



Tělesně postižený

Denisa Buřvalová
Eva Reitmayerová

Motto:



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



Abraham Lincoln

→ OBSAH

Úvod	5
→ 1. Zdravotní postižení – základní členění	6
1.1 Tělesné postižení	6
1.2 Druhy tělesného postižení	7
→ 2. Postižení vrozené a získané	10
2.1 Vrozené postižení	10
2.2 Získané postižení	10
2.3 Vlivy na přijetí postižení	11
2.4 Uspokojování potřeb	12
→ 3. Postižení a rodina	13
3.1 Reakce na informaci o postižení	15
3.2 Výchova dítěte s tělesným postižením	15
→ 4. Handicap jako psychický stres	17
→ 5. Možnosti nápravy	19
5.1 Integrace	19
5.2 Možnosti pomoci a osobní asistence	20
→ Závěr	22
→ Doporučená literatura	23



→ Úvod

Označení „lidé s postižením“, nebo „lidé s handicapem“ používáme při různých příležitostech. Jaký je skutečný význam těchto slov? V anglicky mluvících zemích existuje velice dobré lingvistické rozdělení, které poměrně jasně vymezuje, co znamená pro společnost slovo handicap:

NEMOC (DYSFUNKCE)	KRÁTKODOBĚ	DLOUHODOBĚ
BIOLOGICKÉ HLEDISKO	disease (nemoc)	impairment (fyzicky nemocný)
PSYCHOLOGICKÉ HLEDISKO	illness (špatně, nesvůj)	disability (cítící se špatně)
SOCIÁLNÍ HLEDISKO (ROLE)	sickness (působící nezuživě)	handicapped (handicapovaný)

(J. Křivohlavý - přednáška z Psychologie zdraví)

Z tohoto rozdělení vyplývá, že pojem „člověk s handicapem“ nevystihuje pouze realitu toho, že je člověk nemocný. Nejedná se zde o rozlišování zdraví a nemoci či normality a defektivity. Jde o určitou **dysfunkci sociální role**, kterou člověk získává svou odlišností od okolí a postojí ostatních lidí vůči němu.

Kognitivní složka postoje k nemocným lidem nebo lidem s postižením, tedy to, co o nich skutečně víme, bývá velmi slabě zastoupena. Většina lidí má málo adekvátních informací, neboť tento problém byl u nás v minulých letech spíše záležitostí profesionálů a ve vztahu k laické veřejnosti byl často tabuizován. Mnozí lidé sice věděli, či tušili, že existují různé postižení a nemocní, ale pokud se s nimi neseťkali v nejbližším okolí, o jejich problémech, možnostech a omezeních prakticky nic nevěděli.

Na druhé straně vedla neinformovanost k převaze emocionální složky v postojí, protože nemoc či defekt vzbuzují snadno citové reakce. Jedinci s jakýmkoliv viditelným postižením se stávali předmětem soucitu, přehnaného opečovávání, a nebo vzbuzovali hrůzu a odpor, protože symbolizovali cosi negativního. Byli nepříjemní na pohled nebo u ostatních vyvolávali myšlenky na to, že se cosi podobného může stát jim samotným či někomu blízkému.

V současné době se tyto poměrně vyhraněné postoje poněkud zmírnily, avšak podobné naladění a neinformovanost s tím spojená, speciálně v některých skupinách, přetrvává.



Jedinec s postižením vnímá postoje společnosti vůči svému defektu (zejména v dětství), které zahrnují i menší či větší stigmatizaci. Jeho reakce mohou být potom velmi rozmanité, v závislosti na jeho postižení, zachovaných možnostech, vývojové úrovni, zkušenostech, i dalších faktorech psychosociálního charakteru. Pokud je toho člověk s postižením psychicky schopen, vytváří si proti takovémuuto postoji nejrůznější způsoby obrany, které mu umožňují uchovat si v této situaci duševní rovnováhu a nenarušit vlastní identitu.

Nebudeme-li znát příčiny a souvislosti tohoto chování, bude se nám jevit zvláštní, mnohdy až nepřijatelné. Proto se v dalších kapitolách pokusíme porozumět tomu, co tělesné postižení pro takto handicapovaného člověka může znamenat. Nastíníme, jaké jsou základní druhy tělesného postižení a jak mohou být kompenzovány. Zdůrazníme též potřebu posilování vztahů v rodině a v okolí jedince s postižením. Přiblížíme možnosti pomoci těmto lidem.

→ 1. Zdravotní postižení – základní členění

Zdravotní postižení lze vymezit jako poškození nebo ztrátu určitého orgánového systému. V důsledku toho dochází k narušení, omezení či úplné ztrátě některé ze standardních funkcí. Handicap, jak už jsme zmiňovali, představuje znevýhodnění dané nejen určitým omezením nebo postižením, ale i mírou jeho subjektivního zvládnutí a sociální pozicí jedince ve společnosti.

Osob s postižením se v populaci vyskytuje poměrně značné množství, jejich četnost se v průběhu let mění. Některá postižení jsou vrozená (cca 3-5 %), jiná se projeví během života nebo vznikají jako důsledek úrazů či onemocnění. K většímu nárůstu zdravotních postižení dochází v souvislosti se stárnutím (cca 50 %).

Zdravotní postižení můžeme dělit na **postižení smyslové, mentální** nebo **tělesné** (tím se budeme v této publikaci dále zabývat).

1.1 Tělesné postižení

Tělesné postižení můžeme vnímat buď jako pohybový defekt ve smyslu funkčního omezení (něco oproti normě nefunguje), nebo jako tělesnou deformaci ve smyslu estetického postižení (něco, co nebývá příliš pozitivně přijímáno ostatními - týká se především fyzického vzhledu).

Pohybové postižení můžeme rozdělit dle pohyblivosti jedince na:

- lehké: schopnost samostatného pohybu
- středně těžké: umožňuje pohyb s pomocí ortopedických pomůcek
- těžké: neschopnost samostatného pohybu

Dále lze pohybové postižení členit z hlediska hybnosti:

- dolních končetin: významné pro možnost samostatného pohybu; nezávislost na jiných lidech, možnost získávání zkušeností a poznatků, dobrá prostorová orientace
- horních končetin: důležité pro sebeobsahu, jakoukoli pracovní činnost, aktivní styk s okolím; jasné vyjadřování emocí k druhým
- mluvidel a mimiky: zásadní pro rozvoj a užívání verbální i neverbální komunikace, vyjadřování emocí; význam pro uplatnění člověka s pohybovým postižením ve společnosti, na trhu práce, akceptaci druhými lidmi
- kombinace předchozích druhů

Tělesné postižení je spojeno kromě omezení pohybového a funkčního ještě s různými dalšími omezeními. Za jedno z nejvýraznějších bývá označováno omezení množství a do jisté míry i kvality různých podnětů a zkušeností, které představuje dlouhodobý stres a především psychosociální zátěž. Jedinec s tělesným postižením se méně často dostává do společnosti jiných lidí, vrstevníků, vůči nim díky odlišnému vývoji mnohdy zaostává v sociálních oblastech.

1.2 Druhy tělesného postižení

Existuje mnoho druhů tělesných postižení, které se mohou vzájemně kombinovat. Zmiňovat všechny, nemá smysl. Pro ilustraci uvedme nejčtenější – dětskou mozkovou obrnu.

Dětská mozková obrna (DMO)

Jedná se o postižení mozku v raném stádiu vývoje. Dětská mozková obrna se považuje za nejčastější příčinu vzniku tělesného postižení. Podle údajů Jesenského, následky DMO je poznamenána celá polovina všech lidí s tělesným postižením v ČR.

Příčin vzniku dětské mozkové obrny je více. Mezi nejčastější patří nedonošenost v rané fázi vývoje jedince, dále např. infekce matky v prvním období těhotenství nebo vážná

- poruchy kognitivních funkcí: zvýšená unavitelnost, narušení pozornosti, poruchy paměti (amnézie), potíže s příjmem a následným zpracováním informací, zhoršení schopnosti organizování času a plánování; poruchy řeči, někdy i narušení intelektového vývoje jedince, zvýšení rizika deprivace v oblasti stimulace, učení a sociální zkušenosti
- změny v oblasti chování: zhoršená kontrola a regulace chování, problémy se sebeovládáním, impulzivní reakce, tendence ke stereotypům a lpění na daných vzorcích chování, nedostatek flexibility při reakcích na nové situace a podněty
- změny osobnosti: úbytek svědomitosti až odpovědnosti; tendence k egocentrismu a přednostnímu uspokojování svých potřeb, nedostatek ohledu na okolní svět a příslušná sociální pravidla
- motorické poruchy: následkem úrazu může dojít k ochrnutí - nejčastěji hemiplegii²

Změny v organismu spojené s postižením můžeme dále rozdělit na:

- primární: zahrnují chorobné změny představující omezení pohybu a vnímání (např. zrakového či sluchového)
- sekundární: vznikají jako důsledek působení nejrůznějších faktorů, které mohou být závislé na změnách primárních (např. společně působí osobnostní vlastnosti jedince, vnější prostředí a sociální klima)

Vnější i vnitřní změny jsou ve vzájemné interakci a trvalé postižení přináší navíc změnu celé životní situace, která nejenže ovlivňuje vývoj určitých funkcí, ale bude měnit i postoje a chování okolí.

Jak už jsme zmiňovali, tělesné postižení obecně vzniká poruchou některé z neuromuskulárních funkcí. Příčinami poruch těchto funkcí jsou jednak některá onemocnění (mozková obrna, roztroušená skleróza, svalové dystrofie³ apod.) a jednak úrazová poranění centrálního nervového systému (tj. mozku a míchy). Omezení ovšem nevyplývají pouze z fyzického postižení jako takového a z poruch přidružených funkcí. Lidé s tělesným postižením jsou často dále „sužováni“ **specifickými zdravotními problémy**, které na postižení bezprostředně navazují, i když s ním nemusí na první pohled souviset. Mnozí mohou mít problémy s vylučováním (např. s inkontinencí) či poruchy příjmu potravy.

² Hemiplegie - jednostranné postižení hybnosti horní a dolní končetiny.

³ Dystrofie - stav způsobený poruchou výživy z nedostatečného přívodu živin nebo z jejich špatného složení, z porušeného vstřebávání potravy nebo odchýlným metabolismem buněk a tkání.

2.3 Vlivy na přijetí postižení

Na získané postižení či nově objevenší se nemoc má vliv i **vývojová úroveň**, v níž ke změně životní situace došlo. Například když poranění nebo nemoc zasáhne dítě během jeho formování soběstačnosti a nezávislosti (tedy kolem osmého roku věku), může to na jeho další vývoj mít objektivně daleko větší dopad, než kdyby tomu tak bylo ve věku puberty nebo adolescence. Naopak právě změna v období puberty bude subjektivně vnímána daleko tíživěji, i když vliv na vývoj bude daleko menší.

Dalším faktorem je **„viditelnost“ postižení**. Hůře bývá akceptována změna, která se výrazněji dotýká vzhledu jedince. Lidé, kteří se musí vyrovnat se změnou svého tělesného vzhledu, mnohem více trpí pocity méněcennosti, více se straní ostatních, hůře navazují sociální kontakty.

Lépe tedy proběhne adaptace na postižení, které bude méně viditelné. Rozsah postižení má svou objektivní závažnost, avšak neméně důležitá je jeho subjektivní závažnost.

S tím souvisí i **časová složka postižení**. Lépe je přijímáno postižení nebo nemoc, která proběhla náhle, ale jejíž prognóza je stabilní nebo má zlepšující se tendenci. Oproti tomu negativní prognóza nemoci postižené těžce deprimuje, nemohou ovlivnit další vývoj, ztrácejí volní kontrolu nad svým životem. Jedná se například o případy cystické fibrózy⁶, myopatie, nádorů a některých vzácněji se vyskytujících nemocí. Tito jedinci jsou většinou současně léčeni antidepresiva, která jim pomáhají situaci psychicky unést.

Na přizpůsobení postižení má velký vliv rovněž osobnost jedince a **míra jeho frustrační tolerance**. Člověk s postižením je vystavován frustracím poměrně často. Mnoho jeho potřeb přestane být uspokojováno již v okamžiku, kdy se postižení projeví. S jeho vývojem a adaptací na něj se objevuje například nedostatek příležitostí ke kontaktu s vrstevníky, špatné možnosti kontaktu s druhým pohlavím, nedostatek možností naplánovat si svou budoucnost apod. V tomto mají velkou roli právě rodinní příslušníci nebo odborní pracovníci, kteří pomáhají zvládnout náročné životní situace, seznamují s informacemi týkajícími se postižení a jeho léčby. Zmírňují tak stres z neznáma a úzkost, umožňují jedinci s postižením se svobodně rozhodovat.

V období vyrovnávání se s postižením vstupují do hry **postoje**. Důležité jsou:

→ postoje společnosti: jak je tento druh postižení přijímán (například společensky méně přijatelný bude jedinec s problémy s inkontinencí než s cukrovkou),

⁶ Cystická fibróza - vrozené onemocnění způsobené mutací genu; v těle se vytváří velké množství hlenu, což vede k těžkým poruchám plic, potních žláz a trávicího systému.

→ 3. Postižení a rodina

Jedna z nejjednodušších definic popisuje rodinu jako malou skupinu osob, které jsou navzájem spojeny manželskými, příbuzenskými nebo jinými obdobnými vztahy a zvláště způsobem života. Ačkoli právní řád České republiky neobsahuje legální definici rodiny (rodinu např. vymezoval Všeobecný zákoník občanský z roku 1811 v ustanovení § 40 jako vztah mezi prarodiči a všemi jejich potomky), lze konstatovat, že za rodinu považuje především společenství založené manželstvím.

Rodina je důležité společenství spjaté vztahy vnitřními a vnějšími vůči okolnímu světu. Stává se tak i jakýmsi malým samostatným světem, jehož hlavním posláním je poskytovat svým členům péči a ochranu. Stručně lze **základní funkce rodiny** shrnout takto:

- reprodukční: plození potomků
- ekonomická: hmotné zajištění členů rodiny
- socializační: učí děti, případně další členy rodiny zařazovat se do dané společnosti a kultury
- emocionální: zajišťuje zázemí a podporu pro své členy

Emocionální funkce rodiny je snad tou nejdůležitější. Může ji plně zastávat pouze dostatečně zralý a zodpovědný jedinec, který dokáže vytvořit a udržovat trvalé citové vztahy a citové zázemí pro všechny ostatní členy bez rozdílu.

Rodina má bezpochyby rozhodující vliv na rozvoj osobnosti dítěte. Dítě si vytváří svůj obraz světa, který do jisté míry odpovídá tomu, jak mu realitu předkládají rodiče a jak ho do této reality uvádějí. Rodina je jakýsi mikrosvět, ve kterém si dítě osvojuje základní vzorce chování, návyky, dovednosti a strategie, které jsou pak rozhodující v jeho orientaci ve společnosti, především v interpersonálních vztazích.

Mohou nastat situace, které se projevují **nedostatečným plněním** některých základních **rodinných funkcí**. Příčiny poruch rodiny se dělí na:

- objektivní: na vůli rodičů nezávislé (nezaměstnanost, válka, hladomor, invalidita, nemoc či úmrtí)
- subjektivní: na vůli rodičů závislé (neochota pečovat o dítě, neochota přijmout společenské normy, nezralost, neschopnost se vyrovnat se zvláštními situacemi)
- smíšené

3.1 Reakce na informaci o postižení

Rodiny, v nichž se vyskytuje dítě s postižením, procházejí náročnějšími situacemi, než je tomu u rodin se zdravými dětmi. Následkem toho se z plně funkční rodiny, většinou pouze na přechodnou dobu, stává rodina problémová. Tato doba je odvislá od doby, kdy se problémy související s postižením dítěte objevily, až po čas, kdy se rodina adaptuje na nový stav. Tento proces může trvat libovolně dlouho v závislosti na odolnosti rodiny vůči zátěžovým situacím, jejich intenzitě, prognóze onemocnění a podobně.

První **reakcí na informaci** o tom, že je dítě vážně postiženo nebo dlouhodobě nemocné, je šok, často provázený silnou úzkostí. Následuje fáze zoufalství a beznaděje. Ta brzy přechází v některou z obranných reakcí – rodiče popírají, že stav je natolik vážný, jak udávají lékaři. Lékaři se zmylili! Podobnou reakcí může být okamžité hledání řešení, které musí existovat – operace, léčba, alternativní prostředky. Vyskytuje se i hledání viníka ve formě skryté nebo zjevné agrese, ať už zaměřené ven – lékaři, nebo dovnitř – sebeobviňování. Teprve po této fázi nastupuje poslední fáze, kterou je přijetí dítěte takového, jaké je, a přijetí sebe sama jako rodiče dítěte s postižením. Teprve pak se rodina vrací k normálnímu fungování nebo si vytváří nové zdravé vzorce chování, které poskytují dítěti prostor pro zdravý vývoj.

Přijetí dítěte s postižením je tedy pro rodiče velká zátěžová situace. Dokonce by se dalo hovořit o krizi rodičovské identity. Fáze, které jsme si zde popsali, by se daly přirovnat ke sledu reakcí na závažné onemocnění, které kategorizuje E. Kübler-Rossová (více viz odborná literatura).

3.2 Výchova dítěte s tělesným postižením

Současně s postupným vyrovnáváním se a s přijímáním postižení dítěte, se mohou objevovat tendence k **nevhodným výchovným postojům**. Ty se samozřejmě vyskytují i u rodičů dětí zcela zdravých, ale ve vztahu k dítěti s postižením jsou častějšími a i výchovně nebezpečnějšími. Jedná se o:

- **výchovu příliš úzkostnou** - rodiče na dítěti nezdravě lpí ze strachu, aby si neublížilo; příliš je ochraňují, brání mu v jeho iniciativě i v sociálním vyspívání, izolují dítě od jeho vrstevníků i od reálného světa kolem,
- **výchovu rozmazlující** - rodiče na dítěti nezdravě lpí, podřizují se jeho přáním, náladám ze strachu, aby si neublížilo; snaží si ho udržet pro sebe, malým a citově na nich závislým; brání mu ve společenském osamostatnění,



- **výchovu s přepjatou snahou po dokonalosti (perfekcionistickou)** - rodiče se snaží, aby dítě bylo ve všem první, aby mělo úspěch bez ohledu na jeho reálné možnosti; v případě postiženého dítěte neúměrně přepínají své nároky a ženou tím dítě do nepřiměřených výkonů; soustavným přetěžováním je dítě neurotizováno a doháněno k různým obranným postojům,
- **výchovu protekční** - rodiče se snaží, aby dítě dosáhlo těch hodnot, které jsou pokládány za žádoucí bez ohledu na způsoby jejich dosažení; dítěti ve všem pomáhají, vyžadují pro ně přepjaté ohledy, odvolávají se na postižení, dovolávají se soucitu; nedovolují dítěti povahově vospět, osamostatnit se,
- **výchovu zavrhuující** - setkáváme se s ní spíše v různých skrytých než zjevných formách; dochází k ní tam, kde dítě neustále vzbuzuje ve svých vychovatelích představu neštěstí, rodiče se snaží dítěti vyhýbat, často jej umísťují do nemocnic nebo ústavů.

Velmi důležité je, aby se rodiče těchto nevhodných výchovných postojů dovedli vyvarovat. Nestačí však jen dítěti neškodit, je třeba mu i aktivně pomáhat rozvíjet jeho zachované schopnosti a učit ho vyrovnávat se s jeho nedostatky. Několik jednoduchých zásad pro spolupráci s rodiči, jež mají dítě s postižením nabízí Z. Matějček:

- 1/ Napomáhat, aby rodiče pozitivně přijali skutečnost. Poskytnout rodičům všechny dostupné informace o stavu dítěte a dalších možnostech vývoje.
- 2/ Získat spolupráci širší rodiny. Důležité je, aby se primární rodina neizolovala, aby prarodiče a další rodinní příslušníci rodinu podporovali a byli rovněž seznámeni s podrobnostmi. Mohou pak lépe přispívat k vyrovnávání se rodičů se situací.
- 3/ V péči o dítě s postižením je třeba postupovat účelně. Soustředme se na nasměrování energie a času tam, kde to dítěti opravdu může pomoci, tedy ne na falešné naděje.
- 4/ Zabránit pesimismu a bolestícnosti. Cílem je dítěti umožnit v rámci možností šťastné dětství. K tomu dítě potřebuje pozitivně laděné rodiče.
- 5/ Poskytnout rodičům ocenění. Jejich práce s výchovou dítěte s postižením není vůbec jednoduchá, a proto by měla být společností oceňována právě kvůli zvládnutí těžkých překážek.
- 6/ Podpořit rodiče v motivování dítěte ke vzdělávání. Pro dítě s postižením jsou informace velice důležité a mnohdy k nim má ztížený přístup. Proto je třeba motivovat je k jejich získávání a zároveň podporovat jeho tvořivost pro vymyšlení, jak se k nim dostat. Nebýt konzervativní, v „zajetých kolejkách“.

- 7/** Podpořit rodiče v tom, aby své dítě nesrovnávali s ostatními. Zatěžují tak nejen sami sebe, ale především dítě samotné, které v mnohých ohledech nemá šanci se svým vrstevníkům vyrovnat. Zároveň mu pomáhat hledat si své možnosti seberealizace.
- 8/** Pozor na vlastní obranné postoje. Stejně jako rodiče, i ostatní mají tendence k obranným postojům v této zátěžové situaci. Je třeba je odhalit a pokud možno se jich vystříhat, jinak budou ovlivňovat nepřímo celou situaci a ztěžovat ji.
- 9/** Projevit sympatizující postoj (ani vtíravý ani odtazitý).

→ 4. Handicap jako psychický stres

Handicap obecně můžeme z hlediska prožívání jedince chápat jako **náročnou životní situaci**. Nejde o to, že by tělesné postižení nebo nemoc vytvářely samy o sobě nové vlastnosti nebo zásadní změny v osobnosti člověka. Dalo by se spíše říci, že každé porušení normálního tělesného nebo psychického stavu znamená víceméně zvláštní životní situaci, která činí životní podmínky složitějšími a náročnějšími.

Tato situace člověka s postižením dlouhodobě zatěžuje. Zvyšuje jeho stres, zhoršuje každodenní situaci a způsobuje řadu vnitřních konfliktů, z nichž některé se zdají pro handicapovaného neřešitelné (např. porovnání reálných možností oproti jeho životním ambicím). Jak už jsme zmiňovali, dlouhodobě způsobuje řadu frustrací. Nezanedbatelnou roli hraje i fakt, jak člověk s postižením svůj handicap přijímá, jak jej prožívá a jak toto postižení působí na něj. Dále pak jaké způsoby řešení své náročné situace nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho osobnost.

Handicapovaný člověk používá stejnou škálu **technik vyrovnávání se s náročnými životními situacemi** jako každý zdravý člověk. Hlavními reakcemi jsou agrese a únik. Můžeme se zde však častěji setkávat s **agresivními způsoby řešení** nejrůznějších každodenních situací (zvláště pokud je postižení získané v pozdějším věku a člověk byl doposud zvyklý na jiná řešení).

Způsoby agresivního řešení:

- verbální agrese - slovní napadání, ironie, nadávky směřující k rodině či ostatním, kteří jsou v jeho očích svědky jeho nemohoucnosti nebo nedostačivosti,
- agresivita přenesená na jiné lidi, předměty i vůči sobě – může se objevovat fyzické napadání, ale i sebepoškozování, či cílené zanedbávání sebe sama,
- upoutávání pozornosti ve spojení s egocentrismem (což je jedním z charakteristických znaků deprivace) – jedinec strhává pozornost na sebe, upřednostňuje sebe sama před ostatními, automaticky očekává, že se o něj ostatní budou prioritně starat,



- negativismus - agresivní sebeprosazování se, které přetrvává z dětství až do dospělosti – shazování sebe sama za účelem upoutání pozornosti, negování nabídek apod.,
- hledání viníka vlastní situace, čímž přenáší vlastní problémy na okolí – obviňování odborníků či nejbližších osob za konkrétní každodenní situace, s nimiž jedinec není spokojen,
- identifikace se silnější osobností – ztotožnění se s člověkem, jehož jedinec s postižením obdivuje; následná neschopnost samostatnosti,
- kompenzace pomáhající vyrovnat deficit v jedné oblasti zvýšenou výkonností v oblasti jiné – potlačování svého já na úkor vyniknutí v jedné oblasti.

Ale ani **úniková řešení** nejsou méně častá. Můžeme se zde setkat s:

- přímým únikem z těživé situace – formou alkoholismu, užívání drog nebo sebevražednými tendencemi,
- izolací - jedinec se fakticky i vnitřně uzavírá a izoluje od okolního světa; může vést až k sekundární introverzi, která vzniká z obavy ze sociálních kontaktů,
- únikem do nemoci - psychosomatické symptomy; může se zde objevit i používání svého defektu jako zdůvodnění, proč jedinec nemůže to či ono,
- racionalizací - rezignace na dosažení určitého cíle; zdůvodnění toho, proč něco nejde může omezovat jedince více, než je nutné,
- regresí - nepřiměřené způsoby chování související s návratem na vývojově nižší úroveň, např. závislost na rodičích i v dospělosti, závislost na manželce apod.,
- popřením nebo potlačením nepřijatelné skutečnosti - může vést až k nepřiměřenému reagování na jakoukoli zmínku o svém postižení.

Pro poznání osobnosti postiženého je důležité vědět, že určité způsoby chování, případně i rysy osobnosti mohou být právě důsledkem více či méně přiměřeného používání některých technik řešení náročných životních situací, souvisejících s postižením.

→ 5. Možnosti nápravy

Pro člověka s postižením bude možnost nápravy jeho stavu asi stěžejním cílem. Představme si, jaké má člověk s postižením možnosti.

V první řadě po projevení nemoci či postižení bude následovat **rehabilitace**. Kromě lékařského hlediska je třeba se věnovat jak hlediskům psychologickým a sociálním, tak získat klienta pro spolupráci a motivovat ho pro léčbu. Rehabilitace ho bude doprovázet po celý život, protože změněné schopnosti vážící se k jeho postižení s sebou přinášejí nemožnost používání některých svalů a naopak přetěžování jiných. Pro správné fungování organismu je tedy nezbytné neustále udržovat zbylou kondici tak, aby se zdravotní stav dále nezhoršoval.

Bude následovat i **nácvik soběstačnosti**, kompenzace některých nezbytných funkcí, nácvik manuální zručnosti a hygienických návyků. S tím souvisí i nácvik autorehabilitace, psychorelaxačních technik apod.

5.1 Integrace

Následuje překonávání sociálních bariér, **socializace a integrace** jako největší úkol. Integraci samotnou lze definovat jako stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, jako stav vzájemné podmíněnosti vyjádřené slovy „jeden pro druhého“. Hlavními prostředky **integrace** jsou sociální rehabilitace, speciální výchova a vzdělávání, psychologické působení a pracovní uplatnění.

Vnější projevem integrace jsou zdravé sociální a partnerské vztahy na různých úrovních a schopnost sebeuplatnění ve společnosti, na což má vliv hlavně vývoj osobnosti člověka s postižením a podmínky dané okolím.

Opakem integrace je **segregace**. To znamená odloučení lidí se zdravotním postižením od nepostižených. Klasickým příkladem segregace byla péče o děti se zdravotním postižením před rokem 1989. Děti s postižením byly většinou přísně separovány. Valnou část svého dětství prožily v ústavech sociální péče pro postiženou mládež, které byly centralizované do větších měst jako Praha, Brno. To znamená, že děti musely žít mimo rodinu už od nejútlejšího věku a jen na pár dní v roce (víkendy, svátky, prázdniny) se vracely domů. Stát razil teorii, že se o děti postará sám. Tyto děti často nebyly vedeny k samostatnosti, ústavy jim poskytovaly veškeré sociální zázemí. Ven „za bránu“ chodily jen na výlety a vycházky. Neměly tedy prakticky příležitost se naučit základům společenského chování v normálním běžném životě, neměly příležitost integrovat se do okolní společnosti. V této oblasti došlo u nás k velkému uvolnění až po roce 1990.



5.2 Možnosti pomoci a osobní asistence

Možnostmi dopomoci a poskytováním osobní asistence je do velké míry možné kompenzovat důsledky postižení a umožnit integraci.

Osobní asistence znamená ve své definici zajištění základních životních potřeb:

- biologické potřeby – strava, spánek, toaleta, osobní hygiena, základní pohyb, polohování, úprava prostředí
- sociokulturní potřeby – vzdělávání, zaměstnání, nakupování, společenské kontakty, asistence při vyřizování občansko-právních záležitostí apod.

Sebeurčující pomoc a asistence se odvíjí od potřeb člověka s postižením, který si sám určuje rozsah a míru pomoci. Je aktivním a zodpovědným jedincem, nestává se pasivním a ostatními opečovaným člověkem s postižením. Řízená osobní asistence je organizována prostřednictvím poskytovatele služeb.

Dopomoc a asistence je různá (např. osobní, ve škole, při zaměstnání), rozlišuje se podle druhu, stupně a konkrétních potřeb člověka s tělesným postižením. Často se mylně zaměňuje osobní asistence s pečovatelskou službou. J. Hrdá pro lepší porozumění rozlišuje 4 principy (tzv. principy čtyř „D“):

- delimitace: osobní asistence není vymezena taxativně určenými výkony, jež mají být prováděny v daném čase
- deprofesionalizace: klient instruuje své asistenty sám, asistenti nejsou profesionály
- demedikalizace: lékařskou pomoc vyhledává člověk s postižením pouze v případě zdravotních těžkostí, není tedy pouhým předmětem lékařské péče
- deinstitucionalizace: uživatel osobní asistence má možnost žít ve svém bytě a řídit osobní asistenci přímo, bez mezičlánku

Osobní asistenci na území Prahy poskytují:

→ Pražská organizace vozíčkářů (POV)

POV je občanské sdružení, jehož cílem je začlenění lidí s postižením mezi ostatní spoluobčany. Jednou z jeho základních činností je poskytování osobní asistence, a to asistence sebeurčujícího typu. Jak je patrné z názvu organizace, stěžejní skupinou jsou pro ni vozíčkáři (ale ne výhradně). Na osobní asistenci POV každoročně žádá o granty vyhlášené Ministerstvem práce a sociálních věcí, Magistrátem hlavního města Prahy a jednotlivými

úřady obvodů a městských částí. Z důvodu nenáročnosti služby a nedostatku finančních prostředků může organizace poskytovat osobní asistenci jen malé části žadatelů. V současné době je jich asi šedesát. Většinou se jedná o osoby, které by bez osobní asistence nepřežily. Na takové klienty se POV zaměřuje především.

→ Centrum služeb Vyšehrad

Jedná se o společenství několika právních subjektů (občanských sdružení i nadace), jež rozšiřují, podporují, doplňují služby, které poskytuje Jedličkův ústav. Jsou to: o.s. Asistence, o.s. Borůvka, o.s. Dílny tvořivosti, Nadace JÚ, Nadační stipendijní fond JÚ, o.s. PROTEBE, o.s. Rozrazil, Sportovní klub JÚ Praha a o.s. TAP.

→ Asistenci poskytují dále tato občanská sdružení: Hewer, Prosaz a další.

→ Pro informaci uvádíme také odkazy na **www stránky** pro lidi s tělesným postižením a **na tisk**, který se zabývá touto problematikou:

www stránky

- www.ligavozic.cz – Organizace Liga za práva vozíčkářů v Brně (právní a sociální poradenství, osobní asistence, doprava, časopis Vozíčkář aj.)
- www.bezbarier.cz – občanské sdružení Bez bariér zabývající se mapováním bezbariérových míst a prostředků na území České republiky
- www.paraple.cz – centrum Paraple je organizace sdružující paraplegiky a vše okolo nich (informace, rehabilitace, rekondice aj.)
- www.pov.cz – Pražská Organizace Vozíčkářů

tisk

- noviny Můžeš
- časopis Vozíčkář
- Občasník o svépomoci zdravotně postižených
- Skok do reality
- Sociální politika
- Speciální pedagogika
- Zdravotnické noviny

→ Doporučená literatura

- Dunovský J., Dytrych Z., Matějček Z. a kol. - Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada Publishing, 1995
- Dunovský J. a kol. - Sociální pediatrie: vybrané kapitoly. Praha: Grada Publishing, 1999
- Gjuričová Š., Kubička J. - Rodinná terapie. Praha: Grada Publishing, 2003
- Hrdá J. - Osobní asistence (příručka postupů a rad pro osobní asistenty). Praha, 2001
- Jesenský J. - Kontrapunktiky integrace zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 1995
- Jesenský J. a kol. - Profesní příprava zdravotně postižené mládeže v integrovaných podmínkách, Federace zdravotně postižených. Praha, 1992
- Jesenský J. - Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 1995
- Kábele J. - Sport vozíčkářů. Praha: Olympia, 1992
- Matějček Z. - Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Praha: H&H, 1992
- Novosad L. - Základy specializovaného poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Praha: Portál, 2000
- Vágnerová M. - Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004
- Vágnerová M., Hadj-Moussová Z., Štech S. - Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2001



- **Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.**

- **ESF napomáhá rozvoji zaměstnanosti podporou zaměstnanosti, podnikatelského ducha, rovných příležitostí a investicemi do lidských zdrojů.**



Copyright:
Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., Mgr. Denisa Buňalová, Mgr. Eva Reitmayerová
Recenzoval:
Mgr. Jaroslava Hanušová, Mgr. Jitka Horáková

Typografická úprava:
AGAMA poly-grafický ateliér, s. r. o., Na Výši 4, 150 00 Praha 5
Tisk:
Květoslav Zaplatílek, Vesec 66
Vydal:
Vzdělávací institut ochrany dětí v roce 2007
U Pergamenky 1511/3, 170 00 Praha 7
ISBN 978-80-86991-21-4



NÁRODNÍ ÚSTAV
OCHRANY DĚTÍ