

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Ústav speciálněpedagogických studií

KLÁRA ŠÍDLOVÁ

III. ročník – prezenční studium

Obor: speciální pedagogika - dramaterapie

OSOBY SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI PRACUJÍCÍ
V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že předložená práce je mým autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Martina Dominika Polínka, Ph.D.

K bakalářské práci jsem použila literaturu a další zdroje, které jsou uvedeny v seznamu.

V Olomouci dne 28. 6. 2010

.....

podpis

Ráda bych poděkovala Mgr. Martinovi Dominikovi Polínkovi, Ph.D. za odborné konzultace a pomoc při tvorbě bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala osobám, které mi dovolili vyslechnout jejich životní příběh a postavit na něm své šetření.

OBSAH

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 Osoby se zrakovým postižením – vymezení pojmu	7
1.1 Diagnostika osob se zrakovým postižením	7
1.2 Klasifikace osob se zrakovým postižením – dělení podle stupně, etiologie, doby vzniku a doby trvání	8
2 Schizofrenie - vymezení pojmu a definice	13
2.1 charakteristické symptomy schizofrenie	14
2.1.1 Epidemiologie	15
2.2 Formy schizofrenie	16
2.3. Terapie u schizofrenie	17
2.3.1. Fáze terapie	17
3. Svalová onemocnění – vymezení pojmu a definice	19
3.1 Myopatie	19
PRAKTICKÁ ČÁST	20
4. Metodická část	21
5 Realizace šetření	24
6. Výsledky šetření	25
7 Zhodnocení šetření	34
Závěr	37
Použitá literatura	38
Anotace	

Úvod

Jak již sám název napovídá, tato práce je zaměřena na osoby se specifickými potřebami pracující v pomáhajících profesích. Proč zrovna tato kategorie lidí? Pro to existuje jednoduché vysvětlení. Hlavní motivací autorky bylo zjistit, jak jsou na tom ostatní lidé s handicapem, a proč se rozhodli pracovat právě v pomáhajících profesích.

Celá práce je snahou o prozkoumání této problematiky, autorčiným záměrem bylo zjistit co nejvíce informací o problémech, názorech a zkušenostech druhých, které popisuje v praktické části této práce.

Zjištění, že se danou problematikou dosud nikdo nezaobíral, způsobilo ještě větší snahu o zachycení co největšího množství informací o osobách se specifickými potřebami, které pracují v pomáhajících profesích. Toto téma je však natolik rozsáhlé, že tato práce je pouze určitým uvedením do dané problematiky. Pokud bychom chtěli pojmut veškeré druhy postižení a možnosti práce v pomáhajících profesích, odpovídalo by to rozsahem spíše diplomové než bakalářské práci. Proto je autorčiným cílem podnítit ostatní studenty, profesory a osoby s handicapem k zamyšlení nad možností věnovat se této tématice podrobněji.

Pokud jde o autorčin subjektivní důvod, který vedl k napsání této práce, dá se říci, že je jím situace autorky, která má od narození těžkou vadu páteře a další přidružené problémy. Donedávna pracovala v pomáhajících profesích, s touto prací však musela skončit jelikož zjistila, že práci nezvládá nejenom fyzicky, ale i psychicky. Proto je hlavní otázkou šetření motivace osob s handicapem k práci s ostatními handicapovanými.

Celá teoretická část této práce je zaměřena na popsání diagnóz oslovených osob. Jsou zde rozebrány nejenom hlavní charakteristiky, ale i diagnostika a léčba. Dle autorčina názoru je důležité přesně vědět, jaká specifika má daná diagnóza, jelikož teprve potom se dá plně porozumět šetření, které následuje v části praktické.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je rozdělena na tři hlavní kapitoly, kdy každá kapitola se zaměřuje na vysvětlení diagnóz, které se objevují v praktické části. Snaha autorky o vysvětlení daných pojmů pramenila z možnosti, že se tato práce dostane do rukou osoby, která nebude z oboru. V každé kapitole je vysvětlen pojem dané diagnózy, její průběh, diagnostika, popřípadě i terapie, která se u dané diagnózy používá.

1. Osoba se zrakovým postižením – vymezení termínu

Osoba se zrakovým postižením je ta, která má postižení zrakových funkcí trvajících i po medicínské léčbě anebo po korigování standardní refrakční vady a má zrakovou ostrost horší než 0,3 (6/18) až po světlocit, nebo je zorné pole omezeno pod 10 stupňů při centrální fixaci, přitom tato osoba užívá nebo je potenciálně schopna používat zrak na plánování a vlastní provádění činnosti. (WHO)

„V tyflopédickém pojetí je za jedince se zrakovým postižením chápána ta osoba, která po optimální korekci (např. medikamentózní, chirurgické, optické) své zrakové vady či poruchy má dále problémy při zrakovém vnímání a zpracování zraku vnímaného v běžném životě.“ (Ludíková, Suralová, 2006, s. 25)

1.1 Diagnostika osob se zrakovým postižením

Primárně zjištění, že se zrakově není něco v pořádku, vyplývá ze subjektivního pocíování určitých obtíží, jak samotnou osobou se zrakovým postižením nebo osobou blízkou z vyzorovaných projevů zrakového omezení. Další možností je zjištění daného zrakového postižení na preventivní prohlídce u obvodního lékaře, jejichž součástí je screeningové vyšetření zrakové ostrosti pomocí optotypů. Takto jsou většinou diagnostikovány lehké vady zraku.

Vážnější vrozené vady jsou zjištěny díky pozorování dané osoby osobou blízkou, která si povšimne především neobvyklého chování a odchylek v psychomotorickém vývoji. Kdy dochází k nereagování na běžné podněty, zasažena je i komunikace a emocionální rozvoj, spojený s navazováním sociálních kontaktů.

Progresivní vady mohou zpozorovat včas také učitelé, kamarádi či jiné blízké osoby, jelikož jsou patrné negativní změny. U většiny případů si bývá osoba s postižením vědoma zhoršování zraku, ale díky studu či strachu na své obtíže neupozorní.

Specializovanou diagnostiku provádí především odborný lékař (oftalmolog, neurolog), diagnostiku zaměřenou na speciální výchovné a vzdělávací potřeby provádí speciální pedagog ve spolupráci s psychologem. (Slowík, 2007)

1.2 kategorie osob se zrakovým postižením

Pro rozdělení skupiny osob se zrakovým postižením je možné využít řadu kritérií. Nejčastěji využívané dělení je z hlediska oftalmologie, toto dělení je zaměřené na vizus – zrakovou ostrost a do jisté míry na stav zrakového pole. Pokud je snaha o celkové opsání daného zrakového postižení, měla by se využívat i ostatní kritéria pro dělení, která jsou popsána v podkapitolách.

(Ludíková, Suralová, 2006)

Kritéria dělení:

- a) dělení na základě stupně zrakového postižení
- b) dělení z hlediska doby vzniku zrakového postižení
- c) dělení z hlediska etiologie zrakového postižení
- d) dělení z pohledu délky trvání zrakového postižení

add a) Dělení na základě stupně zrakového postižení

Nejčastěji používané dělení je právě dělení dle stupně zrakového postižení, a to na čtyři stupně osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké a osoby s poruchami binokulárního vidění.

Osoby nevidomé

Jako osoby nevidomé označujeme děti, mládež a dospělé, kteří mají narušené zrakové vnímání na stupni nevidomosti (slepoty).

(Ludíková, Suralová, 2006). „*Nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 do 1/60 – světlocit.*

Praktická nevidomost:

- a) *pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 do 1/60 včetně,*
- b) *binokulární zorné pole menší než 10°, ale větší než 5° kolem centrální fixace.*

Skutečná nevidomost:

- a) *pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 – světlocit*
- b) *binokulární zorné pole 5° a méně i bez porušení centrální fixace.*

Plná slepota: světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu (amauróza).“ (Kraus 1997, s. 317)

Dle Ludíkové a Suralové (2006) nevidomost může být vrozená, kdy se jedná o dědičnost, porušení plodu v době prenatální, infekční choroby matky po dobu těhotenství (rubeola, pohlavní choroby matky - syfilis, virová onemocnění, narkomanie matky, toxoplasmóza a jiné), tak i získaná. Příčinou získané nevidomosti mohou být progresse refrakčních vad, glaukom, katarakta, odchlípení sítnice, retinopatie, nádory, intoxikace, úrazy, komplikace při diabetes, meningitida a jiné.

Jelikož jsou nevidomí odkázáni na využívání náhradních smyslů, mají tyto smysly funkci nižších kompenzačních činitelů. Vyšší kompenzační činitelé jsou zejména myšlení, paměť, řeč, představivost, obrazotvornost. Při práci s nevidomou osobou je důležité dát dostatek času pro vytvoření adekvátní představy s použitím co nejvíce kompenzačních činitelů. Mezi velmi významnou kompenzační pomůcku řadíme speciální bodové písmo. Braillovo písmo je systém využívající šesti bodů, přičemž jednotlivá písmena jsou tvořena vytlačěním kombinací jednoho až pěti bodů. Pro psaní v Braillově písmu využíváme tzv. Pichtův stroj.

Autorky se dále zmiňují o prostorové orientaci, která je u nevidomých značně omezena. Proto i zde jsou potřeba jak pomůcky tak i pomocné doprovodné služby. Při orientaci v prostoru se nejdůležitější pomůckou pro nevidomé stala bílá hůl. Dále se využívá vodících psů či doprovodu osoby, která má zrak v pořádku. Velkou pomocí jsou i ozvučené zastávky, či popisky v braillově písmu.

Nevidomost má také přímý dopad na pracovní uplatnění. Nemožnost využívat při práci zrak, výrazně limituje okruh adekvátních povolání. S možností uplatnění na trhu práce úzce souvisí také zařazení do společnosti, které pro nevidomé není jednoduché. Problémy se socializací mohou pramenit jak z chybné výchovy, tak i z osobnostního vybavení jedince, ale nejčastěji se jedná o kombinaci všech možných příčin.

osoby se zbytky zraku

Dle starší etiologie označování za částečně či těžce slabozraké. Jedná se o skupinu dětí, mládeže a dospělých osob, kteří se nachází na hranici mezi slabozrakostí a nevidomostí.

U osob se zbytky zraku se může jednat o ustálený či progresivní ale i zlepšující se stav. Příčiny jsou stejné jako u vzniku nevidomosti, mohou být jak vrozené tak získané. Snížené, omezené či deformované zrakové schopnosti, jsou důsledkem tohoto postižení. Tato omezení zrakové schopnosti vedou k narušení představ, snížení grafických schopností a omezují pracovní možnosti. Proto se musí při práci s osobami se zbytky zraku pracovat dvojím způsobem. Pomocí korekčních pomůcek se osoby učí číst zvětšený černotisk a současně, vzhledem k možné progresi, i Braillovo písmo. (Ludíková, Suralová, 2006)

Osoby slabozraké

„Slabozrakost je ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Z praktického hlediska dělíme slabozrakost na lehkou – do 6/60 včetně a těžkou pod 6/60 do 3/60 včetně.“ (Kraus 1997, s. 317)

Orgánové postižení obou očí, které i při optimální korekci činí jedinci problémy v běžném životě, je obecně považováno za slabozrakost. Dle stupně postižení rozdělujeme slabozraké osoby na tři skupiny, a to lehce, středně a těžce slabozraké. (Ludíková, Suralová 2006)

Mimo snížení zrakové ostrosti se v mnoha případech slabozrakosti objevují také problémy spojené s narušením zorného pole, zde se může jednat např. o zúžení zorného pole až po tubicovitě vidění, výpadky zorného pole a také skotomy v zorném poli. Slabozrakost můžeme opět zařadit jak do postižení získaných, tak i vrozených. Slabozrakost má nepříznivý dopad na rozvoj vnímání snížením, omezením či deformací zrakových schopností. Což má za následek vytváření nepřesných a neúplných představ. I zde se objevuje snížená schopnost grafického a pracovního výkonu. A to díky přidruženým problémům jako snížená koncentrace, slabá pozornost, unavitelnost, pomalejší pracovní tempo. Proto je velmi důležité dodržovat zásady zrakové hygieny. (Ludíková, 2002)

Osoby s poruchami binokulárního vidění

Poruchy binokulárního vidění patří mezi funkční vady. Jedná se o částečně omezené zrakové funkce - obvykle jednoho oka. Patří sem především strabismus a amblyopie. Tyto poruchy bývají po včasném diagnostikování ve většině případů odstranitelné, terapie je však účinná jen do doby ukončení vývoje zrakových funkcí za předpokladu důsledného dodržování rad oftalmologa. Terapie vyžaduje úzkou spolupráci mezi terapeutem, klientem, rodiči a školou. Osoby s poruchami binokulárního vidění jsou většinou zařazeny do běžných škol, pokud se jedná o potřebu speciálních podmínek mohou navštěvovat síť škol určenou pro osoby se zrakovým postižením. (Ludíková, Suralová 2006)

add b) Dělení z hlediska doby vzniku zrakového postižení

Zde je rozdělení stejné jako v ostatních speciálně pedagogických disciplínách. Pokud se jedná o vrozené postižení, jde o příčiny vzniklé v prenatálním, perinatálním a postnatálním období, tedy v době gravidity matky. Pokud budeme hovořit o získaném postižení, jedná se především o úrazy, intoxikace a virová onemocnění, které se odehrají během života.

add c) Dělení z hlediska etiologie zrakového postižení

Dle etiologie rozlišujeme zraková postižení na dvě kategorie. Funkční, kdy je narušena jedna a více funkcí zraku, kam spadá snížení zrakového ostrosti, omezení zorného pole, poruchy barvocitu, akomodace (refrakční vady), poruchy zrakové adaptace, poruchy okohybné aktivity a hloubkového vidění. Orgánové, kde se jedná, jak už sám název napovídá, o vadu ve zrakovém ústrojí. Sem patří již výše zmíněné poruchy binokulárního vidění jako tupozrakost a strabismus.

add d) dělení z pohledu délky trvání zrakového postižení

Dle Ludíkové a Coudalové (2006) se z pohledu délky trvání zrakového postižení jedná o osoby se zrakovým postižením krátkodobým neboli akutním, dlouhodobým neboli chronickým a opakujícím se neboli recidivujícím.

2. Schizofrenie – vymezení termínu

Termín schizofrenie autoři knihy překládají jako „rozštěp mysli“. Duševní porucha schizofrenie, je jednou z nejvážnějších, zasahuje intelektový, osobnostní, emoční i sociální život jedince. V jeho důsledku dochází ke ztrátě kontaktu s realitou, k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšímu světu. (Malá, Pavlovský 2002)

„Schizofrenie (F20) je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě“

(Libiger, 2001, s. 228)

Mezi hlavní příznaky schizofrenie řadíme ve většině případů psychopatologické změny. Jde primárně o poruchy myšlení, jako jsou bludy, snížená schopnost hledat souvislosti v myšlení, poruchy vnímání, např. halucinace. V neposlední řadě sem patří poruchy jednání, díky kterým se osoba stává pro společnost podivnou a nepochopitelnou. Jedinec se schizofrenií prožívá stav vnitřního napětí spojený s hlubokým pocitem odcizení vlastního prožívání i dějů kolem sebe, veškeré děje a předměty jsou pro něj velmi významné, ale zároveň nesrozumitelné, podivně strojené. (Libiger, 2001)

„Schizofrenie je onemocnění, které má řadu variant, jak v psychopatologickém projevu, tak v průběhu i míře postižení. Proto se již od počátku používání tohoto diagnostického pojmu hovořilo o skupině schizofrenií. Pojem je běžně užíván v jednotném čísle, ale je pravděpodobné, že sdružuje řadu stavů, které sdílejí některé společné psychopatologické charakteristiky, ale mohou se lišit patofyziologickými ději, průběhem i různými okolnostmi vzniku a rozvoje onemocnění. Mnohé charakteristiky se mohou měnit v závislosti na životních podmínkách nemocného. Budou se lišit podle rodinných vztahů, způsobu života i podle očekávání kladených na člověka v dané kultuře.“ (Libiger, 2001, s. 228)

2.1 Charakteristické symptomy schizofrenie

U schizofrenie se rozdělují symptomy na pozitivní příznaky, které jsou viditelné i okem laika. Řadí se sem nepřiměřené, nápadné a nepředvídatelné chování, nesouvislá, nesrozumitelná a celkově podivná řeč, apod. Druhou kategorií jsou příznaky negativní, které nejsou tak zřetelné. Jde především o vnitřní, okem neviditelné aspekty. Pozitivní příznaky po léčbě nueroleptiky rychleji ustupují, naopak negativní jsou hůře ovlivnitelné. U těžké formy schizofrenie dochází k určitému odcizení od všech osob, které jsou emočně blízké. Také se zde objevují problémy v zaměstnání i běžném životě. Je možné že dojde k rozpadu osobnosti, který vede k trvalé invaliditě.

„Pozitivní symptomy:

- *Bludné představy a myšlenky (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání a vysílání myšlenek), bludy kontrolovanosti, pronásledování, bludy nadlidské síly nebo schopnosti (v dané kultuře nepatřičné – např. pacient je nevývratně přesvědčen, že má schopnost ovlivnit počasí, spojit se s vesmírnými bytostmi)*
- *Halucinace nejrůznějších smyslů a druhů (např. hlasové halucinace komentující pacientovo chování nebo myšlení, dva nebo více hlasů hádajících se mezi sebou).*
- *Dezorganizace řeči – neschopnost držet základní linii, nesouvislost a zárazy.*
- *Dezorganizované chování nebo katatonní projevy (např. nástavy, flaxibilitas crea – vosková ztuhlost, negativismus, mutismus, stupor nebo katatonní raptus).*

Negativní symptomy:

- *otupení a oploštění emocí*
- *úpadek vůle, iniciativy a spontánnosti,*
- *chudost řeči,*
- *ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost,*
- *ztráta vztahů k okolí a výrazná sociální izolace.“*

(Malá, Pavlovský, 2002, s. 59)

2.1.1 Epidemiologie

Osoby trpící schizofrenií zaujmají asi 1% celé populace. Tato choroba postihuje obě dvě pohlaví. Výskyt schizofrenie zůstává s menšími výjimkami stejný na celém světě. U mužů se schizofrenie začíná objevovat nejčastěji v pozdní adolescenci mezi 15. a 25. rokem, u žen začíná v průměru kolem 25. roku. U žen má onemocnění mírnější formu, benignější průběh. Ženy lépe reagují na léčbu, dochází u nich k menšímu počtu hospitalizací a je zde lepší sociální fungování než u mužů. Ženy jsou na tom nejspíše lépe díky vlivu estrogenů na dopaminergní systém. Zhruba u 25% psychiatrických hospitalizací a 50% přijetí do psychiatrických zařízení za rok je diagnostikována schizofrenní porucha. Toto onemocnění je dosti často chronického rázu a často končí trvalou invaliditou, patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity . (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

2.2 Formy schizofrenií

Jak je již výše zmíněno schizofrenie je především soubor příznaků a podle toho, jak jsou příznaky zkombinovány, rozlišujeme několik forem.

Simplexní schizofrenie (F20.6) - Tato forma schizofrenie je poměrně málo častá, ale pro diagnostiku velmi obtížná. Hlavními příznaky jsou zde především změny chování spojené s úpadkem vůle, lhostejnost, povrchnost, ztráta zájmu a zploštělost emocí. Prognóza u této formy je ve většině případů špatná.

Paranoidní schizofrenie (F20.0) - Tato forma schizofrenie je asi nejčastější a charakterizují ji především bludy a halucinace, které jsou rozličné míry uspořádání a naléhavosti s ohledem na průběžné stádium onemocnění. Bludy vedou pacienta k symbolickým výkladům skutečnosti, nebo ke snaze ovlivnit skutečnost svými myšlenkami (magické myšlení). Halucinace jsou na rozdíl od jiných forem sluchové, ale mohou být i kombinované.

Hebefrenní schizofrenie (F20.1) - Patří mezi další často vyskytující se formu, v Americe je označována za dezorganizovaný typ schizofrenie. Charakteristickými příznaky je vrtkavost, necílená nebo potrhlá aktivita s nepřiměřeně nevypočitatelnými projevy. Pacient často působí strojeně, planě filozofuje, má manýry s nápadným neodpovídajícím oblečením.

Katatonní schizofrenie (F20.2) - U tohoto typu jsou primárně viditelné poruchy psychomotoriky, projevující se nadměrnou vzrušeností, bezcílým neklidem nebo projevy chorobného nerovnoměrného útlumu motoriky. Mezi závažné projevy tohoto typu řadíme katatonní stupor, který může být spojen se zaujímáním nepřirozených pozic. (Libiger, 2001)

2.3 Terapie u schizofrenií

Pro léčbu schizofrenních poruch je důležitá komplexnost v přístupu k léčbě. Mimo farmakoterapie je zde psychosociální intervence a pomoc v oblastech jako bydlení, finance a osobní vztahy. Celkovým cílem je minimalizovat morbiditu, morailitu, snížit frekvenci a závažnost opakovaných epizod, psychotických exacerbací, zlepšit funkční kapacity a zlepšit kvalitu života – což v našem případě znamená komplexní a kontinuální péči po celý život. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

2.3.1 Fáze terapie

Akutní léčba – v rámci akutní léčby jde o odstranění pozitivních příznaků. V průběhu hodin a dní lze zvládnout agresivitu, hyperaktivitu a agitovanost, jiné je to však s odstraněním bludů a halucinací, což většinou trvá několik dní. Psychosociální intervence je zaměřena na minimalizaci stresů, jasnou komunikaci, strukturované prostředí, toleranci a podporu. Nemocný by měl být informován o léčbě a měl by být motivován pro spolupráci, důležitý je kontakt s rodinou. Podstatnou roli při psychosociální intervenci má klinický psycholog, který je součástí terapeutického týmu. K pozitivnímu vývoji léčby by mělo dojít za 4 až 8 týdnů, pak nastává období stabilizace a pomalému obnovování normálního fungování.

Fáze stabilizace – zde jde především o udržení získaného zlepšení. Nejsou kladeny nadměrné nároky na zapojování do života a rehabilitaci, při udržování již získaného se snažíme najít prostor pro naději a další pokrok primárně jak v očích nemocného tak i jeho rodiny. Ve většině případů stále přetrvávají negativní příznaky, jejichž odstraňování trvá déle, a to až 12 měsíců. Tato doba je nebezpečná z důvodu propuštění zhodpitslzsce a náchylnosti nemocného k relapsu.

Stále zde přetrvává antipsychotická léčba. Co se týče psychosociální intervence, ta je především podpůrná, méně strukturovaná a direktivní.

Fáze stabilní – primárním cílem je prevence relapsu, dosažení remise a její udržení. Dlouhodobá remise dává možnost dalšího zlepšení s možností uzdravení. Farmakoterapie je dlouhodobá, ale jsou podávány minimální dávky. Psychosociální intervence se zaměřuje na rodinu, je zde snaha o pracovní zapojení nemocného. Vhodnými přístupy z psychoterapie jsou kognitivně-behaviorální psychoterapie a kognitivní rehabilitace. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

3. Svalová onemocnění – vymezení termínu a definice

„Svalová onemocnění zahrnují diagnosticky širokou a pestrou skupinu nervosvalových chorob, kterým je společná primární pyogenní léze, proto bývají označovány jako myopatie. V klinickém obrazu dominuje svalová slabost se snížením svalové síly, zpravidla symetricky. Výrazněji bývají postiženy proximální svalové skupiny, někdy s převahou dolních končetin, což vede k manifestaci myopatického syndromu. Charakteristická je kolébavá (kachní) chůze v hyperlordóze, obtížná je zejména chůze do schodů. Při vstávání z lehu, sedu i dřepu jsou patrné prvky šplhu, kdy si pacient pomáhá horními končetinami a „šplhá“ jak po vlastním těle, tak po okolních předmětech, které využívá jako oporu.“ (Nevšímalová 2002, s. 297)

3.1 Myopatie

„U svalových postižení – myopatií – dominuje svalová slabost. Je třeba však důsledně odlišovat skutečnou slabost se snížením svalové síly od nespecifické únavy. Postižení je většinou symetrické, lokalizované především na proximálních pletencových svalech. Svalové atrofie nebývají zpočátku výrazné, nejsou poruchy cití, myotatické reflexy mohou být snižené, ale obvykle nejsou vyhaslé. Časté je postižení stehenního a pánevního svalstva, kdy vzniká typický myopatický syndrom DKK: kolébavá myopatická chůze, hyperlordóza s vysunutým břichem a tzv. myopatické šplhání (při vstávání ze dřepu musí pomáhat HKK, opírají se o vlastní DKK, po kterých postupně „šplhají“). Nemocní mají potíže hlavně při chůzi do schodů, vstávání ze židle, nemohou nastoupit do dopravních prostředků, při vyšetření nevystoupí na židli. Při postižení HKK mají obtíže s aktivitami, kdy musí HKK zvedat nad horizontálu (česání, věšení prádla).j Postižené svaly mohou být v sousedství normálních svalů, takže je patrna určitá disproportionálnita. Svalové bolesti vznikají při některých myozitidách, ale i myopatiích. Někdy se objevují i bolestivé svalové křeče.“ (Amber, Bednařík, Růžička a kol., 2008, s.108)

PRAKTICKÁ ČÁST

V této části bakalářské práce jde především o přiblížení dané problematiky, a to díky individuálním rozhovorům zaměřeným na životní příběhy oslovených. Tyto příběhy se staly hlavní součástí této práce, bez nichž by nebylo možné popsat danou tematiku založenou na reálném základě.

Vzhledem k prvotnímu nezájmu ze strany oslovených je velkým úspěchem otevřenost a důvěra vložená do této práce. Čtyřem „odvážným“ by mělo náležet velké poděkování, bez jejich ochoty by se nikdo nedozvěděl, jak to mají handicapovaní pracující v pomáhajících profesích.

4. Metodická část

V této kapitole jsou popsány cíle šetření, stanovení základních otázek důležitých pro realizaci šetření. Dále je zde popsáno jak proběhl výběr souboru osob a také metoda analýzy dat, využitá pro šetření.

cíl šetření

Za hlavním cíl bakalářské práce můžeme označit zjištění motivace osob se specifickými potřebami k práci v pomáhajících profesích.

Mezi dílčí cíle řadíme zjištění, nakolik ovlivňuje doba vzniku postižení, druh postižení, rodinné zázemí a anamnéza, prognóza a vzdělání, osobní růst oslovených osob.

Stanovení otázek pro šetření

- Nakolik je pro dané účely důležitý věk oslovené osoby?
- Nakolik ovlivňuje daná diagnóza motivaci osob k práci v pomáhajících profesích?
- Dá se doba vzniku postižení řadit mezi ovlivňující faktory osobního růstu?
- Nakolik ovlivňuje průběh postižení další život osoby se specifickými potřebami?
- Je rodinná anamnéza důležitým faktorem k motivaci pro práci v pomáhajících profesích?
- Nakolik je prognóza onemocnění důležitou informací pro osobu se specifickými potřebami k motivaci pro práci v pomáhajících profesích?
- Jak je důležité vzdělání osob pro práci v pomáhajících profesích?
- Jaké jsou možnosti a překážky pro uplatnění osob se specifickými potřebami v pomáhajících profesích?

Výběr souboru pro šetření

Výběr osob pro spolupráci na bakalářské práci probíhal metodou záměrného (účelového) výběru. Primární byl výběr kritérií, kterými se bude výběr řídit. Prvním kritériem bylo, aby osoba měla specifické potřeby. Druhé kritérium bylo práce v pomáhajících profesích. Po definování kritérií následovalo vyhledávání a oslovování odpovídajících osob.

Získávání kvalitativních dat

Pro získání dat potřebných k sepsání této bakalářské práce byla využita metoda moderovaného nestrukturovaného rozhovoru. S každým osloveným ochotným ke spolupráci byla smluvena schůzka, na které proběhl rozhovor zaměřený na jejich osobní příběh.

Pro fixaci získaných dat byl využit diktafon a poté počítačový program, díky kterému se pak dala získaná data analyzovat.

Metoda analýzy kvalitativních dat

Pro analýzu kvalitativních dat byla vybrána metoda vytváření trsů, a to především pro její využitelnost pro šetření. Tato metoda je popsána dle Miovského (2006, s.221) jako „*seskupení určitých výroků do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd. Společným znakem takového trsu může být například tématický překryv, tj. když vyhledáváme ve výrocích osob všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu. Jinou variantou může být prostorový překryv, kdy cíleně vyhledáváme popis všech událostí, které se odehrály na určitém ohraničeném prostoru. Podobně pak lze postupovat dále například hledáním časového překryvu (události se odehrávají za určité konstelace osob) atd.*

Základní princip metody vytváření trsů je postaven na srovnávání a agregaci dat a má dimenzi určité hierarchizace, neboť v ní prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vytváříme jednotky obecnější.“

Analýza kvalitativních dat

Pro analýzu získaných kvalitativních dat byly využity tabulky z důvodu primární přehlednosti, jelikož jde o zpracování čtyř cca 60ti minutových rozhovorů. Každá tabulka představuje jednu kategorii, která je vždy vysvětlena v textu následujícím za tabulkou.

5 Realizace šetření

Po zjištění, že většina oslovených osob nechce z různých důvodů spolupracovat, bylo nutné změnit původní koncepci šetření, které mělo obsahovat minimálně dvacet rozhovorů, na koncepci vycházející ze čtyř rozhovorů, které obsahovaly kompletní životní příběhy oslovených. Použité rozhovory mají větší výpovědní hodnotu než dříve zamýšlených dvacet méně konkrétních rozhovorů.

Pro získání dat potřebných k sepsání této bakalářské práce byla využita metoda moderovaného rozhovoru. S každým osloveným ochotným ke spolupráci byla smluvena schůzka, na které proběhl rozhovor zaměřený na jejich osobní příběh. Za předpokladu, že zapisování poznámek by bylo velmi rušivé, byl použit diktafon. Tento prostředek byl využíván pouze se svolením oslovených, a to pouze pro zpracování získaných dat, nikoli pro zveřejnění.

Rozhovory které vždy začínaly stejnou prosbou „Ráda bych Vás poprosila o popsání vašeho života především spojeného s prací v pomáhajících profesích.“, měly velmi rozličný průběh. Při přípravě na rozhovory bylo myšleno jak na možnost strukturovaného, tak i nestrukturovaného rozhovoru, který by měl být vhodnější variantou. Proto byla snaha o podněcování zájmu oslovených, aby šlo spíše o vyprávění než o klasický rozhovor, jak ho známe.

Jak již bylo zmíněno, k fixaci dat byl využit diktafon, a to se svolováním oslovených osob. Při rozhovoru byla snaha o minimalizování rušivých elementů, proto byl diktafon zapnut hned po svolení osloveného a byl položen mimo zorné pole pro vytvoření co nejpřirozenějšího prostředí.

Pro další zpracování získaných dat bylo využito metody výpočetní techniky, kam byly rozhovory převedeny tak, aby s nimi bylo možné dále pracovat. Po několikanásobném poslechu rozhovorů byly vytvořeny tabulky, které jsou využity pro lepší přehlednost při analýze dat zajištěných během šetření.

6. výsledky šetření

Každá tabulka je výsledkem šetření pocházejícího z daných otázek šetření, které jsou uvedeny v kapitole „metodická část“.

Tabulka č.1

	Osoba K	Osoba A	Osoba T	Osoba J
Věková skupina	Mladší dospělost	Mladší dospělost	Střední věk	Starší věk

První tabulka poukazuje na zařazení oslovených do věkových skupin. Pro toto dělení jsem si stanovila následující intervaly:

Mladší dospělost 20 až 35 let

Střední věk 35 – 55

Starší věk 55 a dále

Pokud budeme vycházet z toho, že výpovědní hodnota příběhů je přímo úměrná s věkem, dá se říci, že příběhy oslovených se budou v mnohém lišit.

Tabulka č. 2

	Osoba K	Osoba A	Osoba T	Osoba J
Diagnóza	Zbytky zraku	Svalová dystrofie, pletencová forma miopatie	Schizofrenní psychóza s depresivním syndromem	Úplná slepota

Druhá tabulka poukazuje na diagnózy oslovených. Zde dochází k prolínání praktické části s teoretickou částí bakalářské práce.

Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol, jejichž cílem je uvést čtenáře do problematiky osob se zrakovým postižením, kde je důležité především popsání diagnózy osoby se zbytky zraku a osoby s úplnou slepotou. Další kapitola poukazuje na osoby s psychickým postižením, zde jde především o vysvětlení schizofrenní psychózy spojené s depresivním syndromem. V neposlední řadě třetí kapitola zabývá se osobami s tělesným postižením, kdy jde o popsání diagnózy svalového onemocnění myopatie.

Tabulka č. 3

	Osoba K	Osoba A	Osoba T	Osoba J
Dle doby vzniku	Ranně získaná	Vrozená	Získaná	Získaná

Mezi velmi významné faktory se řadí i doba vzniku daného postižení. V mnoha knihách se uvádějí rozdíly mezi získaným a vrozeným, popřípadě velmi ranně získaným postižením. Po zamyšlení nad tímto rozdílem se dá říci, že osoba, která má specifické potřeby již od narození či od velmi útlého věku, se lépe vyrovnává s překážkami, které musí překonávat. Samozřejmě se zde musí zohlednit i druh postižení, jelikož například svalová dystrofie, i když je řazena mezi vrozené, se může projevit až během života a to ne jednorázově, ale několikrát za život s určitou progresí.

Samostatnou kapitolou by měly být osoby se specifickými potřebami, které získaly během života. Zde se jedná o úrazy, intoxikace, virová onemocnění a jiné. Zde už se nejedná jen o zdravotní problémy, ale je zde ohrožena i psychika jedince, který se musí vyrovnat se svým handicapem nejen jako takovým, ale i s jeho sociálními následky.

Dle autorčina názoru je každý případ velmi individuální. Nelze srovnávat například specifické potřeby v oblasti zhoršování zraku a

zjištění celoživotního odkázání na invalidní vozík. Tato problematika je natolik obsáhlá, že by jí bylo potřeba věnovat celou práci.

Tabulka č. 4

	Osoba K	Osoba A	Osoba T	Osoba J
Průběh postižení	Při větší zátěži se objevují psychosomatická onemocnění	Mezi 9 a 10 rokem se začli projevovat příznaky. Nyní závislá na vozíku	Začátek po vysoké, 9 měsíců v léčbě děti a manželka sami.	4 roky – těžší myopie (brýle) 5 let – černý kašel – amoce sklivce na pravém oku 15 let – úraz hlavy – amoce sítnice – 5 měsíců v nemocnici oko zachránili ale přišel o zrak úplně Zjištěna hemolytická anémie

Průběh postižení je stejně jako doba vzniku a vyrovnání se velmi individuálním tématem, proto je potřeba se u tohoto tématu pozastavit a popsat si jej podrobněji.

Osoba K: Raně získané zrakové postižení na úrovni zbytku zraku (viz teoretická část kapitola č. 1), které jsou zatím neměnné. Obtíže nastávají při větší zátěži a to jak fyzické tak i psychické, kde se začínají objevovat psychosomatická onemocnění.

Osoba A: vrozená svalová dystrofie s pletencovou formou myopie (viz teoretická část kapitola č. 3). První obtíže spojené s tímto onemocněním se objevily okolo 9 roku, kdy se začaly objevovat problémy s motorikou z důvodu postupné dystrofie svalstva. Postupná funkční ztráta dolních končetin, nyní závislá na invalidním vozíku.

Osoba T: získaná schizofrenní porucha spojená s depresivní psychózou (viz teoretická část kapitola č. 2). Nástup po vystudování vysoké školy. Po diagnostikování devítiměsíční pobyt v nemocnici. Velmi složitá situace vzhledem k rodině, která zůstala bez otce.

Osoba J: Od čtyř let diagnostikovaná těžká myopie, první korekce pomocí brýlí. V pěti letech prodělán černý kašel, kdy došlo k amoci sklivce na pravém oku, tudíž snížená funkce zraku. V patnácti letech úraz hlavy, následkem amoce sítnice, následovala hospitalizace po dobu pěti měsíců, i přes záchranu oka jako takového došlo k úplné ztrátě zraku. Diagnostikována úplná slepota (viz teoretická část kapitola č.1). V dospělosti zjištěna hemolytická anémie.

Tabulka č. 5

	Osoba K	Osoba A	Osoba T	Osoba J
Rodinná anamnéza	V rodině se nevyskytuje	Bratr stejná diagnóza	Neznámá	V rodině se vyskytuje hemolytická anémie, otec má stejnou vadu

Tato kategorie se může zdát nezajímavou či nedostatečně vysvětlenou, ale pravdou je, že právě rodinná anamnéza může sehrát v životě handicapovaného hlavní roli. Právě v případě osoby A, kdy starší bratr má stejně jako ona diagnostikovanou svalovou dystrofii. Pro rodinu jako takovou to jistě znamená menší tragédii, avšak pro mladšího ze sourozenců je to „výhoda“. Jelikož mladší sourozenec vidí, že je možné s daným handicapem žít, nechá si poradit např. ohledně toho, kam jít studovat, kde jsou dobré podmínky pro bydlení pro osoby uvázané na invalidní vozík apod.

Podobné je to u osoby J, kde měl stejnou diagnózu, a to úplnou slepotu, otec. Zde jde o trochu rozličný případ, jelikož osoba J přicházela o zrak postupně, jak je popsáno výše. Poté, co osoba J přišla o zrak, vydala se po „stopách“ otce a začala s dobrovolnou službou pro osoby se zrakovým postižením.

U zbylých dvou osob je buď rodinná anamnéza neznámá nebo se v rodině podobné postižení nevyskytuje

Tabulka č. 6

	Osoba K	Osoba A	Osoba T	Osoba J
Prognóza	Zatím neprogresivní, pouze u přidružených věcí jako např. světloplachost	Progresivní postupné omezování funkčnosti svalů	Pokud si zachová aktivitu a vyhne se depresím tak by měl být stav neměnný	Nezmiňuje se

Dalším velmi důležitým faktorem je prognóza, kterou lze chápat jako nejdůležitější informaci pro další průběh života. Za předpokladu, že se stav nebude nadále zhoršovat či jinak měnit, je možné se dle toho zařídit a pro překonání daných překážek je to jistě lepší „startovní pozice“. Pokud je však prognóza nejistá nebo je řečeno, že se bude

i nadále jednat o progresivní stav, je zde pravděpodobnost zhoršování psychického stavu jedince.

Při bližším prozkoumání prognóz (viz teoretická část) čtyři oslovených vyplývá, že u osoby K by stav neměl být progresivní, jisté zhoršení může být pouze u přidružených problémů (např. světloplachost). U osoby A je prognóza nelítostně zřetelná, jedná se o progresivní stav, kdy dochází k postupné dystrofii všech skupin svalstva vedoucí k úmrtí. Tato prognóza je jistě pro jedince velmi nepříjemná, vědomí postupné ztráty funkčnosti svalů až k úmrtí nikomu k optimistickému pohledu na svět nepomůže. Naopak prognóza osoby J říká, že stav je neměnný, což je vzhledem k diagnostikované úplné slepotě celkem pochopitelné. U osoby T je prognóza závislá na aktivitě jedince a na jeho schopnosti vyhýbat se depresím, v tu chvíli by stav měl být neměnný.

Tabulka č. 7

	Osoba K	Osoba A	Osoba T	Osoba J
Vzdělání	I. st. ZŠ malotřídka II. st. v Praze ale tam nechtěla a tak na norm. škole ve tř. s SPÚČ, poruchy chování. Na okraji společnosti. Gymnázium – dobrý kolektiv,	ZŠ do 7 tr Gymnázium šestileté UPOL speciální pedagogika-logopedie Doktorandské studium	SŠ průmyslová stojní VŠ strojní – Žilina	ZŠ pro slabozraké v Litovli Na SŠ nenastoupil protože to bylo kontraindikace. Vyučený čalouníkem“

	<p>velké nároky na fyzickou práci VŠ – speciální ped. A čj, s pomocí centra pomoci handicapovaných na UPOL (zázemí, lidský přístup, pocit zázemí a psych. Podpory) Doktorandské studium: seberealizace, dokazování si že na to mám</p>			
--	--	--	--	--

Další kategorie vzdělání se velmi úzce prolíná s kategoriemi diagnóz, průběhu postižení a doby vzniku. Jistý vliv na vzdělání má jistě i rodinné zázemí. Z důvodu individuálnosti každého příběhu je nutné se opět zaměřit na každou osobu v kontextu vzdělání jednotlivě.

Osoba K, jejíž zrakové postižení bylo velmi ranně získané, je pro účely této práce velmi podnětná. Jelikož si prošla integrací již od první třídy základní školy, i když se nejedná o integraci v pravém slova smyslu, šlo pouze o přizpůsobení se svému handicapu a zařazení do běžné školy. První stupeň základní školy absolvovala na běžné škole v „malotřídce“ (spojeno více ročníků dohromady). U druhého stupně měla nastat změna, a to díky plánovanému přestupu na školu pro zrakově postižené do Prahy, kde by však měla osoba K pobývat na internátu, a to nechtěla. Nakonec druhý stupeň základní školy absolvovala na běžné škole ve třídě pro děti se specifickými poruchami

učení. Ve třídě však nebyly jen děti se specifickými poruchami učení, ale také děti s poruchami chování. Zde se ocitla osoba K na okraji kolektivu, který jí nepřijal pro její odlišnost. Poté přestup na gymnázium, kde byl dobrý kolektiv, ale nároky na fyzickou práci přímo úměrně narůstaly s obtížností jednotlivých ročníků. Následovala vysoká škola, kde osoba K studovala kombinaci speciální pedagogiky a českého jazyka. Velkou oporou je centrum pomoci handicapovaným, které bylo pro osobu K důležité svým lidským přístupem a hlavně vzbuzením pocitu jistého zázemí. Nyní je na doktorandském studiu, které je způsobem, jak se realizovat a dokázat si, že „na to mám“.

Osoba A prošla běžnou základní školou, odkud přestoupila na šestileté gymnázium, a to bez velkých omezení, které by vyžadovaly určitou formu speciálního přístupu či integrace. Zlom nadešel spolu se zhoršováním stavu, kdy osoba K začala užívat berle. Stejně jako osoba K nastoupila osoba A na vysokou školu, obor speciální pedagogika se zaměřením na logopedii. Nyní doktorandské studium, které také slouží k určité seberealizaci.

Osoba T vystudovala střední školu s průmyslově strojním zaměřením a poté Vysokou školu strojní v Žilině. Průběh studia byl standardní, jelikož k projevení schizofrenie došlo až po ukončení studia.

Osoba J prošla Základní školou pro slabozraké v Litovli, poté přijata na střední školu, kam po úrazu, v jehož důsledku přišla o zrak, nenastoupila, jelikož se v té době studium střední školy považovalo za kontraindikaci. Poté byla osoba J vyučena čalouníkem.

Tabulka č.8

	Osoba K	Osoba A	Osoba T	Osoba J
Práce	Doktorand učí tyflopeditii	Doktorand logopedie	Předseda svépomocného hnutí Kolumbus	20 let telefonistou Poté vedoucí tyflo servisu

Velmi důležitou informací je zapojení oslovených osob do práce v pomáhajících profesích. Osoby A a K jsou doktorandky na vysoké škole, jedna se zaměřením na logopedii a druhá na tyflopedit. Osoba T je předseda svépomocného hnutí pro osoby trpící schizofrenií. Osoba J je vedoucí tyfloservisu.

Při bližším zamyšlení je možné zjistit, že tři z oslovených osob pracují se stejnou skupinou postižení. Jediná osoba A z důvodu omezených fyzických možností se musela vzdát původně zamýšlené somatopedie a věnuje se logopedii, kterou lze zvládat i při uvázání na invalidní vozík.

Tabulka č. 9

	Osoba K	Osoba A	Osoba T	Osoba J
Přístup rodiny	Hyperaktivita s perfekcionismem, velká fixace oboustranná	Bratr rádce, jelikož si prochází tím samým	Nezmiňuje se	Podpora ze strany dcery, rozvod

Přístup rodiny je alfou omegou celého života. U osoby K jde o hyperaktivitu spojenou s perfekcionismem a velkou oboustrannou fixací, což může být jak dobré, tak i špatné. U osoby A je nejzřetelnější podpora bratra, který má stejné postižení a proto je schopen své sestře poradit. Osoba T se o rodině nezmiňuje, víme o něm že má manželku a děti, ale jaké s nimi má vztahy jsem se nedozvěděla. Osoba J je rozvedená, ale se silnou podporou dcery.

7. Zhodnocení šetření

Zhodnocení šetření je velmi podstatnou kapitolou. V této kapitole je snaha zodpovědět veškeré otázky, které byly stanoveny v kapitole č. 4, a to díky šetření, které proběhlo tak, jak je popsáno v kapitole č. 5.

Zaměříme-li se na to, nakolik je pro dané účely důležitý věk oslovené osoby můžeme říci, že výpovědní hodnota příběhů je přímo úměrná s věkem. Pokud však jde o motivaci k práci v pomáhající profesi je z rozhovorů patrné, že osoby mladší jsou více motivovány především díky možnosti studovat danou problematiku, což osoby starší dříve nemohli nebo to v době studia nepovažovali za důležité.

Ovlivnění motivace oslovených osob k práci v pomáhajících profesích vzhledem k diagnóze je velmi individuální. Je velký rozdíl, jestliže se jedná o fyzické či psychické postižení, jelikož i s fyzickým postižením se dá pracovat s osobami s jinými druhy postižení. Naopak jedná-li se o psychické postižení je zde velká pravděpodobnost, že dané osobě nebude poskytnuta možnost práce mimo kategorii psychických postižení. Což se vzhledem k bezpečnosti dá považovat za pochopitelné.

Další z hlavních otázek se týká doby vzniku postižení, jakožto faktoru ovlivňujícího osobní růst osoby se specifickými potřebami. Dle autorčina názoru je to jeden z nejdůležitějších faktorů, a to z důvodu procesu integrace, kterým si tyto jedinci prošli. Podle šetření můžeme říci, že osoby, které si prošli životem s handicapem vrozeným mají větší motivaci pro práci v pomáhajících profesích. Osoby, které získaly postižení během života museli projít obdobím akceptace. Pokud osoby toto období překonali mohli se věnovat pomoci druhým stejně nebo jinak postiženým osobám.

Průběh postižení můžeme řadit do dalších činitelů, které ovlivňují osobnostní růst. Jelikož u každé osoby je průběh velmi individuální, dá se říci, že na něm závisí jak socializace, tak i další aspekty života. Většina oslovených po získání a následném zhoršení postižení byla více motivována k práci v pomáhajících profesích. Zde si autorka dovolí srovnání se svou vlastní osobou, jelikož u ní probíhá průběh odlišně. S každým zhoršením docházelo k uvědomování si faktu, že práci v pomáhajících profesích nezvládá fyzicky a posléze ani psychicky. Proto se nedá jasně říci nakolik, a především jak, ovlivňuje průběh postižení motivaci k práci v pomáhajících profesích.

Dalším velmi důležitým faktorem k motivaci osob pro práci v pomáhajících profesích je rodinná anamnéza. U dvou ze čtyř oslovených osob je rodinná anamnéza neznámá. Ale u druhých dvou osob se stejné postižení v rodině objevuje. Především u osoby A, kdy má stejnou diagnózu starší bratr, se dá říci, že díky tomu, že osoba A věděla jaké projevy a specifika má daná diagnóza, se mohla jistým způsobem na následující změny připravit alespoň psychicky. U osoby J měl stejnou diagnózu otec, který se pro něj stal určitým vzorem, po jehož stopách se vydal. Pokusíme-li se o objektivní zhodnocení, dá se říci, že pokud se daná diagnóza objevuje vícekrát a u starších osob, může to vést k lepší adaptaci na život se specifickými potřebami. Stejně tak se dá konstatovat, že je zde i větší motivace pro to pomáhat ostatním osobám s postižením.

Jednou z nejdůležitější informací pro osoby se specifickými potřebami je bezesporu prognóza onemocnění, která ovlivňuje život celkově. Víme-li, že se stav nebude do budoucna nijak měnit, je snazší si na daný stav zvyknout, pokud ovšem nejde například o kompletní parézu. Při progredujícím stavu onemocnění můžeme konstatovat těžší pozici pro danou osobu, která se musí nejenom smířit s daným stavem, ale ještě se psychicky připravit na to, že se stav může zhoršovat. Zde si znovu dovolíme srovnání se situací autorky, která má také progredující postižení, a to vadu páteře. Jelikož se od útlého dětství její stav postupně zhoršuje, sama přiznává, že je velmi složité si

zvyknout jen na představu dalšího zhoršení, natož přijmout zhoršení jako takové.

Pokud se však zaměříme na prognózu onemocnění ve vztahu k motivaci pro práci v pomáhajících profesích, dá se říci, že se zde prognóza nedá chápat jako něco definitivního, jelikož pomáhající profese jsou natolik obsáhlé, že pokud bude daná osoba chtít, může v nich pokračovat. Toto je další kategorie, kterou nelze paušalizovat z důvodu malého počtu oslovených osob.

Jednou z dalších otázek stanovených pro tento výzkum byl vztah vzdělání vzhledem k práci v pomáhajících profesích. Zde se nedá jistě říci, zda je důležitější vzdělání v oboru jako takové, nebo spíše zkušenosti, které mohou dané osoby předat dále. Dle autorčina názoru jsou přínosnější zkušenosti, a to z důvodu lepšího přijetí od druhé osoby, která má stejnou nebo podobnou diagnózu. Dá se říci, že osoba se specifickými potřebami bude raději přijímat informace od osoby s handicapem, která si procházela či prochází podobnými úskalími než od zdravého jedince, který mluví pouze z teoretických vědomostí či zkušeností nabraných během praxe.

Poslední z položených otázek šetření byly možnosti a překážky pro uplatnění osob se specifickými potřebami v pomáhajících profesích. Na základě šetření můžeme konstatovat, že překážky jsou minimální a uplatnění veliké. Jediným významnějším problémem může být nedostatek fyzických možností pro práci se stejně postiženými osobami, a to především v oblasti somatopedie či fyzioterapie, kdy se využívá síla druhého pro pomoc handicapované osobě.

Závěr

Vzhledem k prvotním nezdarům se dá říci, že práce splnila svůj prvotní cíl. A to zjistit, jak jsou na tom osoby se specifickými potřebami pracující v pomáhajících profesích. Pro autorku jsou výsledky šetření velmi překvapivé, ale nelze je označit za neočekávané.

Jak již bylo několikrát zmíněno, vše je velmi individuální a proto jde jen těžko použít paušalizaci. I přesto tato práce obsahuje některé závěry, které by mohli podnítit zvědavost široké veřejnosti k většímu a podrobnějšímu prozkoumání této problematiky. Proto můžeme další z cílů této práce označit za splněný.

Pokud se zaměříme na cíl zjistit motivaci osob se specifickými potřebami k práci v pomáhajících profesích dá se říci, že z šetření vyplývají dílčí poznatky, které jsou však pro tuto chvíli dostačující.

Dle autorčina subjektivního názoru se v této práci úspěšně splnily cíle, které si stanovila, stejně jako snaha o zodpovězení veškerých otázek, které byly položeny před začátkem šetření.

Spokojenost autorky je i díky splnění její subjektivní motivace pro napsání této práce a především pro možnost srovnání její situace s dalšími osobami, což se jeví jako velmi důležitá skutečnost pro autorčin osobnostní růst a pro obhájení si důvodů, proč skončila s prací v pomáhajících profesích.

Závěr této práce by se neobešel bez velkého poděkování osobám, které se účastnily šetření, jelikož bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

Druhý velký dík patří autorčinu vedoucímu práce, Mgr. Martinu Dominiku Polínkovi, Ph.D, který měl velkou trpělivost při řešení prvotních nejasností této práce.

Použitá literatura:

- AMBLER, Z., BEDNAŘÍK, J., RŮŽIČKA, E. a kol, *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-157-4
- KRAUS, H. et. al. *Kompendium očního lékařství*. Praha : Grada, 1997
- LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0557-1
- LUDÍKOVÁ, L, *Tyflopédie I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1988.
- LUDÍKOVÁ, L, SOURALOVÁ, E. *Speciální pedagogika 5*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1213-6
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-700-0
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4
- NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. *Neurologie*. Praha: Galén. 2002. ISBN 80-7262-160-2
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-423-3
- RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. LIBIGER, J. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E, KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9

Anotace

Jméno a příjmení:	Klára Šídllová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Osoby se specifickými potřebami pracující v pomáhajících profesích
Název v angličtině:	People with specific needs working in help profession
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na problematiku osob se specifickými potřebami pracujících v pomáhajících profesích. Teoretická část obsahuje charakteristiku diagnóz, které jsou důležité pro porozumění praktické části, zabývající se motivačními činiteli osob se specifickými potřebami pracující v pomáhajících profesích.
Klíčová slova:	Specifická potřeba, pomáhající profese, svalová dystrofie, úplná slepota, schizofrenie, zbytky zraku
Anotace v angličtině:	Bachelor's thesis is focused on people with special needs, working in the helping professions. The theoretical part contains a description of diagnoses that are important for understanding the practical part, dealing with the motivational factors of people with special needs working in the helping professions.
Klíčová slova v angličtině:	Specific needs, helping professions, muscular dystrophy, total blindness, schizophrenia, sighted
Přílohy vázané v práci:	K bakalářské práci nejsou připojeny žádné přílohy.
Rozsah práce:	39 stran, 50 455 znaků
Jazyk práce:	Český.

