitu, vzdělání, ale i odpovídající příjem. Zaměstnání napomáhá zvyšovat kvalitu života zdravotně postižených lidí, ale je nutné si uvědomit, že je to jen jedna z oblastí sociálního zařazení.

Pracovní začlenění představuje především uspokojení z ekonomického hlediska, ale zároveň sebou nese řadu sociálně-psychologických efektů. Pro mnohé z řad zdravotně postižených občanů po poškození mozku může však být velice obtížné, vzhledem k časté redukci jejich schopností. Obecně lze říci, že zdravotně postižení jsou skupinou, která je vystavena vyššímu riziku nezaměstnanosti. Dlouhodobou nezaměstnaností jsou postiženi až čtyřikrát více zdravotně postižení občané se základním vzdělání, než zdravotně postižení s alespoň středoškolským vzděláním s maturitou. ([www.mopo-cz.eu](http://www.mopo-cz.eu)) Podle téhož zdroje jsou daleko více nezaměstnaností postiženy ženy, než muži a také zdravotně postižení lidé vyšších věkových kategorií. Starší lidé často na zaměstnání rezignují a stahují se do ekonomické neaktivity.

Možnosti ovlivňující zaměstnávání zdravotně postižených osob po poškození mozku vycházejí především z individuálního zdravotního (pracovního) omezení. Významným faktorem je také situace na pracovním trhu a kvalitou sociální politiky. Dalšími důležitými faktory jsou sociální podmínky a existence fyzických barrier.

Zdravotní handicap může pro zaměstnavatele znamenat snížení produktivity práce. Tyto nevýhody lze řešit různými formami podporovaného zaměstnávání, zvýhodněním pro zaměstnávání osoby se ZP apod. V případě lidí po poškození mozku nese celou řadu znevýhodnění také fakt, že se bývá častá kombinace několika omezení u jedné osoby.

Je také potřeba zmínit, že do ekonomické neaktivity se často ubírají lidé, pro které je návrat do pracovního procesu ekonomicky nezajímavý vzhledem k výši sociálních dávek a různých forem finanční podpory sociálním systémem.

Návratu lidí po poškození mozku do pracovního procesu také často brání přetrvávající diskriminace lidí se zdravotním postižením. Postupně se však přístup ke zdravotně postiženým mění. Přestávají být vnímáni jako „pasivní příjemci dobročinnosti“ ([www.mopo-cz.eu](http://www.mopo-cz.eu)), ale klade se čím dál větší důraz na jejich práva a poskytování všech dostupných podmínek pro jejich maximální začlenění.

Integraci zdravotně postižených je věnována velká pozornost ve vyspělých státech Evropské unie. Jedná se například o kvalitu rehabilitace ve všech jejích složkách, zajišťování bezbarierovosti, informování veřejnosti danou problematikou, prevence a potírání diskriminace na straně zaměstnance i zaměstnavatele. Postupně se také ustupuje od programů, které jsou úzce zaměřeny na zdravotně postižené občany a posilují tak jejich vylučování z většinové společnosti. S tím je také spojena otázka chráněných dílen a chráněných pracovních míst. Jejich výhodou zůstává fakt, že utvářejí podmínky pro zaměstnání lidí i s těžším stupněm postižení, zajišťují také kontakt s kolektivem lidí, dávají možnost smysluplného vyplnění času a rozvíjí jejich dovednosti. Na druhou stranu se však ukazuje, že jen minimální procento ze zaměstnanců chráněných pracovních dílen přechází do otevřeného pracovního trhu. Dochází také k druhotnému vyčlenění těchto lidí ze společnosti jejich separací a brání tak jejich možné integraci. Kolektiv lidí, se kterým se setkávají je opět okruh zdravotně postižených. Jednou u možných cest je již výše zmíněná finanční podpora a výhody pro zaměstnavatele na vytváření pracovních míst pro zdravotně postižené občany. Tyto dotace by měly stimulovat nejen k zaměstnání, ale také dostatečně kompenzovat nižší pracovní produktivitu. ([www.mopo-cz.eu](http://www.mopo-cz.eu))

## **Závěr**

Lidská mysl v sobě skrývá mnohá tajemství a není v našich silách poznat veškeré její procesy nebo dokonce zcela předvídat reakce na vnější podněty. Je nesčetné množství variant a kombinací vlastností, rysů osobnosti a vnějších a vnitřních vlivů, které ovlivňují osobnost a její myšlenkové pochody. Při práci s dospělými lidmi po poškození mozku to platí dvojnásob. Reakce na zásah nemoci do života dospělého člověka může mít velké množství podob. Jisté však je, že poranění mozku má závažný dopad na všechny stránky života postiženého člověka. Zasahuje do osobního, rodinného i do pracovního života. Míra pracovního začlenění lidí po poškození mozku je v České republice nízká, přestože zaměstnání má nezastupitelnou roli v procesu jejich integrace.

## **Průzkum**

### ***Vymezení cíle***

Cílem prováděného průzkumu je analyzovat potřebu lidí po získaném poškození mozku se opětovně začlenit do pracovního procesu, získat informace o jejich motivech k práci a zjistit, jaké jim byly poskytnuty služby, zdroje a množství potřebných informací z různých institucí.

### ***Cílová skupina***

Do průzkumu se zapojilo celkem 32 respondentů trvale žijících na území ČR, v produktivním věku (od 18 do 60let), kteří prodělali poranění mozku úrazem, nebo lidé po cévním poškození (CMP).

### ***Sběr dat***

Pro velkou specifickou potřebu respondentů byl ke sběru dat použit elektronický dotazník. Tato forma umožnila snadné a cílené šíření mezi respondenty, zároveň jim umožňovala se jednotlivým odpovědím věnovat bez časového omezení a v domácím prostředí. Obsahem bylo 13 otázek, z nich 4 otázky byly otevřené, 9 otázek uzavřených s možnostmi výběru jedné, nebo více odpovědí.

## **Seznam otázek:**

### ***Otázky č.1-4 - identifikační otázky***

- obecné informace o respondentech (pohlaví, věk, vzdělání, doba od vzniku poškození mozku, původní povolání)

### ***Otázka č.5 Chcete se vrátit do svého původního zaměstnání?***

- zkoumá motivaci k návratu do pracovního procesu

### ***Otázka č.6 Byl/a byste ochoten/ochotna nastoupit na nižší/jinou pozici, než zůstat doma?***

- zaměřuje se na ochotu změny pracovní pozice

### ***Otázka č.7 Jaké jste vykonával povolání bezprostředně před vznikem onemocnění/úrazem?***

- zjišťuje, jaká část respondentů vykonávala manuální práci a jaká část pracovala duševně před vznikem onemocnění

### ***Otázka č.8 Je pro Vás návrat do (jakékoliv) práce důležitý? Pokud ano, uveďte proč.***

- je otevřenou otázkou, zjišťuje motivy k návratu do pracovního procesu

### ***Otázka č.9 Jaká máte omezení bránící (omezující) návrat do pracovního procesu?***

- zjišťuje omezení, která způsobují respondentům v běžném a pracovním životě komplikace

### ***Otázka č.10 Vytváří Váš zaměstnavatel pracovní prostředí pro osoby se zdravotním postižením (bezbarierový přístup, úpravy pracoviště..)***

- zjišťuje ochotu zaměstnavatelů o přizpůsobení pracoviště (bezbarierovost, úprava pracovního místa apod.)

***Otázka č.11 Pracujete nyní?***

- zkoumá, kolik z respondentů se skutečně vrátilo do zaměstnání po poškození mozku

***Otázka č.12 Prošli jste některou z forem přípravy na návrat do zaměstnání?***

***Pokud ano, vypište prosím jakou a kde byla absolvována.***

- je otevřenou otázkou, zjišťuje, zda respondenti prošli jakýmkoliv druhem proškolení, nebo přípravy na návrat do zaměstnání

***Otázka č.13 Uvítali byste nějakou formu přípravy před návratem do zaměstnání, která by Vám usnadnila orientaci v možnostech dalšího vzdělávání a rekvalifikací?***

- zjišťuje zájem o ucelenou přípravu na návrat do zaměstnání



## Vyhodnocení:

### Otázka č.1

Z oslovených respondentů bylo 75% mužů a 25% žen.

Tab č.1 Rozložení respondentů podle pohlaví

Pohlaví	počet	počet v %
Ženy	8	25%
Muži	24	75%
Celkem	32	100%

### Otázka č.2

Se zvyšujícím se věkem stoupá i incidence CMP. Naopak traumatické úrazy mozku postihují častěji lidi ve věku do 25let (Mayer 1994, in [www.poranenimozku.cz](http://www.poranenimozku.cz)). K průzkumu se podařilo zajistit skupinu téměř vyrovnanou v zastoupení všech věkových skupin v podobné míře. 28% respondentů bylo ve věku 18-29let, 28% 30-45let, 46-55let tvořilo 25% respondentů a respondenti nad 56let zastupovali necelých 19%.

Tab č.2 Rozložení podle věku

Věk	počet	počet v %
18-29	9	28%
30-45	9	28%
46-55	8	25%
56 a více	6	19%
Celkem	32	100%

### Otázka č.3

Doba uplynulá od vzniku poškození mozku je jedním ze zásadních parametrů pro vyjádření šancí na uplatnění člověka po poškození mozku. V průběhu rehabilitace (nyní zejména léčebné) jsou patrné největší pokroky v prvních měsících od vzniku poškození zhruba do 1 roku. V době od 1-3 let jsou možné pokroky v menším měřítku, prodlužuje se také doba jejich tréninku. Od třetího roku se stav považuje za trvalý. Lze tedy očekávat, že lidé, kteří utrpěli poškození mozku v době do 1-3let (tato hranice je však velmi individuální) ještě stále mají rezervy pro rozvíjení a reedukaci schopností a mají prostor na lepší uplatnění na trhu práce v budoucnu.

Z oslovených respondentů bylo méně než 1 rok po poškození 13%, 1-3roky 22%, 3-5let 34%, 5 a více let 31% dotázaných.

Tab č.3 Doba uplynulá od vzniku poškození mozku

Doba od vzniku poškození	počet	počet v %
méně než 1 rok	4	13%
1-3 roky	7	22%
3-5 let	11	34%
5 a více let	10	31%
Celkem	32	100%

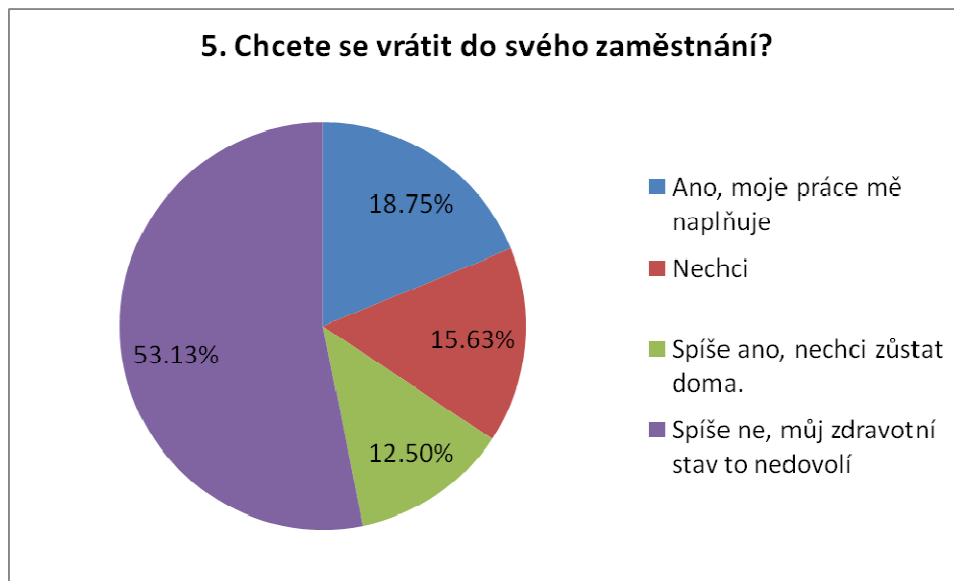
### Otázka č. 4

Rozložení vzdělanosti – 9% základní vzdělání, 19% vyučení, 34% středoškolské vzdělání s maturitou, 38% vysokoškolské vzdělání

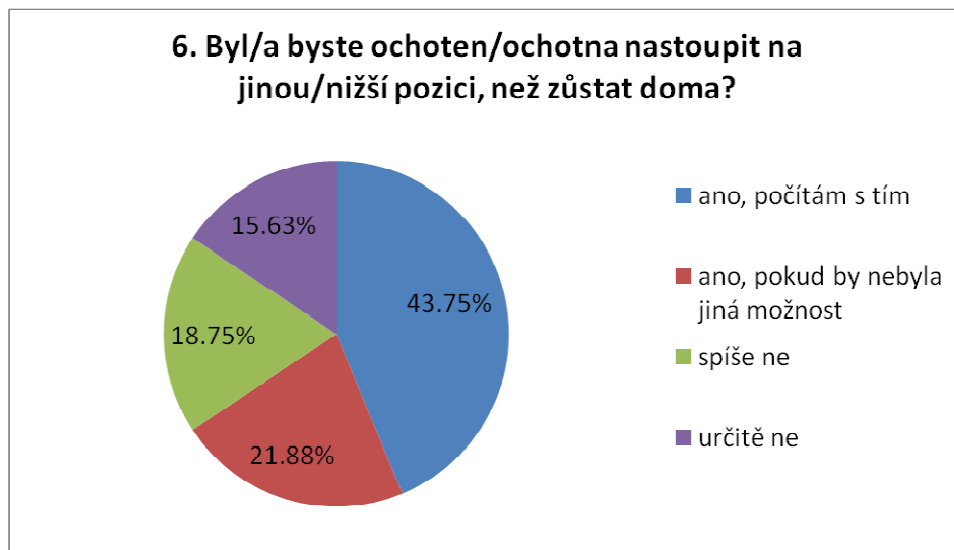
Tab č.5 Rozložení vzdělanosti

Rozložení podle vzdělanosti	počet	počet v %
Základní vzdělání	3	9%
Vyučen/a	6	19%
Středoškolské s maturitou	11	34%
Vysokoškolské	12	38%
Celkem	32	100%

Otázka č. 5



Otázka č.6



*Otázka č.7*

Povolání, které respondenti vykonávali před vznikem poškození bylo z 28% manuálního charakteru, 72% duševního charakteru.

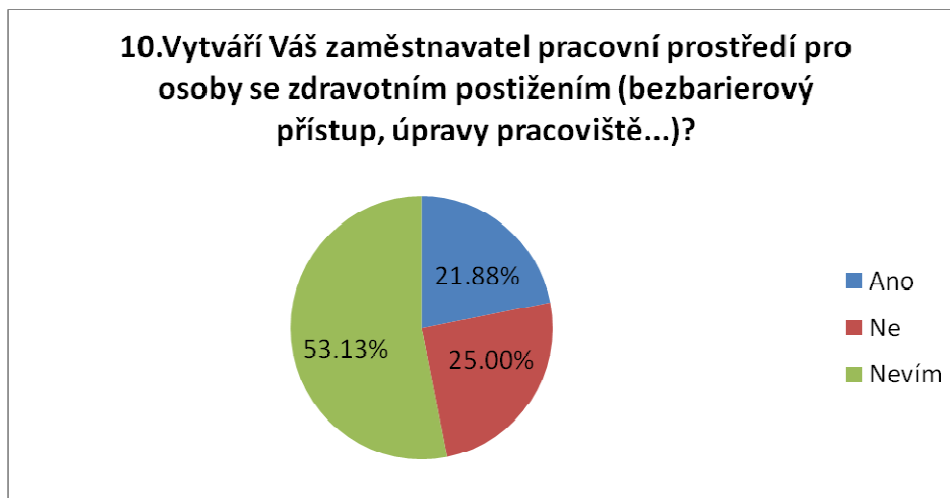
*Otázka č.8*

Na otázku, zda je pro respondenta návrat do práce důležitý a proč, nejčastěji uváděli jako důvody potřebu seberealizace a smyslu života, potřebu sociálních kontaktů, pocit užitečnosti a finanční důvody.

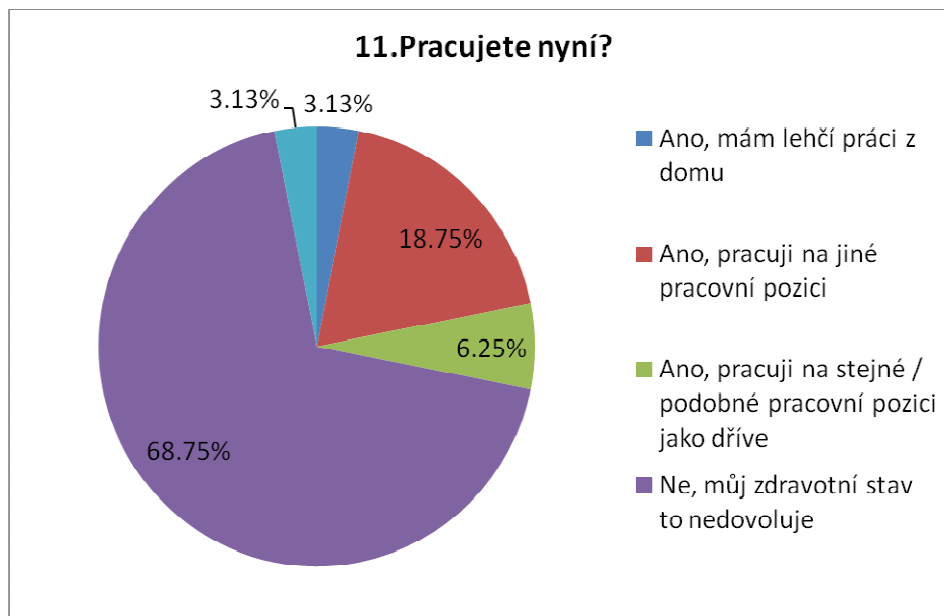
*Otázka č.9*

Většina z dotázaných respondentů měla kombinaci dvou a více motorických, kognitivních nebo jiných omezení.

*Otázka č.10*



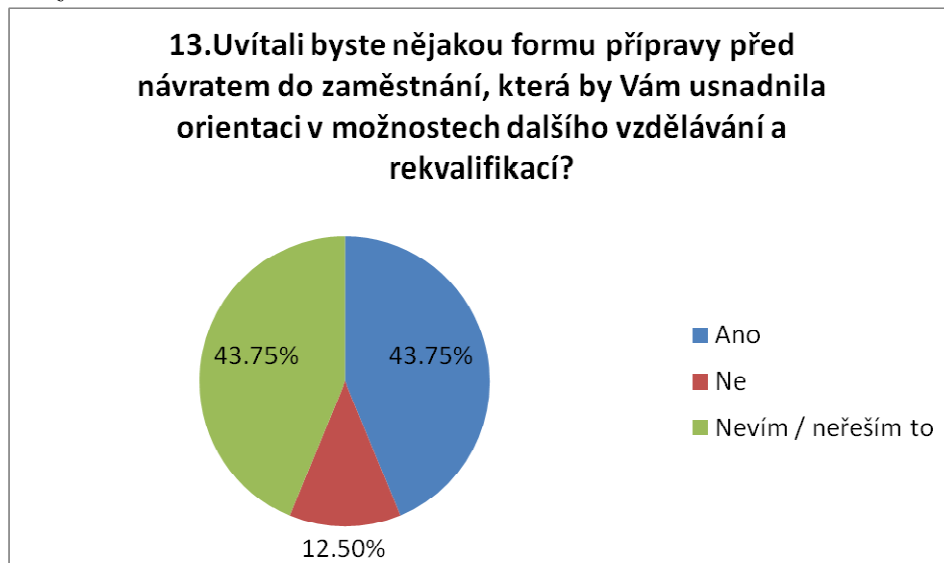
*Otázka č.11*



*Otázka č.12*

Z oslovených respondentů drtivá většina odpověděla, že neprošla žádným typem přípravy na návrat do zaměstnání

*Otázka č.13*



## **Závěr z průzkumu**

Po vyhodnocení dotazníku bylo zjištěno, že téměř polovina respondentů (43%) má zájem se vrátit do pracovního procesu. Zároveň však bylo zjištěno, že 69% z nich se do zaměstnání po úraze již nevrátilo.

Z výsledků provedeného průzkumu je patrné, že stále přetrvávají nedostatky v informovanosti těchto lidí. Více než polovina z dotázaných nevěděla, zda jejich zaměstnavatel vůbec umožňuje úpravy pracovního místa, nebo zajistil jeho bezbarierovost. Téměř polovina (43%) by uvítala nějakou formu školení nebo přípravy na návrat do zaměstnání, která by jim zprostředkovala potřebné informace, případně pomohla překonat psychické i fyzické zábrany.

Zde se nabízí možnost uplatnění andragogických poradců a osobních koučů, kteří by navázali na léčebnou rehabilitaci, informovali o možnostech pracovního zařazení a zprostředkovali kontakty s konkrétními dalšími úřady zajišťujícími pracovní rehabilitaci.

## Závěr

Hlavním cílem ucelené rehabilitace je začlenění lidí po poškození mozku do běžného života v nejvyšší možné míře. I přes pokroky, které rehabilitace udělala v posledních letech jsou stále velké mezery v návaznosti jejích jednotlivých složek, v dostupnosti a intenzitě, která je klientům poskytována. I přes narůstající počet lidí po poškození mozku v České republice stále chybí specializovaná pracoviště, která by zajišťovala komplexní rehabilitaci ve všech jejích složkách. Pokud se klientům rehabilitace dostane, ve většině případů není její intenzita a kvalita dostačující a tito lidé se ocitají v léčebnách dlouhodobě nemocných, nebo jiných ústavech, kde není možné uspokojit jejich potřebu intenzivního cvičení a nevracejí se tak ani na pracovní trh a to i přesto, že náklady na intenzivní rehabilitaci by byly daleko nižší, než dlouhodobá péče o takto postiženého člověka.

Možnosti pracovního uplatnění bývají také často omezené. Zachované nebo obnovené schopnosti a možnosti jejich využití v pracovním zařazení jsou velmi individuální a závisí na rozsahu poškození mozku, na intenzitě rehabilitace, na spolupráci klienta, na jeho osobnosti a motivaci a také na vzdělání a původní profesi. Motivace klienta je však velmi významnou složkou, kterou nelze obejít. V případě, že klient o pracovní zařazení nestojí, bude jeho začlenění neefektivní. Z průzkumu i z praxe však vyplývá, že velká část klientů vidí návrat do práce jako velmi důležitý pro obnovení vlastní psychické rovnováhy a i přes časté obavy z návratu do společnosti o tento kontakt stojí a jsou schopni přijmout ústupky v nárocích na pracovní místo. Částečným řešením je zvýhodnění zaměstnavatelů pro vytváření pracovních míst pro hendikepované občany, přesto je těchto míst stále nedostatek. Příčinou může být celkově vysoká nezaměstnanost, kdy sílí konkurence na pracovní místa obecně a je proto i zvýšený tlak na obsazování těchto míst lidmi bez zdravotního omezení. Dalším důvodem je také problematika interpersonálních vztahů na pracovišti, která se může jevit jako komplikovaná a je třeba přihlížet k možným potížím v procesu sociální integrace. Přesto však může být začlenění těchto lidí do otevřené společnosti oboustranně přínosné. Umístění

lidí po poškození mozku v chráněných dílnách může být dočasným přechodným stupněm v rámci pracovní rehabilitace, neměla by však být finálním výsledkem rehabilitace jako takové. Integrace do většinové společnosti a zejména pracovní začlenění je přínosem nejen pro člověka samotného, ale také pro celou společnost z hlediska ekonomického i sociálního.



## **Seznam použitých zkratk**

CMP – Cévní mozková příhoda

ZP – Zdravotní postižení

LR – Léčebná rehabilitace

PR – Pracovní rehabilitace

## Použitá literatura

SMÉKAL Vladimír, *Pozvání do psychologie osobnosti; Člověk v zrcadle vědomí a jednání*, 1.vydání, 2002, Barrister a Principal, ISBN 80-8947-80-3

ČIHÁK Radomír, *Anatomie 3*, Avicenum, Grada Publishing, a.s., 2.vydání 2004, ISBN 80-247-1132-X

KALITA Zbyněk a kol., *Akutní cévní mozkové příhody. Diagnostika, patofyziologie, management*, Maxdorf 2006, Jessenius, ISBN 80-85912-26-0

NAKONEČNÝ M., *Základy psychologie*, 1.vydání, Praha: Academia, 1998, ISBN 80-200-0689-3

NAKONEČNÝ M., *Motivace lidského chování*, 1.vydání, Praha: Academia 1997, Akademie věd České republiky, ISBN 80-200-0592-7

VÁGNEROVÁ M., HADJ-MOUSSOVÁ Z., ŠTECH S., *Psychologie handicapu*, Praha 1999, Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, ISBN 80-7184-929-4

HUTAŘ J., *Národní rada zdravotně postižených ČR; Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené*, 9.vydání, Praha, Vydala Národní rada zdravotně postižených ČR, 2006, ISBN 80-903640-2-0

VAŠEK Š., VANČOVÁ A., HATOS G., a kol. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*, 1.vydání, Bratislava 1999, Vydala Sapientia Bratislava, ISBN 80-96718-4-5

JESENSKÝ J., *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*, 1.vydání, Praha 2000, Vydala Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, ISBN 80-7184-823-9

MUCHINSKY, P.M., *Psychology Applied to Work. An Introduction to Industrial and Organizational Psychology*. Pacific Grove: Brooks / Cole 1993

BĚLOHLÁVEK F., KOŠŤAN P., ŠULÉŘ O., *Management*, Business book, 1.vydání, 2006, Computer Press, a.s., ISBN 80-251-0396-X

MUŽÍK J., *Didaktika profesního vzdělávání dospělých*, 1.vydání, Plzeň 2005, Nakladatelství Fraus, ISBN 80-7238-220-9

HYLÍK F., NAKONEČNÝ M., *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha 1977

PFEIFFER J., a kol., *Rehabilitace. Léčebné, pracovní a sociální aspekty*. 2. Vydání, 1989, Univerzita Karlova v Praze. Fakulta Všeobecného lékařství, Státní pedagogické nakladatelství Praha

HARTL, P., *Pedagogická psychologie dospělých*. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta Filozofická. Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1988

VACÍNOVÁ M., TRPIŠOVSKÁ D., FARKOVÁ M., *Psychologie*. 1.vydání, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha 2008. ISBN 978-80-86723-47-1

BOROŠ J., *Úvod do psychologie*. Trenčín, IRIS, 2002, ISBN 80-89018-35-1

MAREK, A.M., *Psychologie*, 2.vydání, Olomouc 2000, Matice cyrilometodějská s.r.o., ISBN 80-7266-047-0

ŘÍČAN P., *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. 5.vydání, Grada 2007, ISBN 978-80-247-1174-4

WHO, MKF, *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*, 1.české vydání, 2001, Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1587-2

SELIGMAN M., *Learned Optimism. How to Change Your Mind and Your Life*. 1.vydání, New York 2006, Vintage Books, Vintage ISBN-10: I-4000-7839-3, Vintage ISBN-13: 978-I-4000-7839-4

FARKOVÁ M., *Vybrané kapitoly z psychologie*. 2.vydání, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, ISBN 978-80-86723-64-8

VYBÍRAL Z., *Psychologie komunikace*. 1.vydání, Praha 2005, Portál, ISBN 80-7178-998-4

VÝROST J., SLAMĚNÍK I., *Sociální psychologie*. 1.vydání, Praha 1997, ISV, ISBN 80-85866-20-X

KOHOUTEK R., a kol., *Základy sociální psychologie*, Brno: CERM s.r.o. 1998, ISBN 80-7204-064-2

OSECKÁ L., *Typologie v psychologii, Aplikace metod shlukové analýzy v psychologickém výzkumu*. 1.vydání, Praha: Academia, 2001, ISBN 80-200-0854-3

RUISEL I., *Základy psychologie inteligence*, 1.vydání, Portál 2000, ISBN 80-7178-425-7

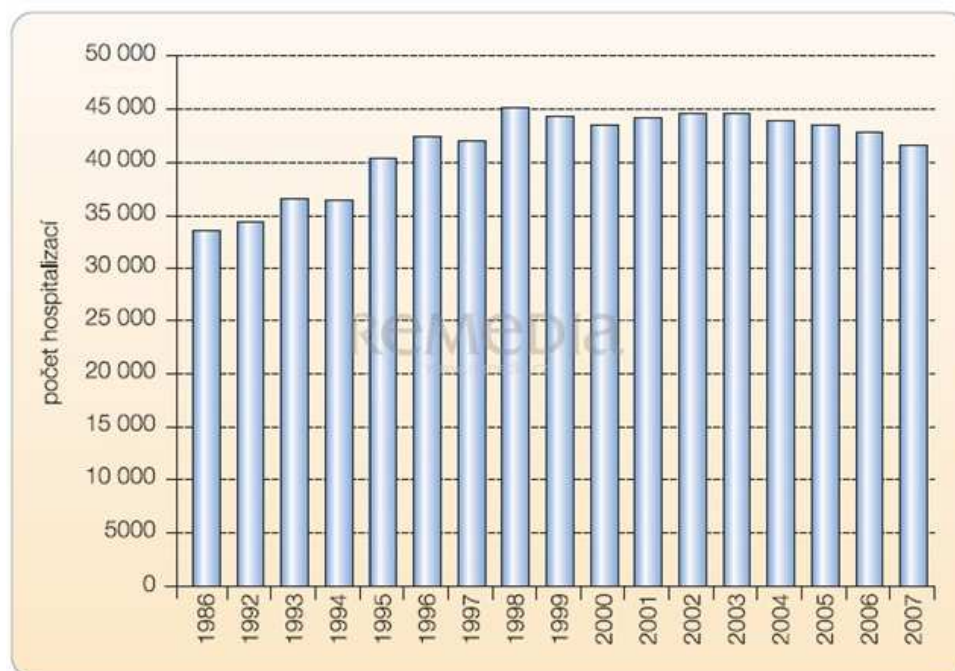
Zákon o zaměstnanosti

Elektronické zdroje:

1. [www.poranenimozku.cz](http://www.poranenimozku.cz) (18.10.2011)
2. [http://www.cmp.cz/jnp/cz/pece\\_o\\_cmp\\_v\\_cr/narodni\\_cerebrovaskularni\\_program.html](http://www.cmp.cz/jnp/cz/pece_o_cmp_v_cr/narodni_cerebrovaskularni_program.html) (9.12.2011)
3. <http://www.remedia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Epidemiologie-a-prognoza-cevnich-mozkovych-prihod/6-F-Bn.magarticle.aspx> (9.12.2011)
4. <http://www.remedia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Epidemiologie-a-prognoza-cevnich-mozkovych-prihod/6-F-Bn.magarticle.aspx> (9.12.2011)
5. <http://www.praceprozp.cz/poradenstvi/moznosti-a-kontakty-pro-realizaci.html> (9.2.2011)
6. <http://psychologie.cz/ucet-za-nemoci-mozku/> Účet za nemoci mozku; (26.10.2011)
7. [http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham\\_Maslow](http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow) (9.2.2011)
8. <http://www.mopo-cz.eu/stranky/integrace-zdravotne-postizenych-na-pracovni-trh> (9.2.2012)
9. <http://www.neurologiepropraxi.cz/> (25.2.2012)

## Příloha 1

Tab.1 Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod



Zdroj: [www.remedia.cz](http://www.remedia.cz)

Tab.2 Celkový podíl invalidity

### Celkový podíl invalidity – adaptováno na počet „ztracených“ let

Doporučení pro diagnostiku a léčbu CMP

	Muži		Ženy	
věk 45-69 let	TBC	9,3	CMP	8,7
	ICHS	7,6	TBC	5,6
	CMP	6,7	ICHS	4,7
věk > 60 let	CMP	13,8	CMP	16,5
	ICHS	11,7	ICHS	11,6
	CHOBPN	9,6	CHOBPN	8,1

CHOBPN – chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc

Data ze zprávy European Stroke Initiative

Česká neurologická společnost – cerebrovaskulární sekce

Zdroj: [www.cmp.cz](http://www.cmp.cz)

Tab. 3 Výskyt ischemických iktů v Evropě

### Výskyt ischemických iktů v Evropě v letech 1999 - 2009

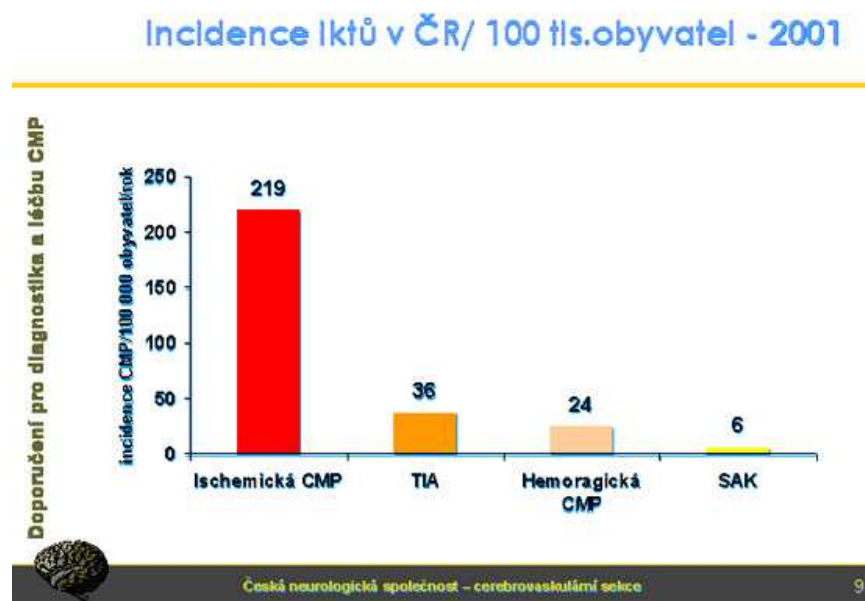
Doporučení pro diagnostiku a léčbu CMP

	1999	2004	2009	růst/rok (%)
Francie	87,7	95,8	103,7	1,7
SRN	162,3	174,6	188,9	1,5
Itálie	144,4	156,9	168,3	1,5
Španělsko	89,3	96,7	104,0	1,5
Velká Británie	163,9	172,1	180,2	1,0
Diagnóza	80 %	85 %	90 %	
		(80 %)	(85 %)	

Česká neurologická společnost – cerebrovaskulární sekce

Zdroj: [www.cmp.cz](http://www.cmp.cz)

Tab. 4 Incidence iktů v ČR/100tisíc obyvatel, 2001



Zdroj: [www.cmp.cz](http://www.cmp.cz)



## Příloha 2

### Pracovní zařazení lidí po poškození mozku

Vážený respondente, předkládám Vám dotazník, který je součástí výzkumné části diplomové práce, zabývající se problematikou pracovního zařazení lidí po poškození mozku (CMP a póúrazové poškození mozku). Dotazník je anonymní, mohou jej vyplňovat lidé ve věku od 18 do 60ti let, nebo jejich rodinní příslušníci. Prosím Vás o vyplnění všech položek.

**\*Povinné pole**

Pohlaví\* prosím vyberte

- Žena
- Muž

Věk\* prosím vyberte

- 18-29
- 30-45
- 46-55
- 56 a více

Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?\*

- Základní
- Vyučen/a
- Středoškolské s Maturitou
- Vysokoškolské

Jak dlouho jste po úraze/onemocnění mozku?\*

- méně než 1 rok
- 1-3 roky
- 3-5let
- 5 a více let

Jaké jste vykonával povolání bezprostředně před vznikem onemocnění / úrazem?\* prosím,  
napište název pozice a stručnou náplň práce

Chcete se vrátit do svého původního zaměstnání?\* Vyberte možnost, která Vás nejvíce vystihuje

- Ano, moje práce mě naplňuje
- Spíše ano, nechci zůstat doma.
- Spíše ne, můj zdravotní stav to nedovolí

- Nechci

Byl byste ochoten/ochotna nastoupit na nižší / jinou pozici, než zůstat doma?\*

- ano, počítám s tím
- ano, pokud by nebyla jiná možnost
- ano, ale jen v případě stejného finančního ohodnocení
- spíše ne
- určitě ne

Je pro Vás návrat do (jakékoliv) práce důležitý? Pokud ano, uveďte prosím proč.\*

Jaká máte omezení bránící (omezující) návrat do pracovního procesu? \*Ize zaškrtnout i více odpovědí

- porucha hybnosti horních končetin
- poruchy jemné motoriky (úchopy, psaní...)
- výrazné omezení chůze (invalidní vozík)
- poruchy paměti
- poruchy chování
- zhoršená stabilita
- poruchy řeči
- poruchy vědomí
- jiné

Vytváří Váš zaměstnavatel pracovní prostředí pro osoby se zdravotním postižením (bezbarierový přístup, úpravy pracoviště...)?\*

- Ano
- Ne
- Nevím

Pracujete nyní?\*

- Ano, pracuji na stejné / podobné pracovní pozici jako dříve
- Ano, pracuji na jiné pracovní pozici
- Ano, mám lehčí práci z domu
- Ne, návrat do práce mě neláká
- Ne, můj zdravotní stav to nedovoluje

Prošli jste některou z forem přípravy na návrat do zaměstnání? Pokud ano, vypište prosím jakou a kde byla absolvována.

Uvítali byste nějakou formu přípravy před návratem do zaměstnání, která by Vám usnadnila orientaci v možnostech dalšího vzdělávání a rekvalifikací?

- Ano
- Ne
- Nevím / neřeším to

## **Příloha 3**

## BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

**Jméno autora:** Dagmar Krejčířková

**Obor:** Andragogika

**Forma studia:** kombinovaná

**Rok:** 2012

**Počet stran bez příloh:** 77

**Celkový počet stran příloh:** 9

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 24

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 2

**Počet internetových zdrojů:** 9

**Vedoucí práce:** PaedDr. Anton Tomko LL.A.