

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Diplomová práce

Květa Kudová

**VÝZNAM A PRVNÍ BILANCE SPECIALIZOVANÉ LINKY
TELEFONNÍ KRIZOVÉ INTERVENCE PRO OSOBY SE
ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

| | |
|--------------------------|----------------------|
| Obor: | sociální práce |
| Forma studia: | prezenční |
| Akademický rok: | 2009 |
| Vedoucí diplomové práce: | PHDr.Olga Havránková |
| Oponent diplomové práce: | |
| Datum obhájení: | |
| Výsledek obhajoby: | |

P r o h l a š u j i ,

že tuto předloženou diplomovou práci jsem vypracovala zcela samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V, dne

Podpis:

Poděkování :

Děkuji PhDr. Olze Havránkové za cenné připomínky,
vedení a rady při psaní mé diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat pracovníkům TKI v občanském
sdružení Prosaz za spolupráci.

Obsah

| | |
|--|-----|
| Úvod | 2 |
| 1. Vymezení pojmů. | 3 |
| 2. Postoje společnosti k lidem s postižením. | 6 |
| 3. Vliv postižení na identitu jedince s postižením.. | .14 |
| 4. Adaptace na postižení. | .18 |
| 4.1. Obecně adaptace na postižení. | .18 |
| 4.2. Psychická adaptace na získané postižení | 24 |
| 5. Reakce rodina na narození dítěte s postižením a problémy rodin osob se zdravotním postižením | 28 |
| 5.1. Reakce rodiny na narození dítěte s postižením | .28 |
| 5.2. Efektivní adaptační strategie rodičů | 38 |
| 5.3. Nejčastější problémy rodin osob se zdravotním postižením | .41 |
| 6. Posttraumatický růst. | 43 |
| 7. Socializace dětí s postižením | 48 |
| 7.1. Zrakové postižení. | 51 |
| 7.2. Sluchové postižení. | .52 |
| 7.3. Tělesné postižení. | 53 |
| 7.4. Mentální retardace. | .53 |
| 7.5. Duševní onemocnění. | .55 |
| 8. Krizová intervence | 57 |
| 9. Praktická část | .69 |
| 9.1. Občanské sdružení Prosaz. | .70 |
| 9.2. Projekt telefonní krizové intervence. | .73 |
| 9.3. Personální zajištění. | .75 |
| 9.4. Výsledky obsahové analýzy spisů. | 77 |
| 9.5. Interpretace rozhovorů a analýzy. | .87 |
| 9.6. Kritické zhodnocení výsledků. | .91 |
| Závěr | 93 |
| Seznam literatury. | 96 |
| Příloha | .99 |

Úvod

Zdravotní postižení je velikým zásahem do života člověka. Postižení významně ovlivňuje možnosti člověka začlenit se do společnosti a do zaměstnání. I přes pozitivní posun v péči o osoby s postižením, stále stojí problematika osob se zdravotním postižením mimo hlavní zájem společnosti. Přetrvává ambivalentní postoj k těmto osobám a stále převažuje tendence k jejich izolaci. Proto považuji za důležité se této problematice věnovat.

Dojde-li k postižení během života, člověk se na tuto skutečnost musí adaptovat, musí změnit představy o budoucnosti a nalézt nový způsob života. Vznik postižení znamená také potřebu hledat nový smysl života, cíle směřování a změnu hierarchie hodnot. Pokud se narodí rodičům dítě s postižením, přináší to pocit viny, zklamání a zmařených představ o budoucím životě dítěte.

Ve své práci se zaměřuji na zmapování obtíží života s postižením, na proces adaptace na postižení. Tyto informace mají sloužit jako zdroj informací pro pracovníky linky krizové a poradenské pomoci pro osoby s postižením. Práce s osobami se zdravotním postižením má svá specifika vzhledem k tomu, že postižení může ovlivňovat osobnost člověka, může ovlivňovat reakce osoby s postižením na živostní události.

Hlavním cílem práce je popsat projekt telefonní krizové a poradenské linky a zjistit, zda jsou pracovníci dostatečně připraveni na poskytování služeb, které linka dle svých informací poskytuje.

1. Vymezení pojmů

Fisher a Škoda (2008) ve své publikaci vymezují zdravotní postižení jako postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. Hlavní běžně užívané kategorie jsou: postižení sluchu, postižení zraku, poruchy řeči/komunikace, postižení mentální, postižení pohybového ústrojí, postižení duševní poruchou.

V běžné řeči zdravotní a tělesné postižení splývají, ale tyto pojmy nejsou totožné. Tělesné postižení je jednou z forem zdravotního postižení (zák. č. 561/2004 Sb.) Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti hovoří v širších souvislostech o zdravotním postižení a rozděluje zdravotně postižené občany pro účely uplatnění v soustavném zaměstnání do tří kategorií: osoba zdravotně znevýhodněná (dříve osoba se změněnou pracovní schopností), osoba se zdravotním postižením (částečný invalidní důchod), osoba s těžším zdravotním postižením (plný invalidní důchod).

Vítková (2003) chápe tělesné postižení jako vady pohybového a nosného ústrojí tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobování, jakož i poškození nebo poruchu nervového ústrojí, které se projevují poruchou hybnosti. Zdravotní postižení má vliv na psychickou oblast, což je ovlivněno nápadností postižení - nápadnost je často veřejností chápána jako stigma, což vyvolává u osob s postižením řadu negativních pocitů a pocitu méněcennosti. Tělesné postižení má z psychologického hlediska 2 aspekty: nedostatečnost pohybových kompetencí a deformovaný zevnějšek. Rozhodující je úroveň soběstačnosti, která je dána

schopností samostatné lokomoce a sebeobsluhy, to určuje závislost na druhých a pracovní možnosti.

Matoušek (2003b) vymezuje tělesné postižení jako postižení, které může být vrozené nebo získané a týká se pohybové nebo jiné orgánové soustavy. Omezuje člověka v běžných činnostech, zejména v pohybu, má vliv na jeho psychickou rovnováhu, vztahy k lidem i na pracovní uplatnění.

Zdravotním znevýhodněním se podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon rozumí zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. Takovýmto zdravotním znevýhodněním jsou chronická onemocnění. Chronická onemocnění jsou taková onemocnění, u kterých můžeme zmírňovat jejich příznaky, zpomalovat průběh, ale nelze je vyléčit. Řadíme mezi ně kardiovaskulární poruchy, onemocnění respirační soustavy (průduškové astma, cystická fibróza, tuberkulóza), poruchy imunitního systému (alergie, astma, AIDS, roztroušená mozkomíšni skleróza), kožní onemocnění (ekzém, lupénka), metabolické poruchy (diabetes, dna, onemocnění ledvin), onkologická onemocnění, záchvatovitá onemocnění (epilepsie), poruchy psychiky a chování.

Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje službu telefonní krizové intervence následujícím způsobem:

Služba telefonické krizové pomoci je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou

řešit vlastními silami. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) telefonickou krizovou pomoc,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Pro srovnání také uvedu, jak výše zmíněný zákon definuje krizovou pomoc. Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2. Postoje společnosti k lidem s postižením

Průcha (2000, s.146) definuje obecně postoj následovně:

„Postoj je hodnotící vztah zaujímaný jednotlivcem vůči okolnímu světu, jiným subjektům i sobě samému, který zahrnuje i tendenci chovat se či reagovat určitým relativně stabilním způsobem. Postoj je získáván jednotlivcem na základě spontánního učení v rodině a v jiných sociálních prostředích. Je determinován kulturně, tj. má specifický obsah v jednotlivých kulturních skupinách.“

Vágnerová, Hadj-Mousová a Štěch (2000) ve své publikaci uvádějí, že vnitřní součástí postoje tvoří složka citová a kognitivní tj. poznání a celkové hodnocení situace, s jeho významem, který pro člověka má. Jeho vnějším projevem je tendence reagovat na daný podnět určitým dosti podobným a tudíž predikovatelným způsobem chování.

Kognitivní složka postoje k nemocným lidem a lidem s postižením je u laiků obvykle velmi slabá. Většina lidí má ve skutečnosti málo adekvátních informací. V minulých letech byl tento problém tabuizován, nebylo ani příliš žádoucí tyto informace zveřejňovat. Mnozí lidé věděli či tušili, že existují různě postižení, ale pokud se s nimi nesečkali v rodině či nejbližším okolí, tak o jejich problémech, možnostech a omezeních prakticky nic nevěděli. Neinformovanost vedla k převaze emociální složky v postoji, protože nemoc i defekt vzbuzují snadno citové reakce. Emocionální složka postoje k lidem nemocným a lidem s postižením má často ambivalentní charakter. Příčinou je fakt, že nemoc i defekt jsou hodnocené z obecného hlediska jako něco nežádoucího. Jedinci s postižením jsou předmětem

soucitu, protože jsou to lidé, kteří měli smůlu, potkalo je neštěstí vesměs bez vlastního zavinění. Avšak vzbuzují hrůzu a odpor, protože symbolizují něco negativního, čemu je lépe se vyhnout. Postoje se vytvářejí učením a jsou výrazně podmíněny sociokulturními vlivy prostředí, ve kterém jedinec žije. Společnost většinou nějakým způsobem posiluje a stimuluje přijetí určitých postojů a odlišné tendence odmítá (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štěch, 2000).

Kremličková a Novotná (1997) rozlišují tyto vztahy a postoje:

- Vztahy a postoje represivní mají základ v označení odlišujícího se jedince jako neschopného, zatěžujícího, bez životní perspektivy, nežádoucího. Ve společnosti bez morálních zábran, co uznává silné a „užitečné“, se projevuje snaha „neschopného“ se zbavit - zabitím, opuštěním, izolací a ponecháním svému osudu. Represí je i odmítání pomoci a lhostejnost. Represivní vztahy a postoje vyústí v segregaci, vyloučení ze společenství.
- Vztahy a postoje pouze charitativní chápou osobu s handicapem jako postižené ubožáky, kteří se o sebe nedovedou postarat, a proto potřebují pomoc a ošetření. Uvedená charakteristika znamená pozitivní obrat, změnu v základním východisku k podpoře rozvoje osob s handicapem. V jejím podtextu je opět určitý pocit nedostačivosti, menší hodnoty, závislosti a vyřazenosti.
- Přístup humanistický se ukazuje jako optimální. Jako základní východisko staví nejvýše přirozený princip důstojnosti každého člověka. Z tohoto principu se odvíjejí jeho práva na možnost rozvoje jako individuality i jako člena společnosti, na

přijetí člověka takového, jaký je, s pozitivním nahlížením na jeho možné šance na základě poznání jeho předpokladů. Zachovává maximálně možnou míru autonomie znevýhodněného člověka.

Brázdil (1994) uvádí, že malé děti začínají zjevnou vadu druhého brát v úvahu ve věku asi dvou let. Je třeba, aby člověk s postižením i jeho okolí jim podali přiměřené vysvětlení a využili situace k výchovným účelům. Vztahy mezi dětmi jsou často z počátku složitější (děti dovedou být ve svých úsudcích až surové), ale vhodným působením brzy pochopí, že mohou kamarádovi s postižením pomoci a jak mu mohou pomoci a zapojit ho do svých her.

Jedním z projevů postoje k lidem s postižením je tendence ke generalizaci, sklon vidět je všechny šablonovitě, bez ohledu na jejich individuální odlišnosti, které existují samozřejmě i v této skupině. Mnohé nápadnosti v postojích k lidem s postižením jsou výrazem obrany před potenciálním ohrožením či nejistotou. Jde o potenciální ohrožení vlastní adekvátní existence. Člověk si při setkání s člověkem s postižením uvědomuje vlastní zranitelnost, a tak se v jeho postoji fixuje i potenciální deprivace v oblasti emocionální či ve vztahu k potřebě seberealizace a otevřené budoucnosti, která by s postižením mohla souviset

Chromý (1990) upozorňuje na to, že ke vzniku nejistoty, obav a odmítání přispívají i projevy samotných lidí s postižením, kteří se jinak chovají, jinak vypadají, bývá s nimi komplikované dorozumění, popř. mohou mít jejich projevy odlišný význam, proto se v nich nelze vyznat atd. Zdůrazňuje význam trvalého a neuvědomovaného posilování předsudků v běžné, zejména

verbální komunikaci, používáním určitých slovních obrátů, např. *copak jsi hluchej?, chováš se jak debil* apod.

Dokud je člověk zdravý, nevnímá jedince s postižením a jejich problémy (selektivní slepota). Postižení považuje za něco, co se může přihodit druhým, ale ne jemu. Ve chvíli, kdy ho postižení zasáhne, začíná být až chorobně vnímavý k sociálnímu postavení postižených. Sociální vztahy zdravých a postižených jsou plné napětí, neobratné, problematické. (Vančura, 2007)

Murphy (2001) ve své knize vychází z vlastní zkušenosti s parézou a z vlastního výzkumu mezi paralytiky. Popisuje vliv postižení na status člověka jako člena společnosti, neboť, jak říká, postižení vyvolává chorobu sociálních vztahů. Postižení nepředstavuje jen somatický problém, ale také psychický a sociální stav. Lidé dobrého zdraví berou svůj osud a své tělo jako samozřejmost, anatomie je předpokladem ke všemu konání. Postižení ruší toto nedostatečné vědomí těla, tělo již nelze považovat za samozřejmost, protože se stalo problémem, již není předmětem neuvědomovaného předpokladu, ale objektem vědomého myšlení. Onemocnění má vliv na sebeuvědomění člověka, na způsob, jakým vnímá a chápe svět a své místo v něm.

Podle Goffmana (1967) je setkání zdravých s osobami s postižením jednou z primárních scén (pojem od Freuda - metafora jeho primárního prožitku). Sociální konfrontaci, ve které je nějaká vada, zpravuje toto střetnutí pevných kulturních vodítek. Lidé zúčastnění v této konfrontaci ztrácejí jistotu, co mohou jeden od druhého očekávat. I lidé s postižením vstupují do sociální scény s pokřivenou perspektivou (změněno není jen jejich tělo, ale také způsob uvažování o sobě, o lidech a věcech).

Sociální význam jednotlivých postižení není zcela generalizovaný, liší se v závislosti na frekvenci výskytu i na specifických omezeních, která přináší.

Postoje společnosti k osobám s handicapem se mohou různit dle typů postižení. Z výzkumů, které uvádí Jesenský (1993) vyplývá, že nejméně přijímanou skupinou jsou lidé s mentálním postižením (52%), druhou nejméně přijímanou skupinou jsou lidé nevidomí (42%), neslyšící zaujímají třetí místo (34%), na čtvrtém místě jsou osoby s tělesným postižením (19%). Nejlépe přijímanou skupinou jsou lidé s řečovou vadou. Většina dotazovaných uvedla u osob s mentální retardací jako problém porozumění takovému člověku, nepřijatelné chování a neuspokojivou komunikaci.

Murphy (2001) poukazuje na to, že ve vztazích mezi lidmi zdravými a lidmi s postižením existuje hluboká a nepřírozená ambivalence. Je obtížné se rozhodnout, jak by se měl zdravý člověk chovat k jedinci s postižením, k osobě vzbuzující strach a odpor. Tyto emoce ale musí za každou cenu skrývat, protože jsou v rozporu s hodnotami, které diktují ve vztahu k lidem s postižením laskavost a starostlivost. Zdravý člověk, neví, co má říkat, jediným východiskem z tohoto dilematu je vůbec žádný kontakt nenavazovat. Lidé se často chovají, jako by postižení bylo nakažlivé. Musejí-li se setkat s lidmi s postižením, často se s tím vyrovnávají tím, že k nim přistupují jako k nezletilým nebo nezpůsobilým a odpírají jim úctu. Tělesné postižení se zevšeobecňuje na charakter. Postižení je uprostřed sociální scény, v popředí vědomí obou stran (zdravý se bojí, že řekne něco necitlivého a k setkání přistupuje jako po špičkách, člověk s postižením ví, na co zdravý myslí, a zdravý ví, že člověk s postižením ví o jeho obavách a rozpacích).

Autor také poukazuje na to, že mezi lidmi s postižením panuje rovnost postavení (demokracie postižených), sdílená identita osob s postižením převálcovala hierarchie věku, vzdělání a zaměstnání a smyla řadu bariér spojených s rolemi pohlaví. Přístupují k sobě navzájem jako k celistvým bytostem, nerozděleným sociálním postavením. Mnozí vyhledávají vzájemnou společnost, kde nacházejí přátelství a útočiště před světem, který je obvykle vypovídá na okraj.

Můžeme tedy říci, že integrace do společnosti, tedy schopnost společnosti přijmout jedince s postižením, je problematická právě kvůli postojům k této skupině. Společnost mívá tendenci jedince s postižením izolovat. Život v ústavu má pro jedince s postižením určité výhody i nevýhody. V ústavech jsou v mnoha oblastech více spokojeni než ve společnosti, kde jsou vystaveni tlaku norem zdravé populace, působí zde efekt similarity tj. že lidé v ústavech mají stejné problémy a podobné způsoby řešení i obran. Izolace však snižuje možnost vést samostatný život a také integraci do společnosti.

Jednou z viditelných oblastí, kde se projevuje postoj k lidem s postižením, je fyzické prostředí. Fyzické prostředí je plné překážek (schody, obrubníky, prahy u dveří), které omezují volbu bydliště, zaměstnání, omezují dopravu a ostře ohraničují pohyb po okolním teritoriu. Zdravý člověk si neumí představit, s čím se musí osoba s postižením potýkat, když opustí svůj domov. Tato skutečnost může svědčit o přehlížení potřeb osob s postižením, o skutečnosti, že společnost nebere v potaz existenci těchto osob.

Osoba s postižením může narážet na nepříznivé postoje zaměstnavatelů. Podle některých zaměstnavatelů nejsou pracovníci s postižením v práci tak produktivní

jako zdraví pracovníci. Obávají se, že by postižení mohlo odpuzovat zákazníky a ostatní pracovníky. Rekvalifikace osob s postižením ale mění člověka z příjemce dávek na daňového poplatníka, což může vést k úsporám veřejných výdajů. Výdaje na rekvalifikaci a vzdělávání lidí s postižením se tak navrátí prostřednictvím daní.

Velký počet osob se zdravotním i tělesným postižením stráví mnoho času v nemocnici. Člověk v nemocnici ztrácí možnost svobody volby, musí se podřídít požadavkům a rutinnímu chodu nemocnice. Pacient je obvykle pokládán za jedno tělo mezi mnoha jinými. Murphy (2001) se domnívá, že obecně jsou nemocnice demokratičtější ke svým pacientům než společnost jako celek - úctu odpírají všem bez rozdílu.

Nemocnice má všechny rysy byrokratické organizace - důkladně racionalizovaný systém, podrobně rozvržená dělba práce, pečlivě rozdělaná zodpovědnost, detailně rozplánovaná činnost. Toto zajišťuje poměrně hladký chod nemocnice, ale zároveň vzdaluje pacienta od personálu. Nemocnice je místem, kde je člověk nucen k pasivitě, není co dělat a člověk hodně přemýšlí, jeho myšlenky se obvykle točí kolem jeho onemocnění a budoucnosti.

Nemocnice je také místem, kde se člověk dozví svou diagnózu. Sdělování diagnózy je umění, které ne vždy personál ovládá. Je pravda, že sdělování diagnózy je z hierarchického hlediska nemocnice věcí lékařů, ale ostatní personál pohybující se kolem pacienta častěji, by měl být připraven na různé otázky a reakce pacientů. Pacienti někdy cítí, že se jim personál vyhýbá, jen aby s nimi nemusel mluvit. Toto chování pacienty znejišťuje, nevědí, co se děje a jejich fantazie pracuje na plné obrátky.

Vznikají různá hnutí a organizace na ochranu práv lidí s postižením, jejich cílem je přesunout osoby s postižením do hlavního proudu společnosti jakožto autonomní jedince.

V souvislosti se sdílenou představou o životě člověka s postižením přinesla zajímavé informace studie Repkové (1999). Repková se zabývala asociacemi vázanými na pojem „zdravotní postižení“. Do svého výzkumu zahrнула osoby s postižením, jejich rodinné příslušníky a také osoby bez vlastní zkušenosti se zdravotním handicapem. Z porovnávání odpovědí jednotlivých skupin respondentů vyplynulo, že osoby bez autentické zkušenosti uvádějí výrazně častěji asociace s negativním obsahem a naopak lidé s vlastní zkušeností handicapu nebo jejich rodinní příslušníci uváděli nejčastěji asociace pozitivní. To lze chápat tak, že konkrétní zkušenost s člověkem s postižením vede k vytvoření méně negativních asociací, k celkovému posunu obrazu o životě člověka s postižením směrem k méně negativnímu pólu hodnocení, a to ne pomocí popření negativních asociací, ale spíše doplněním celkového obrazu také o charakteristiky pozitivní (např. týkající se mezilidských vztahů).

3. Vliv postižení na identitu jedince s postižením

Významnou úlohu zde hraje subjektivní hodnocení defektu, za jak závažný jej považuje sám člověk s postižením. Obecně platí pravidlo, že vyšší stupeň defektu má i větší subjektivní závažnost, ale neplatí to zcela absolutně. Osobnost člověka s postižením předurčuje reakce na různé zátěže. Sám člověk s postižením je ovlivňován společností, ve které žije a tudíž i jejími obecnými postoji. Ty budou spoluurčovat, za jak závažné bude člověk svoje postižení považovat. Významné je, do jaké míry se handicap odrazí v jeho identitě, zda se za postiženého považuje, zda přijímá nebo nepřijímá tuto roli. Identita lidí s postižením, která vyplývá z takového postoje laiků, obsahuje i veškerá očekávání a požadavky, které jsou na takové lidi kladeny. Člověk s postižením má určitá privilegia, je zproštěn určitých povinností, ale nemá stejná práva jako zdraví lidé. Je povinen svůj stav považovat za nežádoucí a negativní a z tohoto důvodu se musí v mezích svých možností snažit o jeho nápravu.

Murphy (2001) uvádí, že vzhledem k postojům k osobám s postižením ve společnosti je každý člověk s postižením vtlačován do role „postiženého“. Člověk s postižením je zpravidla chápán a přijímán jako „postižený“, jeho osobnost je redukována na jeho postižení. Toto je přejímáno i samotnými lidmi s postižením. Z postižení se tak stává hlavní identifikační znak sebe sama, což může mít opět za následek změny ve struktuře osobnosti i z nich vyplývajících reakcí a způsobů chování. Takto reagující osoba s postižením stvrzuje okolí v oprávněnosti přesvědčení o odlišnostech lidí s postižením.

Vágnerová, Hadj-Mousová a Štěch (2000) poukazují na to, že vliv postižení na osobnost je odlišný v závislosti na čase, kdy k postižení došlo. Vrozený defekt mění veškeré podmínky vývoje, mění sociální vztahy, vyřazuje některé druhy podnětů, omezuje od počátku vývojové možnosti dítěte. Získaný defekt méně zasahuje do vývoje funkcí osobnosti, které se až do vzniku postižení mohly vyvíjet normálně, klade však větší nároky na adaptaci, způsobuje duševní trauma. Postižení nemusí mít výraznější vliv na strukturu osobnosti, pokud se člověk se svým postižením vyrovná realisticky (akceptuje omezení a rozvíjí své možnosti). Častěji se setkáváme s tím, že osoba s postižením reaguje na své postižení takovým způsobem, že tato reakce má za následek vznik určitých specifických rysů osobnosti. Různé techniky vyrovnávání se s postižením se mohou stabilizovat do stálých způsobů chování, které se mohou stát trvalým rysem osobnosti.

Titíž autoři také uvádějí, že v osobnosti lidí s postižením shledáváme určité společné, častěji se vyskytující rysy, vyplývající z existence stejných vnějších tlaků. Takovým rysem je egocentrismus, který se projevuje jako upozorňování na sebe, vztahovačnost nebo přecitlivělost na skutečné či domnělé narážky na postižení, výkonnost či vzhled. Toto je také možná důvodem, proč je osobám s postižením připisována agresivita jako typický znak osobnosti. Je ale možné, že určité způsoby chování související se zvýšenou potřebou sebeprosazení jsou zdravým okolím vnímány jako agresivní proto, že nesouhlasí s obecnou představou o člověku s postižením jako osobě, která je spíše závislá. Reálně agresivní reakce mohou být též vyvolány situací, kdy se postižený cítí být objektem soucitu, který v sobě zároveň zahrnuje podcenění.

U osob s postižením také často nalezneme nadměrnou závislost a nesamostatnost i v dospělém věku. Často je to způsobeno povahou postižení, ale velmi často také podmínkami života v institucích, chráněném prostředí. Vliv má také snaha rodičů zachovat pouto závislosti mezi nimi a dítětem s postižením (kompenzace za vlastní zmařené ambice, „alespoň mě neopustí, bude mě stále potřebovat“). Dalším rysem, se kterým se u osob s postižením setkáváme, je malá sociabilita. Postižení klade překážky, obtíže v komunikaci (neslyšící, nevidomí, ochuzení o nonverbální složku), které mohou vyvolávat napětí a tím komunikaci poznamenat. Potíže způsobují i předsudky okolí. Existují i překážky na straně jedince s postižením, jeho osobnostní rysy (přecitlivělost, vztahovačnost, nedůvěra, minulé zkušenosti). Roli zde hraje i fakt, že člověk s postižením vyrůstá v chráněném prostředí institucí, kde má málo příležitostí vytvářet si sociální vztahy. Život v chráněném a chápajícím prostředí může ovlivnit jeho představu o tom, jak by se k němu mělo okolí chovat. Ta se však v běžném životě zřídka kdy naplní, postižený pak má tendenci vnímat okolí jako více nepřátelské, než ve skutečnosti je.

Významný vliv má i to, jakým způsobem se vyvíjí vztah člověka s postižením k okolnímu světu, jak zasahuje postižení do tohoto vztahu a ovlivňuje možnosti postiženého navazovat sociální kontakty s okolím. Pro postiženého je obtížnější přizpůsobit se podmínkám okolí, ať fyzikálním nebo sociálním (obtížnější mezi vrstevníky, v rodině, ve škole i společnosti pevné postavení, zkomplikováno je i sociální učení a socializace).

Postižení má vliv na vytváření obrazu sebe sama, zasahuje do sebehodnocení a často vede k pocitům méněcennosti. Snahy překonat tyto stavy, mohou někdy vést k opačnému reagování tj. k zvýšenému sebehodnocení, sebezpřeceňování případně kladení si přemrštěných cílů.

Podle Vágnerové, Hadj-Mousovové a Štěcha (2000) se zdá, že i u osob s postižením se vytvářejí postoje stereotypy, které fixují např. pocit ukřivdění a podezíravosti, bez ohledu na to, zda-li jsou aktuálně oprávněné či nikoliv. Jde o rigidní očekávání, které pak nepříznivě ovlivňuje interpretaci projevů zdravých lidí. Jedinec s postižením vnímá postoje zdravých ve svém okolí citlivěji, než by si jich všiml za normálních okolností, protože je v roli závislého, odlišného, vzbuzujícího nějaké emoce.

Ve vztazích k nejbližším se stává osoba s postižením ztěžujícím faktorem. V takových vztazích může převažovat soucit, pocit viny a další emoce, které činí takový vztah asymetrickým. Ani chování člověka s postižením nemusí být zcela adekvátní. Člověk s postižením může odmítavé reakce okolí interpretovat jako výsledek jejich obecného postoje k osobám s postižením a ne jako výsledek svého chování, které nemá s jeho vadou přímou souvislost.

Z předchozího textu vyplývá, jaký význam mají postoje společnosti na identitu postiženého. Lze tedy říci, že snaha o posun tohoto postoje společnosti má velký význam.

4. Adaptace na postižení

4.1. Obecně adaptace na postižení

Podle Brázdila (1994) jsou společenské důsledky postižení různé. Často závisí na tom, kdy a jak vada nebo postižení vznikly (popř. ve kterém životním období vznikly a na stupni postižení i postoji postiženého a jeho okolí, popř. vývoji vztahu postiženého ke společnosti a naopak). Jde o zásah nejen do tělesné integrity postiženého, ale i do jeho ekonomické situace, situace jeho rodiny, do životních plánů a perspektiv a do sféry partnerské a manželské.

Vzhledem k limitům a překážkám, které postižení představuje, bývá obtížné se se situací vzniku postižení vyrovnat. V této kapitole se zaměřím na problematiku adaptace na postižení.

Čáp a Dytrych (1968) uvádějí, že postižení můžeme z hlediska osoby s postižením chápat jako náročnou životní situaci. Důvodem je to, že dlouhodobě působí na jedince zatěžujícím vlivem - zvyšuje stres, zhoršuje jeho každodenní situaci, způsobuje řadu konfliktů, z nichž některé jsou pro osobu s postižením neřešitelné a způsobují řadu frustrací. Prožívaná závažnost postižení není v přímé úměře k jeho reálné závažnosti. Lehčí postižení může vyvolat těžší „postižení“ psychiky, pokud se s ním člověk s postižením hůře vyrovnává.

Stejně jako osoby v náročných životních situacích, používá i člověk s postižením určité techniky k vyrovnání se s postižením. Důsledky těchto technik na osobnost mohou být někdy považovány za více či méně zákonitý důsledek postižení. Je nutné rozlišovat, co je v reakcích jedince s postižením skutečně dáno

postižením a co je spíše důsledkem určitého způsobu, jakým se člověk s postižením vyrovnává se svou situací. I když takové rozlišení je velmi obtížné.

Existují dvě základní skupiny technik vyrovnávání se s náročnou situací. První z nich je aktivní reakce, řešení útokem. Druhou skupinu tvoří pasivní reakce neboli řešení únikem.

Do první skupiny můžeme zařadit agresi verbální (urážky, nadávky, jízlivost, ironie). Podrážděné verbální reagování přispívá k obecně rozšířené představě o agresivitě osob s postižením (především tělesně postižených). Agresivita se však může přenést na jiné objekty (věci, které je možno ničit, ztrácet, špinit) nebo jiné lidi. Nelze-li agresivitu obrátit jinam, pak také může obrátit agresivitu na sebe. K tomu dochází především v případech, kdy vnímá sebe jako zdroj frustrace. K těmto technikám řadíme i upoutávání pozornosti, které je doprovázeno značným egocentrismem (zlobení, šaškování, zlozvyky). Nápadné vysouvání sebe sama do popředí často zakrývá hlubokou frustraci sociálních kontaktů, které jsou však tímto způsobem chování ještě více narušovány. Dále můžeme do této skupiny zařadit negativismus, jde o situace, kdy jedinec není schopen řešit situaci pozitivně, ale velmi silně potřebuje prosadit sebe sama, tak volí cestu negace. Často se také vyskytuje hledání viníka své situace. V takových případech dochází k přenášení vlastních problémů na okolí, čímž se člověk s postižením vyvazuje ze zodpovědnosti za své jednání. V situacích, kdy jedinec cítí vlastní slabost a nejistotu, může použít identifikaci se silnější osobností, institucí nebo skupinou, aby tyto pocity překonal. Poslední technikou, patřící do této skupiny, kterou bych ráda zmínila, je kompenzace. Tato technika

pomáhá vyrovnat deficit v jedné oblasti zvýšenou výkonností v jiné oblasti. U této techniky existuje nebezpečí hyperkompenzace, která může vést až k patologickému zafixování na určitý cíl a může způsobit určité obtíže (zvláště je-li zvolený cíl pro člověka s postižením nedosažitelný nebo velmi těžko dosažitelný vzhledem k omezením daných postižením). Do druhé skupiny patří techniky, které lze obecně definovat jako rezignaci na dosažení cíle či řešení situace. Takovou technikou je přímý únik ze situace (záškoláctví, činnosti, které pomáhají zapomenout na situaci - alkohol, drogy, vášnivé provozování koníčků nebo denní snění). Další takovou technikou je izolace, kdy se jedinec fakticky nebo vnitřně uzavírá vnějšímu světu, který jej zraňuje. Řadí se sem také únik do nemoci, při které člověk s postižením produkuje psychosomatické symptomy, které mu poskytují důvod, proč nemůže řešit své problémy, popř. používá své postižení jako důvod, proč nemůže to či ono. Únikovou technikou je také regrese tj. návrat na nižší vývojovou úroveň chování. Můžeme se také setkat s popřením či potlačením nepříjemných skutečností, zejména ve vztahu jedince s postižením k vlastnímu postižení, umožňuje jedinci s postižením nepřipouštět si existující obtíže. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štěch, 2000)

Tyto techniky je obtížné hodnotit jako dobré či špatné východisko z náročné situace. Každá z nich za určitých okolností může člověku pomoci alespoň dočasně vyřešit jeho situaci, v jiném případě ale může vést k patologickým důsledkům.

Vágnerová (2004) poukazuje na to, že postižení také významně ovlivňuje uspokojování potřeb, ovlivňuje též aktivity vedoucí k jejich uspokojení, kladení si

cílů a strategie jejich dosahování. Potřeby osoby s postižením nejsou kvalitativně jiné, jen jde o to, že některé nemohou být uspokojeny vůbec. Málo uspokojována bývá potřeba základního láskyplného vztahu a bezpečí. Důvodem může být ne vždy pozitivní postoj rodičů k dítěti. Objevuje se i odmítání dítěte. Dítě s postižením reaguje jinak, než rodiče předpokládají, a proto je kontakt s dítětem neuspokojuje. Obtíže bývají i při uspokojování potřeby sociálních kontaktů a kladného přijetí, protože osoby s postižením mají často malé možnosti kontaktů a zároveň jsou méně připraveni k sociálnímu kontaktu, mají malou sociabilitu či nedůvěru k okolí. Toto může být důsledkem života v ústavu či hyperprotektivním přístupem rodičů, kteří jej nechtějí vystavovat tlaku společnosti. Potřeba činnosti a výkonu je omezována reálnými limity postižení a někdy i hyperprotektivními rodiči. V důsledky tohoto bývá méně uspokojována i potřeba sociálního uznání a seberealizace. Lidé s postižením často bývají nadměrně citliví na své selhání. Potřeba cíle a životní perspektivy může být často uspokojována jen s pomocí okolí. Zvláště pro jedince se získaným postižením je nalezení nového smyslu života a životní perspektivy problematické.

Tedeshi a Calhoun (1995) vyjmenovávají faktory, které určují, do jaké míry je určitá negativní událost vnímána jako traumatizující. Uvádějí: nečekanost události, ztráta kontroly nad situací, neobvyklost situace, míra neodstranitelných následků vzniklých v důsledku události, prožívaná vina (zmiňují, že lidé tendencí obviňovat druhé zpravidla vychází ze srovnání s ostatními jako hůře adaptovaní) a čas, kdy se traumatizující událost odehrála resp. zralost nebo

stupeň vývoje, ve kterém je člověk s událostí konfrontován.

Událost se stává stresující, pokud vede k tomu, že se člověk má vzdát části svých hodnot. Protože se tyto hodnoty liší, odpovídají lidé velice rozdílně na stejné události. Každý člověk má také odlišné zdroje zvládnutí. Podle Vančury (2007) lze charakterizovat pět oblastí osobních zdrojů: zdraví a energie, kterými lidé disponují v čase prožívání stresující události; schopnost řešit problémy zahrnující jak celkové, tak konkrétní schopnosti ve vyhledávání a zpracovávání informací a ve vytváření různých řešení; vztahová síť, která může přispět k pozitivní adaptaci např. jako vzor určitého chování; praktické zdroje jako např. ekonomický příjem; specifická přesvědčení např. o vlastních schopnostech nebo přesvědčení o vyšším smyslu (např. náboženská víra).

Podle Murphyho (2001) jsou jedním z důvodů snížení sebeúcty a sebevědomí potíže v sexuální oblasti. Muži mívají problémy s erekcí nebo impotencí, někdy muži i ženy necítí genitální styk, nejsou schopni dosáhnout orgasmu. Muži toto snášejí hůře, protože hrají pasivní roli, která popírá mužské hodnoty aktivity, řízení, kontroly a iniciativy. Tento autor v souvislosti s postižením hovoří o pocitu odtělesnění. Jedinec s postižením získává emocionální odstup od svého těla (necítí je, nevnímá jeho polohu). Zvyká si na to, že je zvedán, převalován, tahán apod., takové zacházení snášejí díky tomu, že mezi sebe a své tělo vloží emocionální odstup.

Člověk s postižením si musí také zvyknout, že o něj pečují i cizí osoby, které jej vidají obnaženého. Musí se vyrovnat s faktem, že jeho intimita nepatří jen jemu.

Invalidita není role, ale dominantní charakteristika, jíž se musí všechny sociální role přizpůsobit, nelze na ni nezapomenout. (Vančura, 2007)

Součástí subjektivního života lidí s postižením je také zlost, která má podle Murphyho (2001) dvojí podobu. První z nich je existenční zlost, zahořklost vůči osudu, ochraptělý a marný výkřik vzteku na svůj úděl. Podle autorova názoru je u mladých lidí a lidí postižených náhle tato zlost větší, protože k jejich handicapu dojde příliš rychle, než aby mohl být vstřebán, a vrhá stín na celý jejich život. Druhým typem zlosti je zlost situační, která je reakcí na frustraci (př. něco jim upadne a nemohou to zvednout) nebo pocíťované špatné zacházení. Zloba postižených vychází především z jejich narušených tělesných funkcí a je prohlubována interakcí se světem zdravých, každodenně z této strany trpí nevšímavostí, vyhýbavostí, blahosklonností. Autor dále uvádí, že většina osob s postižením má dojem, že lidé k nim cítí odpor proto, že podvrací ideál (mládí, aktivity, fyzické krásy). Jsou viditelnou připomínkou, že společnost, ve které žijí je prostoupena nerovností a utrpením, že žijí ve falešném ráji (představa o rovném a spravedlivém světě) a že i oni jsou zranitelní. Lidé s postižením představují hrůzostrašnou možnost, vzbuzují ve zdravých lidech strach, že postižení by mohlo potkat i je.

Častým pocitem osob s postižením je pocit izolace a osamocení. Jsou-li nepohybliví, musí vyčkávat, až někdo přijde, nemohou aktivně vyhledávat společnost jiných lidí. Jejich nepohyblivost je vymezuje jen do určitých prostor (bezbariérové prostředí). Zdravý člověk si ani neuvědomuje, jak se cítí člověk na vozíčku, když na něho shlížejí. Vozíčkáři mohou mít

pocit, že jsou přehlíženi, jelikož nedosahují výšky očí druhých lidí.

Není výjimkou, přemýšlí-li lidé s postižením o smrti a sebevraždě. Sebevražda je pro zdravého člověka jednoduchá, ale pro člověka s postižením představuje často složitý výkon. Je to ironie situace: ve chvíli, kdy se rozhodne skoncovat se životem, kvůli bezútěšné situaci, nemá na to fyzicky. Myšlenky člověka s postižením o smrti a sebevraždě okolí děsí, lidé nevědí, jak reagovat, a obvykle se takovými tématům vyhýbají.

Murphy (2001) popisuje období, kdy přemýšlel o smrti, nakonec se dopracoval ke stanovisku, že stále ještě žije a může využít svých schopností. Dospěl k názoru, že invalidita je relativní pojem. Každý člověk je v jistém smyslu invalidní - neschopen něco dělat, např. ne každý člověk se může „živit hlavou“, poněvadž mu chybí intelektuální výbava.

Hodnoty společnosti jsou bez ohledu na náklady jasně na straně udržování a prodlužování života a o jeho kvalitě mnoho lidí nepřemýšlí.

4.2. Psychická adaptace na získané postižení

Vágnerová, Hadj-Mousová a Štěch (2000) uvádějí, že dojde-li ke vzniku postižení v období adolescence, znamená to pro dospívajícího silný zásah do emancipačního procesu, deformuje další rozvoj identity a vyvolává potřebu přehodnotit představy o své budoucnosti.

Vznik postižení znamená potřebu hledat nový smysl života, cíle směřování a změnu hierarchie hodnot.

Člověk s postižením někdy vidí novou situaci jako výzvu, podnět k osobnímu rozvoji, ale někdy trápení podlehne a jeho osobnost se mění k horšímu. Mnohá přátelství a partnerství zanikají vlivem změnou zájmů osoby s postižením, a také akutní rozdílností v názorech a potřebách. U lidí s později vzniklým postižením přetrvává tendence srovnávat se se zdravými lidmi a potřeba se jim nějak vyrovnat nebo úsilí hledat v nové situaci nějaké výhody (větší citlivost, schopnost vnímat, co dříve přehlíželi). Dojde-li k postižení v době, kdy už jedinec má profesní, partnerskou a rodičovskou roli, je důležité, aby je neztratil. Mohou pomoci jedinci s postižením, aby si udržel potřebnou sebeúctu, mohou být důvodem k tomu, aby se snažil tyto role zachovat.

Podle Murphyho (2001) lidé se získaným postižením najednou objeví touhu žít a užívat si života. Naučí se žít pro okamžik ne ale utíkat od pravdy, vědí, co mohou čekat a že s tím nelze nic dělat. Nejhorší lidskou pošetilostí je podle něj trápit se nad věcmi, které jsou nevyhnutelné.

S tímto výrokem nelze než souhlasit, bohužel je zřejmé, že ne všichni lidé s postižením k tomuto dojdou a s postižením a s ním souvisejícími omezeními se nevyrovnejí. Mívají strach z anticipace bezútěšné budoucnosti. Minulost člověka je rozdělena na dvě období, před postižením a po něm. U některých druhů postižení (progresivní formy) je nemožné plánovat budoucnost na 2 či 3 roky dopředu. V těchto případech je obzvláště důležité získat stoicismus, ale je to také obzvláště těžké. Ale nutkání podat se apatii a kapitulovat před postižením je velké, pramení z deprese, jejíž příčinou je hluboký pocit ztráty.

Osoby se získaným postižením se musí vyrovnávat s mnoha překážkami nejen psychickými a sociálními ale též s fyzickými. Pohyb ve známém prostředí je najednou obtížný, stejně tak je obtížný pohyb mimo domov. Úprava domácího prostředí často vyžaduje nemalé náklady. Pomůcky, které lidé s postižením potřebují, také nebývají levné. Fyzické bariéry spolu s omezeními danými postižením činí člověka závislého na pomoci okolí. Najednou i jednoduché věci se stávají náročnými či nemožnými, není možné si samostatně zajistit a vyřídit spoustu věcí. Běžné věci (péče o sebe, přijímání potravy apod.) vyžadují vyvinutí velkého úsilí a vyžadují více času. Veškeré přesuny vyžadují velké plánování, jak je provést. Jejich častou obavou je, že budou okolí na obtíž, budou břemenem.

Na postižení se musí adaptovat také okolí osoby s postižením. Přítomnost jedince s postižením v rodině má dopad na celou její strukturu. Povaha dopadu závisí na tom, jak byla rodina soudržná před vznikem postižení, mění se podle věku a pohlaví člena s postižením. Je-li postiženo dítě, dojde většinou k větší solidaritě, členové se semknou ve snaze dítěti pomoci. Závislost vyvolaná postižením je překryta normální závislostí dítěte, prohloubí se pouto mezi rodiči a dítětem. Přežívají-li však tyto vazby dětské závislosti do dospělosti, vede to k nezralosti těchto jedinců, k jejich skleníkové existenci. Takové děti vstupují do života s malou zkušeností. Mnohem více je rodinný systém narušen, je-li postižen dospělý člen (rodič). Zcela vykojejí obvyklé role autority a vzájemnosti, někdo musí převzít role člena, u něhož došlo ke vzniku postižení. Partneři také možná zjistí, že nejsou ochotni nebo schopni se starat o své protějšky a z manželství se vymaní. Rodiny osob s

postižením jsou zavaleny pocity viny: člen s postižením za to, co se mu stalo a že je břemenem, a zdraví členové za to, že postižení nejsou, kdežto ten druhý ano.

Péče o blízké osoby s postižením svazuje, omezuje jejich aktivity a nikdy nemohou přestat myslet na potřeby člena s postižením. Ztráta autonomie a závislost znamenají znehodnocení statusu dospělého, jelikož jednostranná závislost je pokládána za dětskou vlastnost. Pečující blízká osoba je vržena do honičky, kdy se snaží skloubit práci, péči o domácnost a péči o člena s postižením.

5. Reakce rodiny na narození dítěte s postižením a problémy rodin osob se zdravotním postižením

5.1. Reakce rodiny na narození dítěte s postižením

Reakce rodičů na narození dítěte s postižením má své typické projevy, které se podobají sledu reakcí, jak je popisuje Küblerova-Rossová. Dobu definitivní diagnózy lze označit jako krize rodičovské identity. Dochází ke změně reakcí a výchovných postojů, které modifikují rozvoj identity dítěte. Dochází také ke změnám požadavků a očekávání rodičů, které mají vliv na vývoj osobnosti dítěte. Narození dítěte s postižením pro rodiče znamená ztrátu určité předpokládané hodnoty (zdravé dítě), která se v průběhu času mění v deprivaci potřeby seberealizace v rodičovské roli a potřeby otevřené budoucnosti. Úroveň vyrovnání se s touto situací závisí na zralosti osobností rodičů, jejich životních zkušenostech, individuální frustrační toleranci a kvalitě citového zázemí. Můžeme se setkat s nejrůznějšími obranami, které lze rozdělit do dvou základních skupin - únik a útok, které byly popsány již v předchozí kapitole. Techniky patřící do druhé skupiny se v tomto případě projevují obecnou tendencí bojovat s ohrožující nepříjemnou situací např. hledání viníka (agresivita vůči lékařům), zvýšená aktivita, která uleví vnitřnímu napětí (hledání léčitele, nadměrná rehabilitace dítěte, přemrštěná péče o dítě). Únikové techniky se mohou projevit odložením dítěte, odchodem z rodiny, chováním, jako by bylo dítě zdravé a jeho stav jen přechodný, únikem do fantazie (představy, jak by se dítě vyvíjelo, kdyby bylo zdravé), rezignací, aktivitou v nějakém sdružení, přesunem zájmu do profesní oblasti či izolací. Je-li hlavní strategií

rezignace, může to vést k nedostatku poskytování podnětů, utlumení interakce matka-dítě, který bude méně stimulující, což negativně ovlivní rozvoj dítěte. Obdobné důsledky bude mít hyperprotektivní přístup rodičů, který brání emancipaci dítěte, tento přístup udržuje dítě v pasivitě a závislosti. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štěch, 2000)

Uvedenému schématu Kübler-Rossově do značné míry odpovídá také následující popis Matějčka a Dytrycha (1997). V první fázi rodiče prožívají trauma, ztrátu ideálu o svém dítěti a „zhroucení vlastního světa“. Prožívaná úzkost a beznaděj nemůže být dlouho snášena, proto se u nich v další fázi dostávají ke slovu různé obranné reakce. Mezi ně patří popření skutečnosti (hledání zázračného řešení, omylu odborníků, atd.), hledání viníka, na kterého by bylo možné zaměřit vlastní agresivitu vzbuzenou úzkostí. Do této fáze patří také deprese a (sebe)obviňování – i když v naprosté většině případů není otázka zavinění na místě. Až po překonání obranných reakcí a pocitu viny „nastupuje proces přijetí dítěte takového, jaké je“.

Bub (2004) poukazuje na důležitost chápání a plného vyjádření vlastních emocí pro zvládnutí náročné situace. Podrobně se zabývá vyjádřením zármutku. Naslouchání „trpícímu“ a potvrzení prožívané ztráty je možné chápat jako protiklad odmítavé reakce okolí. Okolnosti, které znemožňují plné prožití „uzdravující sekvence“ (trauma – prožití smutku – přijetí situace) vedou podle Buba k prožívání chronického zármutku. Tento zármutek se pak může projevat v různých neuvědomovaných podobách, např. cynismus, workoholismus, neustálé vtipkování aj. Důsledkem traumatu pro vlastní hodnocení a prožívání situace je dezorganizace vlastního pohledu na svět, ztráta

prožitku smysluplnosti dané situace. Obnovení a znovuvytvoření smyslu v nové situaci hraje podstatnou roli v procesu zpracování traumatu a je klíčem k pozitivnímu zisku jako důsledku úspěšného zvládnutí traumatu. Chronické prožívání zármutku se opakuje v situaci, kde není možné plné vyjádření zármutku nebo kde toto vyjádření nenachází potřebnou odezvu v okolí. Potvrzení významu a jedinečnosti (také náročnosti) situace umožňuje (znovu) objevení nevyužitých osobních zdrojů, reinterpretace situace atd. V uvedeném schématu je patrná potřeba kontaktu s druhým člověkem jako prostředníkem potvrzení vlastních emocí, které umožňují integraci nepříznivé skutečnosti.

Vágnerová (2004) upozorňuje, že způsob jakým rodiče zvládají stresovou, zátěžovou situaci, jakou je narození postiženého dítěte, spoluurčuje, jak velkou zátěží bude postižení pro dítě.

Matoušek (2003a) poukazuje na to, že narodí-li se dítě s postižením, traumatizovaná je především matka, která dítě bere jako součást sebe samé, nevědomky uznává rovnici mezi svými kvalitami a kvalitami svých dětí. Zpracování traumatu z diagnózy je těžší pro rodiče vzdělané. Rodina musí rozhodnout, zda je lepší, aby dítě s postižením zůstalo doma, nebo bylo v ústavní péči. Předání do ústavu může být traumatem a ponechání v domácí péči zase neúnosnou zátěží. Dítě s postižením svou přítomností v rodině ovlivňuje i sourozence. Ti se často stávají agresivními ochránci před „zlými cizinci“. Sourozenci dětí s postižením bývají popisovány jako odpovědnější, zralejší, ochotnější pomáhat než jejich vrstevníci, ale také bývají častěji přetěžováno rodičovskými očekáváními.

Novotná a Kremličková (1997) poukazují na to, že včasná diagnóza postižení a způsob jejího tlumočení

rodině, má také vliv na proces vyrovnávání se se situací. Rodina potřebuje sympatizující postoj, pozitivní informaci, která zhodnotí možnosti dalšího vývoje, možnost podílu rodiny na optimálním vývoji dítěte s postižením, možnosti medicínského řešení a rovněž možnosti výchovného, případně převýchovného a vzdělávacího programu pro člena rodiny s postižením.

Rodiče se mnohdy považují za viníky a z toho vyplývají některé jejich zdánlivě nesmyslné či nepochopitelné reakce (obětují se pro dítě, aby odčinili svou vinu, popírají závažnost handicapu). Podle Vančury (2007) vychází pocit viny rodičů z toho, že takové dítě zplodili nebo že nedokáží bezvýhradně akceptovat. Dítě je v naší civilizaci zosobněným předmětem lásky. Rodiče dětí s postižením mohou cítit hluboký pocit viny za svou neschopnost dostatečně je milovat.

Pocit neschopnosti zplodit zdravé dítě je rodiči prožíván jako trauma a narušení vlastní identity - rodičovské role. Rodiče se také mohou považovat za méněcenné, dokonce až vyřazené z normální lidské společnosti. Sociální reakce společnosti mohou tyto tendence ještě posilovat. V takových případech je obtížné uspokojení potřeby vlastní hodnoty a společenské prestiže. Neschopnost zplodit zdravé dítě a z toho plynoucí negativní pocity bezmocnosti, hanby, viny má vliv na vztah k dítěti s postižením eventuálně i k partnerovi. (Matoušek, 2003a)

Vágnerová (2004) uvádí, že později vzniklý defekt nepůsobí jako znehodnocení rodičovského statusu. Určité i relativně krátké období, po které je dítě považováno za zdravé, stačí k pocitu zafixování rodičovské normality. Pozdější projev odchylky je akceptován primárně jako neštěstí, které postilo dítě a podle toho

je i zpracováváno. Z hlediska postojů široké veřejnosti je získaný defekt či pozdější onemocnění akceptovatelnější než vrozená vada.

Nástup do školy je pro rodiče dítěte s postižením potvrzením určité úrovně normality. Jde o sociální mezník, který pro dítě může představovat první krizi identity - srovnání se skupinou zdravých spolužáků, kdy si dítě uvědomuje vlastní odlišnost. Není-li dítě dobře disponováno pro zvládání výukových nároků i nároků sociální adaptace, bude nutně prožívat neúspěšnost, která jej může traumatizovat. Významné jsou v této situaci postoje učitelů a spolužáků. Speciální škola sama o sobě představuje symbol odlišnosti. Druhou krizí identity dítěte s postižením je odchod z chráněného a izolovaného prostředí speciálního školství do zaměstnání. Opět dochází ke konfrontaci s odlišností a jejího negativního významu, který je ovlivněn nepřipraveností obou stran. Potřebu seberealizace může člověk s postižením uspokojovat obtížněji, protože není vždy schopen adaptace na nějaké zaměstnání a navíc nemusí být dosažitelné povolání subjektivně uspokojující. (Fisher, Škoda, 2008)

Vágnerová (2004) upozorňuje, že pochopení potřeb dítěte s postižením je obtížnější než v případě zdravého. Většina neadekvátních výchovných postupů je ovlivněna neznalostí a mohla by být příznivě zlepšena včasným informováním rodiny. U dětí s postižením může snáze dojít k různě závažné deprivaci. Příčinou mohou být omezení daná defektem, ale také změny v rodičovských postojích a chování k dítěti. Pohybové omezení dítěte má negativní vliv na rozvoj poznávacích procesů a seberealizaci, ale i na rodiče. Chudý projev bez aktivity, mimických a pantomimických reakcí utlumuje zájem rodičů se dítěti věnovat. Takové děti

jsou méně stimulovány, ačkoli by potřebovaly, aby byli rodiče aktivnější, neboť si samy nemohou opatřit dostatek podnětů. Někteří rodiče se domnívají, že stimulace nemá velký užitek, protože dítě z ní není schopno těžit. Rodiče se také mohou obávat, že mohou něco dělat špatně, a tak raději nedělají nic. Někdy dochází i k tomu, že rodiče brání dítěti, aby určité dovednosti zvládalo samo, protože je pohodlnější udělat to za něj. Všechny tyto tendence vedou k opožďování vývoje dítěte, ačkoliv by k němu docházet nemuselo. Takové jednání také podporuje přetrvávání závislosti dítěte na okolí, ačkoliv by dítě mohlo dosáhnout určité míry samostatnosti.

Přijetí dítěte ze strany rodičů je, v případě, že se jedná o dítě s postižením, v mnoha ohledech náročné: představuje jakousi zkoušku bezpodmínečnosti rodičovské lásky, která pro dítě znamená základní milieu, rámec jeho růstu a harmonického vývoje jeho osobnosti. (Matějček, Langmeier, 1986)

Přijetí dítěte s postižením ze strany rodičů znamená pro dítě obrovský vklad do života. Rodiče dítěte s postižením se k jinak spíše samozřejmému akceptujícímu postoji potřebují často propracovat a i na dále jej obhajovat tváří v tvář novým obtížím, které soužití s dítětem s postižením přináší.

Matějček a Dytrych (1997) uvádějí, že pro rodiče neexistuje větší duševní otřes než poznání, že jejich dítě se nebude vyvíjet tak, jak by očekávali. Informace o postižení dítěte v určitém smyslu uzavírá jejich dřívější představu o soužití s dítětem. Rodiče přitom ještě obvykle nemají představu o tom, jaké možnosti se před ním otevírají. Dosavadní zkušenost a znalosti rodičů jim zpravidla nenabízejí odpovědi na otázky, které pro ně vystávají v této neobvyklé situaci.

Matoušek (2003a) uvádí, že rodiny se s postižením vyrovnávají tím hůře, čím rychleji a neočekávaněji postižení vzniklo. Stres, který se vyvíjí postupně, umožňuje také postupný vývoj adaptačních pochodů. Postižení vyvolává v ostatních členech frustraci, avšak nepříjemné pocity jsou cenzurovány z obavy, že jejich ventilace by mohla blízkému s postižením přitížit. Adaptace na postižení je také určována rodinným stylem reagování na stres (jak je rodina zvyklá řešit konflikty, jak zachází s emocemi). Rodina může jít příliš daleko ve snaze vynahradiť členovi s postižením jeho handicap poskytnutím výhod na úkor soukromí a pohodlí ostatních členů nebo tolerují jeho projevy např. výbuchy vzteku, nařikání, „naschvály“. Postižený člen rodiny toho může začít nevědomě zneužívat a nutí tak druhé, aby kolem něj „chodili po špičkách“. Záleží také na tom, kdo je z rodiny postižen. Je-li to dítě, dojde k zesílení interakce matka - dítě, matka se více věnuje tomuto dítěti a hrozí odsunutí otce a nepostižených dětí na druhou kolej. Dítě s postižením tak získá nad matkou i nad rodinou velkou moc. Skoro nikdy nemá rodina při střetu s postižením k dispozici vyzkoušené strategie, proto experimentuje při nacházení nových řešení nových problémů. Cílem je dopracovat se k přiměřenému přijetí člena s postižením. Rodina i jedinec s postižením musí poopravit představu o dosažitelných cílech, musí změnit svůj životní styl.

Vágnerová (2004) v této souvislosti uvádí, že postižené dítě může být příčinou extremizace postojů:

- Koncentrace pozornosti a zájmu na dítě s postižením a odsunutí zdravých sourozenců do pozadí. Rodiče si neuvědomují, že by zdravé dítě nějak ochuzovali. Očekává se od něj zralejší chování, než odpovídá jeho vývojové úrovni.

- Koncentrace zájmu na zdravé dítě. Zdravý potomek může sloužit jako kompenzace neuspokojení, které rodičům přináší dítě s postižením. Vyšší nároky a očekávání nemusí být přiměřené věku a možnostem dítěte a mohou zkomplikovat socializaci i rozvoj identity zdravého potomky, ale také mohou podporovat jeho socializační rozvoj, urychlit dosažení schopnosti převzít odpovědnost, podpořit větší toleranci a ochotu pomoci

Jak uvádí ve své publikaci Vančura (2007), lze identifikovat několik faktorů, které mají vliv na proces zvládání situace rodiči.

1. Charakteristiky rodiny

- Soudržnost rodiny - pocit sounáležitosti a emocionální blízkosti, který vede k nižší míře prožívaného stresu
- Schopnost řešit problémy/tvořivost - schopnost rodiny rozvinout dostatečný počet a variabilitu řešení v různých obtížných situacích
- Nezdolnost rodiny - postoj, který vyjadřuje odhodlání vytrvat tváří v tvář překážkám; to mimo jiné zahrnuje vnímání překážek spíše jako příležitosti než jako nebezpečí, vytrvalost ve stresu a vědomí o vlastním vlivu na prožívané události
- Sdílení odpovědnosti a vymezení rolí - definovat role tak, aby mohly být naplněny potřeby dítěte s postižením, ale aby zároveň nedošlo k tomu, že by o aktivitách rodiny rozhodovaly výhradně potřeby dítěte s postižením
- Složení rodiny - význam přítomnosti obou rodičů pro vnímanou míru stresu a zvládání rodiny, rodiče v úplných rodinách prožívají méně stresu než

svobodné matky, také význam přítomnosti zdravého dítěte v rodině, která kladně ovlivňuje celkovou atmosféru rodiny

2. Charakteristiky rodičů

- Kvalita manželského vztahu - dobře fungující rodiče jsou schopni jednat v rodičovské koalici, která umožňuje sdílet odpovědnost, poskytovat si vzájemnou podporu, získat reálný pohled na vlastní dítě a také ocenit vklad, který pro fungování rodiny přináší partner
- Locus of kontrol matky (tj. přesvědčení, zda může ovlivnit situaci nebo je naopak jen „ping-pongovým míčkem“ a nemůže situaci ovlivnit) - studie zaměřené na tuto problematiku ukazují, že matky, které jsou přesvědčené o vlastním vlivu na situaci a událost v rodině, vykazují vyšší míru adaptace a také lépe využívají dostupnou sociální oporu
- Přesvědčení a hodnocení ze strany rodičů - otcové, kteří jsou přesvědčení o vlastních schopnostech naplnit potřeby svých dětí, vykazují nižší míru stresu, než ti, kteří o svých kompetencích pochybují
- Časový rozvrh a plánování aktivit - rodiče často nemají dostatek času na partnera a nepostižené děti a téměř žádný čas pro sebe sama, proto je třeba plánovat tak, aby byly uspokojeny potřeby všech členů rodiny

3. Charakteristiky dítěte

- Závažnost postižení - závažnější postižení je spojeno s vyšší mírou stresu, negativní vliv mají i jiné faktory jako nejednoznačnost diagnózy a prognózy, přítomnost problematického chování, celkový charakter postižení, obtíže v komunikaci, nároky na péči, nedostatek informací o postižení

- Věk dítěte - studie se neshodují na tom, jaký vliv má věk dítěte, ve kterém k postižení došlo, na zvládání situace rodiči; dlouhodobé studie ukazují, že rodiče starších dětí, mohou být pesimističtější ohledně situace vlastní rodiny; jiné studie zase ukazují na pozitivní důsledky vývoje dítěte pro adaptaci rodičů
- Pohlaví dítěte - rodiče děvčat s postižením vykazují podle mnoha studií lepší přizpůsobení své situaci než rodiče chlapců s postižením
- Temperament a sociální kompetence dítěte - studie se rozcházejí v závěrech ohledně vlivu temperamentu na míru stresu vykazovanou rodiči; některé tento vztah popírají, některé naopak uvádějí vyšší míru stresu u dětí, které svým rodičům neodpovídají na emocionální úrovni komunikace

4. Vnější proměnné

- Stigmatizující sociální postoj - negativní postoje okolí vůči lidem s postižením představují trvalý zdroj stresu pro celou rodinu; nejnižší míra stresu byla zaznamenána v rodinách, jejichž členové v takových situacích vstupovali do verbální interakce a snažili se předat informace o postižení dítěte
- Sociální opora - vztahová síť rodičů jim poskytuje oporu, která konstruktivním způsobem snižuje míru prožívaného stresu
- Spolupráce s profesionály - rodiče někdy obtíže v komunikaci s profesionály, i těmi, kteří se specializují na problematiku postižení

Ve většině případů rodiče dosahují více či méně realistických postojů k dané situaci, kdy akceptují

dítě takové jaké je a jsou ochotni je rozvíjet v mezích jeho možností. V některých případech však dochází k zafixování neadekvátních maladaptčních variant např. rodiče jsou hyperprotektivní, s ochrannými postoji, které jsou zároveň i omezující - udržují infantilní chování dítěte i za okolností, kdy to není nutné. Dítě by se mohlo naučit více, ale rodiče mu to nedovolí. Někdy však můžeme narazit na přetrvávání ambiciózních a nepřiměřeně náročných výchovných postojů, které naopak nerespektují omezení dítěte, přetěžují jej, což je výrazem nepřijetí dítěte, takového jaké je. (Fischer, Škoda, 2008)

5.2. Efektivní adaptační strategie rodičů

Zajímavé výsledky přinesla studie Scorgie, Wilgoshe a Macdonalda (in Vančura, 2007) zaměřená na osobnostní charakteristiky a strategie zvládání rodičů dětí s postižením. Do výzkumu byli zahrnuti jen rodiče, kteří svoji situaci - podle názoru jedné z pečujících institucí zvládají. Z kvalitativní analýzy rozhovorů vzešly následující kategorie.

1. Reinterpretace vlastních myšlenek a postojů vůči postižení

a) Přijetí dítěte takové jaké je. Skrze přijetí postižení dítěte byli rodiče schopni se vyrovnat s okolnostmi svého života. Proto byli schopni rozvíjet dovednosti nebo kvality dítěte (aniž by popírali jeho postižení nebo jiné slabosti), uznávat jeho přednosti a tam, kde to bylo možné, také respektovat jeho cíle a přání.

b) Odhodlání uspět. Podle samotných rodičů nepředstavuje takové odhodlání záruku, že získají

všechny potřebné odpovědi, nebo že budou rychle dosahovat úspěchu. Toto odhodlání podle nich znamená realistický pohled na situaci, uznání, že pokrok vyžaduje čas a také ochotu čelit řadě náročných období.

c) Získání a uplatňování vlastních kompetencí. Kvůli nedostatku informací o postižení a jeho prognóze byli rodiče určitým způsobem přinuceni získat určité znalosti a dovednosti. V jistém smyslu se tak stali „experty“. Spolu s těmito znalostmi rodiče potřebovali nelézt určitou sebedůvěru, aby mohli mluvit o potřebách svých dětí, stát se vedoucími svépomocných skupin, předávat své zkušenosti prostřednictvím přednášek a článků apod.

2. Účelná rovnováha respektující osobní rola a různé odpovědnosti rodičů

a) Být především rodičem. Rodičovství dítěte s postižením spojuje roli rodiče, učitele a „obhájce“. Rodiče vnímají, že si potřebují nastavit limity, aby pro své děti byli především rodiči.

b) Vzdělávání společnosti. Rodiče vypovídali, že se často cítí vyloučení ze společnosti, diskriminováni, případně že nenachází adekvátní služby pro své dítě. Pociťují určitou odpovědnost za vzdělávání ostatních ohledně postižení vlastního dítěte.

3. Spolupráce s profesionály. Rodiče udávají, že za několik let svých zkušeností ve vyjednávání s mnoha různými profesionály se naučili novým dovednostem v této komunikaci: otevřenosti a upřímnosti, schopnosti jasně formulovat, jaké informace a pomoc potřebují. Naučili se také od profesionálů neočekávat všechny odpovědi na svoje otázky a svůj vztah s profesionály vnímat jako vztah partnerský, což ve svém důsledku umožňuje efektivnější spolupráci.

4. Schopnost rozhodovat se a řešit problémy.

Rodiče potvrdili, že určitá strategie rozhodování a její úmyslné používání v důležitých okamžicích přispívá k jejich efektivnímu zvládnání situace. Zmiňovali různé aspekty procesu rozhodování, jako např. přijetí svého autorství v procesu rozhodování a vědomí vlastního vlivu na situaci, přijetí odpovědnosti za důsledky rozhodování, kreativní pohled v hledání různých alternativ řešení.

5. Ochota ke změně

Rodiče, kteří dobře zvládají svoji situaci, oceňují a rozvíjejí svoji trpělivost, přizpůsobivost, pozitivní životní pohled, důslednost, smysl pro humor a ochotu přijmout pomoc. Jedním z pozitivních změn ve svém životě, kterou rodiče uvádějí, bylo získání nových životních rolí, nejčastěji jako vedoucí skupin rodičů, mluvčích na konferencích a členství v různých radách, ve kterých zastupovali lidi s postižením. Také zmiňují, že změna pro ně nebyla ničím přirozeným a samozřejmým, ale byla vedena úsilím o dosažení určitého prospěchu pro jejich dítě.

Rodiče dětí s postižením citlivě reagují na postoje okolí vůči vlastnímu dítěti s postižením. Pro některé z nich je náročné zvládnout právě setkání s okolím nebo vlastní širší rodinou, doprovázené často necitlivými nebo znehodnocujícími výroky, které mohou být nesený nejen soucitem, ale také obavami, vyhýbáním se, předsudky apod. Matějček (2001) uvádí příklad toho, jak může přístup okolí významně ovlivňovat postoje rodičů k vlastnímu dítěti s postižením. Konstatuje, že vrozené postižení přijímá laická veřejnost s jistým podezřením, zatímco vady získané v průběhu života přijímá realističtěji. První postoj vzbuzuje v rodičích

snáze pocit viny, zatímco druhý naopak vyvolává jejich odhodlání pomáhat, cvičit, napravovat.

V procesu adaptace rodičů hraje také významnou roli samostatné rozhodnutí rodičů. Sami za sebe udělali rozhodnutí situaci zvládnout. Tito rodiče dokázali v obtížné situaci nalézt určitý smysl nebo význam pro svůj další život. Toto připomíná Franklův odkaz na vnitřní svobodu za jakýchkoliv vnějších podmínek. Frankl (1996) rozlišuje mezi přijetím možností, které (byť nepříznivá) situace nabízí a „znehodnocením reality“, která se projevuje např. přemýšlením o neuskutečnitelných možnostech, které byly zmařeny apod.

5.3. Nejčastější problémy rodin osob se zdravotním postižením

V rodinách s dětmi s postižením je větší riziko, že bude docházet k týrání, zneužívání či zanedbávání těchto dětí. Děti s vrozeným poškozením, zaostávající ve vývoji či chovající se v rozporu s očekáváním rodičů bývají častěji obětí nevhodného zacházení rodičů. (Matoušek, 2005)

Rodiny se také mohou častěji potýkat s nedostatkem peněz, jelikož různé pomůcky a služby jsou dosti nákladné. Stát z tohoto hlediska více podporuje ústavní péči, jelikož tam jde více peněz v porovnání s finančními prostředky, které jsou dostupné jednotlivcům a rodinám pečujícím o člena s postižením.

V některých případech dochází i k rozpadu rodiny, obvykle odchází otec. Důvodem bývá skutečnost, že matka se věnuje pouze dítěti s postižením a manžela odsune do pozadí. Jiným důvodem je, že se otec nevyrovná

s faktem, že dítě je postižené a tuto situaci není schopen zvládnout. Osamělá matka pak musí zastat jak roli matky, tak otce, a vyrovnat se s odchodem partnera. Ještě více vystupují do popředí finanční potíže, se kterými se musí potýkat. Osamělé matky tím, že musí vše zvládat samy, mívají málo času na sebe, dochází k omezování jejich sociálních kontaktů. Může u nich dojít k vyčerpání, které může mít dopad na vztah k dítěti s postižením a kvalitu péče o něj.

Murrayová (2002) vyjmenovává problémy, kterým obvykle čelí rodiče dětí s postižením.

1. Přijetí faktu postižení dítěte. Rodiče akceptují postižení dítěte v různé míře. Někteří jsou schopni zralého uznání skutečnosti a přijetí dítěte, jiní tuto realitu popírají.
2. Finanční problémy. V některých případech mohou mít rodiče tendenci vynakládat finance neúčelně např. na alternativní léčbu.
3. Tenze plynoucí z emocionální zátěže, kterou rodiče považují za nesdělitelnou. Rodiče vnímají jako obtížné nebo dokonce nemožné sdílet svůj zážitek a další prožitky.
4. Vyřešení „teologických“ konfliktů. Čelit skutečnosti postižení vlastního dítěte je obtížnější, než čelit smrti, jelikož ta je považována za nutnou součást života. Toto má důsledky pro pohled rodičů na život.
5. Rozhodnutí o zabezpečení péče pro další život. Dítě bude potřebovat péči pravděpodobně v průběhu celého života.
6. Neobratná nebo špatně načasovaná odborná pomoc. Roli zde hrají obtíže profesionálů při sdělování nepříznivé prognózy.

6. Posttraumatický růst

Vančura (2007) definuje posttraumatický růst jako zkušenost pozitivní změny, ke které dochází v důsledku zápasu s vysoce nepříznivou životní krizí. Projevuje se mnoha způsoby, včetně většího ocenění života obecně, více smysluplnými interpersonálními vztahy, zvýšeným vnímání vlastní síly, změnou priorit a bohatším existenciálním a spirituálním životem. Perspektiva posttraumatického růstu rozhodně nemá popírat široké důsledky vysoce negativních událostí. Tato perspektiva spíše nabízí rozšíření pohledu na problematiku důsledků traumatu. Obě zmíněné dimenze - negativní důsledky i pozitivní změny v důsledku traumatu nelze považovat za opačné póly jednoho kontinua. Jedná se spíše o do značné míry nezávislé dimenze. Fenomén posttraumatického růstu nemá být vnímán jako úspěšný návrat do stavu před traumatem. Popisuje zkušenost lidí, kteří prožili traumatizující skutečnost a dokázali ji využít jako východisko k dalšímu individuálnímu růstu nebo vývoji, k rozvinutí více lidského jednání a společenskému uspořádání.

Tedeshi a Calhoun (1995) vyjmenovávají tři oblasti, ve kterých se posttraumatický růst projevuje. Výsledky studií podle nich ukazují na změnu v pohledu na sebe sama, změnu v mezilidských vztazích a změnu životní filozofie. Tito autoři dále uvádějí, že přibližně 40-70% lidí, kteří prožili nějaký druh traumatizující události, je později schopno uvést nějaký prospěch nebo užitek, který pro ně z této události vyplynul. Prožití traumatické zkušenosti přináší řadu informací o sobě samém. V tomto kontextu je zaznamenána pozitivní změna ve vnímání sebe sama - pohled na sebe jako na člověka, který přežil.

Přesvědčení, že pokud „přežiji toto, přežiji cokoliv“, je podle zmíněných autorů jednou z nejčastěji uváděných výpovědí udávaných v souvislosti s prožitou traumatizující událostí. Větší důvěra ve vlastní schopnosti čelit obtížím bude ovlivňovat reakci na případnou další nepříznivou skutečnost.

Podle Vančury (2007) je dalším častým důsledkem prožívaného traumatu také uvědomění si vlastní zranitelnosti, křehkosti. Lidé hodnotí zkušenost vlastních limitů jako přínos. Konfrontace s vlastními či vůbec s lidskými limity je vede k ocenění života, k pozitivním změnám ve vztazích, k jasněji uvědomovaným prioritám v trávení času atd. Mezi pozitivní zisky zkušenosti s postižením patří také bližší vztahy v rodině, větší soudružnost rodiny, růst k větší emocionální zralosti a uvědomění si, jak vzácné pro ně jejich dítě je. Část pozitivního vývoje ve vztazích, ke kterému dochází v důsledku prožitého traumatu, vychází ze zvýšeného soucitu s druhými, větší citlivostí vůči jejich potřebám a pocitům a také z vlastního úsilí o zlepšení vztahů.

Náročná životní situace vyvolává množství otázek po smyslu života, po vlastních životních očekáváních, vlastních možnostech apod. Podle Tedeshiho a Calhouna (2004) v této oblasti dochází k následujícím změnám: změny týkající se vlastních životních priorit, existenciální změny, změny v duchovní a náboženské oblasti a získání moudrosti. Kromě celkového ocenění života přináší tato zkušenost také ocenění obyčejných věcí, maličkostí a vztahů, které byly doposud považovány za samozřejmost.

Pro určitou skupinu lidí, která je konfrontována s traumatizující skutečností, vede tato zkušenost k posílení náboženského přesvědčení. I když

bezprostřední reakcí na nepříznivou událost může být dočasná ztráta náboženského přesvědčení, následující snaha o porozumění události vede naopak k jejich upevnění.

Příčinu, proč došlo k traumatizující události, je možné přisuzovat vlastnímu jednání, jednání druhých nebo náhodě. Každá z těchto atribucí představuje příležitost pro odlišný typ posttraumatického růstu. Pokud jde o událost přisuzovanou vlastnímu jednání, pravděpodobně bude docházet k růstu v oblasti sebepojetí. Je-li traumatizující událost přisuzována jednání druhých, bude pravděpodobně docházet ke změně v očekávání na ně kladených, které budou zahrnovat také tuto zkušenost. (Vančura, 2007)

Matějček (2001) uvádí, že pokud se rodiče úspěšně vyrovnají s postižením dítěte a sami sebe přijmou jako rodiče dítěte s postižením, budou velice pravděpodobně vnímat pozitivní zisk, který pro ně jejich dítě, stejně jako jiné děti pro své rodiče, přináší.

Z mnoha výpovědí rodičů vyplývá, že první informace lékařů jsou jednostranné. Lékaři varují před negativními aspekty rodičovství postiženého dítěte, tím udržují nebezpečný předsudek. Obsahová analýza ukázala na šest oblastí pozitivního přínosu, které lidé s postižením přinášejí pro svoji rodinu: jsou zdrojem lásky, zdrojem radosti, zdrojem důležitých životních lekcí, zdrojem naplnění a požehnání, důvodem k hrdoosti a zdrojem síly pro rodinu. Prožitky rodičů se často pohybují mezi zármutkem a radostí, nadějí a beznadějí, vzdorem a zoufalstvím. Většina zármutku, který rodiče prožívají, je spojena s kontaktem s druhými lidmi, ve kterém se rodičům často dostává negativní poselství a poselství o beznaději. (Vančura, 2007)

Z našich autorů zmiňuje pozitivní zisk v souvislosti s výchovou dítěte s postižením Matějček a Langmeier (1998). S odvoláním na četné příklady ze své praxe uvádějí, že soužití s dítětem s postižením přináší rodičům, kromě uspokojení a radosti, také velice pozitivní formování jejich osobnosti.

Lze na tomto místě připomenout Matějčka (2001), podle kterého je narození dítěte s postižením výzvou k přebudování dosud sdílené soustavy hodnot rodiny. Rodiče, kteří úspěšně procházejí adaptací na situaci, opakovaně čelí negativním reakcím okolí, kterému podobně chápající pohled často schází.

King a kol. (2005) publikovali kvalitativní studii o změnách v přesvědčení rodičů dětí s postižením. Uvádí několik oblastí, ve kterých u rodičů dochází k pozitivní změně a proměně. Zmiňuje rozvinutí osobnostních kvalit, jako je trpělivost, láska, soucit, tolerance, zlepšení osobnostních vztahů se členy rodiny i s ostatními lidmi, silnější náboženské přesvědčení, schopnost zaměřit se na přítomnost a větší ocenění malých a jednoduchých věcí v životě.

Ve studiích i odborné literatuře převládá důraz na negativní následky skutečnosti postižení. Postižení dítěte je chápáno jako tragédie, ze které se rodina nikdy nezotaví. Poznatky na základě takto získaných studií mají vliv na pečující profesionály. Profesionálové tak zaujímají vůči rodičům postoje, které odráží akcent na negativní aspekt situace. Toto se odvíjí od převládajícího interpretačního paradigmatu, které neodpovídá skutečnosti. Většina rodin dětí s postižením zvládá život uspokojivě, konstruktivně a dokáže se vyrovnat s obtížemi, které před nimi vyvstávají v souvislosti s péčí o dítě s postižením.

Koncept pozitivních přínosů pro rodiče dětí s postižením může být povzbuzením pro rodiče, kteří dítě s postižením vychovávají. Většina publikací zabývajících se problematikou zdravotního postižení se věnuje negativním dopadům postižení na život samotné osoby s postižením i jeho blízkých a jsou málo zdůrazňovány přínosy osoby s postižením. Tento koncept je také podporou pracovníkům, kteří pracují s osobami s postižením. Dává jim pocit, že mají klientům co nabídnout, že kromě negativ, lze najít i pozitiva.

7. Socializace dětí s postižením

Socializace dětí s postižením je odlišná, protože postižení má vliv na postoje společnosti (primárně rodiny), roli dítěte s postižením a z toho vyplývající očekávání chování postiženého dítěte. Socializace dětí s postižením je obtížnější vzhledem k tomu, že mají omezenější sociální učení (nevidoucí, neslyšící apod.) a sociální zkušenost tj. omezený okruh lidí. Z hlediska zdravých dětí jsou děti s postižením méně žádoucími partnery, děti s postižením obvykle společné hře nestačí a nebývají v ní samy uspokojovány.

Děti s postižením se v důsledku izolace a menší zkušenosti více bojí, mnoho objektů i situací je pro ně neznámých. Svět, tak jak se dítěti s postižením jeví, bývá chudší a cizí, právě vlivem nedostatku zkušeností všeho druhu.

Blažek a Olmerová (1988) upozorňují také na to, že je potřeba všimnout si i sourozenců dítěte s postižením. Role sourozence postiženého může též představovat zátěž. Rodiče k němu mohou vztahovat vyšší očekávání, měl by kompenzovat nedostatky dítěte s postižením nebo se mu dostává mnohem méně pozornosti, veškerý zájem je soustředěn na dítě s postižením. Sourozenec může pociťovat vinu ve vztahu k sourozenci s postižením, který musí být ochraňován a nelze se k němu chovat jako k jakémukoli zdravému dítěti. Je otázkou, zda jsou zdravé děti k plnění takových nároků dostatečně zralé a schopné je zvládnout, aniž by tím byly samy postiženy. Může se u nich objevovat také pocit ambivalence, hanby a studu, nutí-li ho rodiče, aby bral svého sourozence všude s sebou, a neudělá-li to, hodnotí jej jako špatného. Tímto mu mohou zkomplikovat jeho vlastní socializaci i rozvoj identity. Rodiče by na sourozence

dítěte s postižením neměli klást nároky, které nemohou splnit a které jim znemožní uspokojovat jejich potřeby.

Ve školním věku je sebehodnocení dítěte stále více ovlivňováno postojem vrstevníků. I dítě s postižením se hodnotí ve vztahu ke skupině, kde má určité postavení a roli, přičítá si takové vlastnosti, které mu ostatní děti přisuzují. Vágnerová, Hadj-Mousová a Štěch (2000) uvádějí, že všechny děti mladšího školního věku, děti s postižením nevyjímaje, mají potřebu otevřené komunikace. Rodiče dětí s postižením však nejsou schopni tuto potřebu ve všech oblastech uspokojit - onemocnění dítěte, jeho prognóza a mnohé další citlivé oblasti, které s tím souvisejí, jsou v rodině tabuizovány.

Období puberty je obtížné pro dospívajícího i rodiče. Dospívající přehodnocuje dosavadní vztahy, postoje, hodnoty a vytváří si svůj nezávislý názor na svět. Dítě s postižením se musí vyrovnávat s obvyklými obtížemi tohoto období, navíc však musí řešit problémy, které specificky souvisejí s jeho postižením. Emancipace jedinců s postižením je komplikovaná reálnou závislostí na dospělých. Závisí to spíše na stupni než na typu postižení, rozhodující je schopnost se o sebe postarat. U některých typů postižení nedosáhne jedinec nikdy takové úrovně, aby mohl žít zcela nezávisle. Pro dospívající je významná vrstevnická skupina, stejně tak pro dospívající s postižením, ale začlenění do takové skupiny je podstatně komplikovanější. Výběr skupiny je pro dítě s postižením obtížný. Pokud žije v internátním zařízení, jeho vztahy jsou omezeny na skupinu dětí se stejným postižením a žijících ve stejně limitovaném prostředí. Skupina dětí je zde vytvořena vnějšími okolnostmi tj. volný výběr vrstevníků, který by uspokojoval jeho potřebu sociálního kontaktu, nezávisí

na jeho rozhodnutí. U dětí žijících v rodinách je zase často možnost sociálních kontaktů limitována rodiči (hyperprotektivní či úzkostní).

Je také otázkou, do jaké míry jsou zdravé děti schopné či ochotné mezi sebe přijmout vrstevníky s postižením a na jaké úrovni s nimi budou navazovat sociální vztahy. Riziko zraňující sociální zkušenosti je veliké, proto je častěji najdeme ve skupinách relativně uzavřených a vymezených stejným typem postižení.

Fischer a škoda (2007) uvádějí, že dospívající s postižením přehodnocuje svůj vztah k sobě stejně jako každý v tomto období. Znamená to, že po období relativního vyrovnání se s postižením a přijímáním sebe sama jako postiženého, musí nyní pod vlivem vnitřního vývoje a vnějších okolností přehodnocovat i své postoje k postižení. Změněnou situací, změněnými hodnotami a potřebou vytyčit si nové životní perspektivy dostává postižení nový význam. Fyzický vzhled je v tomto období velmi důležitý pro budování sebevědomí a každý fyzický defekt tím nabývá zvláštního významu. Postižení též limituje dospívajícího ve volbě povolání, která je v tomto období aktuální. Volba povolání je omezena zdravotními důvody, dostupností povolání (resp. přípravy na něj). Problémy činí také tlak na výkonnost a rentabilitu.

Opuštění školy znamená omezení sociálních kontaktů a snižuje šance získat přátele nebo partnera. Jedinci s postižením tak mají tendenci fixovat se na jakéhokoliv člověka, který je na blízku. Taková fixace je pro zdravého člověka příliš silná a zatěžující, zpravidla ji proto odmítá (obrana před vztahem, který by jej „pohltil“).

Partnerský vztah a založení rodiny je pro člověka s postižením důkazem úspěšného začlenění do společnosti. I v této oblasti však člověk s postižením naráží na řadu problémů jako malá sociabilita, reálná možnost tyto vztahy navazovat a realizovat představy o partnerovi. Představa, že by partner měl být zdravý nebo alespoň méně postižený, je málo reálná. Většinou od této představy ustupují a dávají přednost postiženému, u kterého hledají pochopení pro své problémy.

Podle Vágnerové (2004) je vztah dvou lidí s postižením stabilnější. Důvodem může být obava, že jinak zůstane sám, vědomí, že má omezené příležitosti k seznámení. Rodičovství je alternativou uspokojení seberealizace, děti jsou důkazem normality a potvrzení hodnoty člověka v rodičovské roli. Tlak na bezdětnost, je-li riziko postižení dítěte vysoké, může člověk s postižením interpretovat jako další omezování svobody (práv) ze strany zdravých.

Saturace potřeby seberealizace profesním uplatněním, tedy pocit užitečnosti, aktivizace mnoha schopností a dovedností, udržení sociálních kompetencí a uchování potřebné sebeúcty a sebevědomí, bývá obtížněji uspokojována. Závislost na invalidním důchodu je subjektivně degradující a vyvolává pocit méněcennosti.

7.1. Zrakové postižení

Podle Fischera a Škody (2008) představuje těžší zrakové postižení sensorickou deprivaci, jedinec nemůže přijímat zrakové podněty. Zrakové vnímání přináší normálně většinu informací o okolním světě. Kompenzační funkci mají především sluchové a hmatové vnímání, které jsou více rozvinuté. Zrakové postižení vyvolává vyšší

nároky na pozornost, paměť a myšlení. Rozvoj myšlení je v těchto případech více spjat s rozvojem řeči, řeč má tedy velký význam (komunikační a kognitivní funkce), supluje zkušenost, je hlavním prostředkem získávání informací.

V komunikaci s lidmi se zrakovým postižením chybí vizuální kontakt, člověk s postižením nemůže porozumět vizuálně prezentovaným neverbálním komunikačním signálům. Člověk se zrakovým postižením má omezené možnosti učit se nápodobou, obtížně se orientuje v neznámém prostředí, což zvyšuje jeho závislost na druhých, snižuje jeho zájem o samostatnou aktivitu a tendenci izolovat se ve známém prostředí.

Matějček (1986) zdůrazňuje, že nevidomé děti mají zřejmě více pocitů nejistoty a z toho (i mnoha dalších důvodů) plynoucí také menší potřebu zvědavosti.

7.2. Sluchové postižení

Vágnerová (2004) uvádí, že v tomto případě dochází k omezení nebo úplnému chybění zvukových podnětů. Jde o poruchu rozvoje schopnosti ovládat mluvenou řeč jak v oblasti jejího porozumění, tak v aktivním mluveném projevu, čímž vzniká komunikační bariéra. Důležitým komunikačním kanálem se stává zrakový kontakt, významnou složkou komunikace je také mimika a pantomimika. Myšlení je více vázáno na konkrétní realitu. Pro osoby se sluchovým postižením je obtížné abstrahovat, vidět obecnější souvislosti a vztahy, uvažovat hypoteticky. Zvláštnosti chování jsou dány obtížemi ve sdělení a vysvětlení čehokoliv. Obtížně chápou, jaké chování je žádoucí, co je dovoleno a co zakázáno (normy chování). Mívají problémy s pochopením pocitů, názorů a postojů druhých, hůře se orientují v mezilidských vztazích. Mají možnost učit se

nápodobou, ale chybí porozumění podstatě takového projevu.

7.3. Tělesné postižení

Tělesné postižení má dva aspekty: nedostatečnost pohyblivých kompetencí a deformovaný zevnějšek. Závažnost pohybového omezení má vliv na kvalitu života, rozhodující je míra soběstačnosti, která je dána schopností jakékoliv samostatné lokomoce a sebeobsluhy. Pohybové postižení má vliv na rozvoj funkcí, které jsou na takových dovednostech závislé: omezené zkušenosti, snížená možnost setkávat se s lidmi, menší zkušenost s různými sociálními prostředím, toto vede k určitému infantilismu.

Osoby s tělesným postižením jsou častěji podceňovány. Obecně máme menší očekávání vůči lidem s tělesným postižením a vyšší toleranci k jejich projevům. Viditelná tělesná deformace má vždy sociální dopad, snižuje status postiženého, negativně ovlivňuje jeho sociální hodnocení a akceptaci okolím, toto vše má vliv na sebehodnocení postiženého. (Vágnerová, 2004)

7.4. Mentální postižení

Mentálním postižením rozumíme vývojovou poruchu integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti - duševní, tělesné a sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost - různá míra snížení rozumových schopností, která se projevuje nejnápadněji v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení. Mentální postižení je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému

okolí. Je to stav trvalý, vrozený nebo částečně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence (Pipeková a kol., 1998).

Děti s mentálním postižením mají stejné potřeby jako děti zdravé, ale jsou vlivem postižení a omezenějších rozumových schopností různým způsobem modifikovány. Děti s mentálním postižením dávají přednost stereotypnější, jednodušší, jednoznačnější stimulaci, důležité je, aby pro ně byla srozumitelná. Hrozí riziko nedostatečné nebo nadměrné stimulace. V získávaných informacích musí být řád, pravidla, kterým by mohlo dítě s mentálním postižením porozumět. Je-li dospělý člověk s mentálním postižením ponechán bez vedení, ztrácí své dovednosti a návyky a postupně celkově chátrá.

Lidé s mentálním postižením mají omezenější potřebu zvědavosti a preferují podnětový stereotyp. Jsou pasivnější a závislejší na zprostředkování informací, obtížněji se orientují v běžném prostředí, svět je pro ně méně srozumitelný.

Myšlení osob s mentálním postižením je obecně charakteristické stereotypností, rigiditou, ulpíváním na určitém způsobu řešení. Je pro ně obtížnější porozumět běžnému verbálnímu projevu. Schopnost učení je vždy nějakým způsobem omezena. Nedostatky se projevují i v oblasti pozornosti a paměti, mají sníženou motivaci, jsou ochotny se učit za podpory dospělého, ke kterému mají pozitivní vztah (emotivní motivace). Názory osob s mentálním postižením lze snadno ovlivnit, nejsou schopny odhadnout své možnosti. Zásadnější změny vynucené okolnostmi nemusí zvládnout, především v situaci, kdy nejsou schopny pochopit jejich podstatu. Osoby s mentálním postižením obtížně chápou

podstatné znaky sociální interakcí a smysl takového chování. S dospělostí někdy dochází k zvýšení agresivity, což je důsledek stresujícího sociálního prostředí, které nechápe, nebo vlivu biologických faktorů (organické poškození mozku). (Vágnerová, 2004)

7.5. Duševní onemocnění

Chromý (1990) konstatuje, že duševní onemocnění se liší od tělesných, jsou více stigmatizující. Lidé se bojí osob s duševním onemocněním, protože nerozumí jejich projevům, jsou pro ně znejišťující. Vážné duševní onemocnění znamená sociální stigma. Není-li člověk s duševním onemocněním s to se alespoň minimálně přizpůsobit běžným požadavkům, vyvolává to negativní odezvu okolí, jde o reakci na odlišnost.

Postoj k osobám s duševním onemocněním se charakterizován sníženou mírou porozumění podstatě této nemoci. Typický je emocionálně ambivalentní postoj – soucit a zároveň odmítání.

Odlišné chápání světa, neschopnost porozumět i běžným situacím a zdánlivé chybění logiky v uvažování duševně nemocných vede k přesvědčení o jejich nevypočitatelnosti a nevyzpytatelnosti. Nemocnému chybí přiměřený náhled na jeho chorobu. Vše pro něj nabývá odlišných významů a hodnot. Prožívá vlastní tělo jako cizí a ztrácí pocit své integrity i jistotu ohraničení vlastní osobnosti vůči vnějšímu světu. Svět se mu často jeví jako cizí, chaotický, nedokáže se v něm zorientovat. Toto vede k pocitu ohrožení a obrannému chování. Lidé s duševním onemocněním mají málo motivace k léčbě, jelikož názor, že by se měli léčit, přichází ze světa, který nemocnému připadá cizí, nepřátelský. (Probstová, 2008)

Jsou-li lidé s duševním onemocněním schopni vnímat a chápat reakce okolí, uvědomují si, že se jim okolí vyhýbá, že převažuje negativní postoj vůči nim. Reakce okolí jsou často tak negativní, že samy o sobě znamenají pro duševně nemocného silnou zátěž.

8. Krizová intervence

Lucká (in Matoušek, 2003) uvádí, že krizová intervence je specializovaná pomoc osobám, které se ocitli v krizi. Krizová intervence je zaměřená na psychologickou podporu intrapsychických rezerv a schopnosti jich adekvátně využít.

Jde tedy o zásah v době krize, který se snaží minimalizovat ohrožení klienta, objevit a posílit jeho schopnost vyrovnat se se zátěží tak, aby jeho adaptace posílila jeho růst a integritu, a aby se pokud možno předešlo destruktivním způsobům řešení situace.

Štěpánková (2004) uvádí, že krizová intervence v sobě také kromě psychologické pomoci zahrnuje sociální intervenci a sociálně-právní či právní poradenství. V praxi tvoří krizovou intervenci nejčastěji tyto aktivity: poskytnutí emoční podpory a pocitu bezpečí, podpora ventilace emocí, usnadnění komunikace, konfrontace s realitou a eliminace tendence k odmítání a zkreslování reality, identifikace „nejdůležitějšího“ problému, který je nutno řešit, odhalení skryté zakázky, zhodnocení dosavadních adaptačních mechanismů a využívání efektivních adaptačních mechanismů, mobilizaci zdrojů pomoci, vytvoření plánu pomoci. Krizový intervent by se měl vyvarovat utěšování, přesvědčování, dávání „dobrých“ rad, tlumení emočních reakcí, bagatelizování projevů krizové reakce.

Vodáčková a kol. (2002) uvádí rozdíly mezi psychoterapií a krizovou intervencí. Psychoterapie přináší možnost reflektované změny v klientově prožívání a chování prostřednictvím systematické práce s trsem problémů či strukturou klientovy osobnosti pomocí psychoterapeutického vztahového rámce a dalších

specifických nástrojů umožňujících dosáhnout vyššího stupně náhledu a učinit zkušenost se zralejšími formami chování a prožívání. Krizová intervence si klade jiné cíle a má odlišný časový rámec. Krizová intervence se zaměřuje na to, jak krizová situace vznikla (blízká minulost) a měla by dosahovat jen do blízké budoucnosti. Krizová intervence má pracovat s tím, co je v dané chvíli akutní, nejzřetelnější a nejpotřebnější. Krizová intervence trvá po dobu klientova krizového stavu, jde zhruba o jedno až tři setkání. Krizová intervence končí ve chvíli, kdy se klient cítí být schopen svoji situaci konstruktivně řešit.

Podle Kaliny a Vančury (1989) není v krizové intervenci vhodné příliš rekapitulovat problémy minulosti nebo se zabývat dlouhodobými vzorci chronicky narušeného chování. Minulost se má explorovat proto, osvětlila přítomnost.

V procesu KI můžeme identifikovat několik etap, kterými prochází. Následující model je převzat z publikace Vodáčkové a kol. (2002):

- Navázání kontaktu. Tato etapa je velmi podstatná, klient může prožívat řadu pocitů, které mu nedovolují začít snadno, např. strach, úzkost, bezradnost, beznaděj, stud, zármutek a může se chovat neadekvátně. Za této situace bývá navázání vztahu obtížnější. Vhodnou technikou v této fázi je akceptace klienta se všemi jeho projevy a snaha o zajištění bezpečí, protože jen ten, kdo se necítí ohrožen, bude schopen navázání kontaktu a jeho pokračování. Při TKI může pocity volajícího v počátku hovoru ovlivnit způsob, jakým se pracovník ohlásí (zní neutrálně, laskavě, agresivně, unaveně, otráveně, rutině). Může

k tomu přispět i to, kolikrát telefon zazvoní. Za optimální se považuje vzít telefon při třetím zazvonění.

- Základní orientace v situaci. Cílem je zjistit ty údaje, které jsou pro daný rozhovor podstatné. Jde především o základní údaje o klientovi (věk, pohlaví, sociální situace apod.), očekávání a zakázka klienta, zjištění základních souvislostí. Zjišťujeme tedy, co se stalo, kdy se to stalo a za jakých okolností, k situaci došlo. Měli bychom získat informace, které mohou ozřejmit klientovy obtíže a mohou se stát vodítkem k řešení. Klientovi jde v rozhovoru zpravidla o něco konkrétního, co by chtěl vyřešit, získat, dozvědět se. Je důležité, toto zjistit, zeptat se na toto klienta. Dále následuje práce na zakázce. Pracovník by měl mapovat, jaké zdroje klient má k překonání situace, měl by klienta podporovat a společně s ním hledat možná řešení.
- Závěr rozhovoru. Je to obvykle ve chvíli, kdy klient dostatečně prohovořil svoji zakázku. V některých případech dá klient signál, že rozhovor může skončit. Někdy jako by nedokázal skončit a jeho úvahy uvázly v kruhu. V takovém případě je dobré se vrátit k původní zakázce a zeptat se, zda jsme mluvili o tom, co potřeboval. Může dojít k situaci, kdy klient nechce ukončit rozhovor, protože se cítí osamělý. Pracovník by měl s klientem udělat dohodu o časovém limitu rozhovoru. Lze dohodnout další schůzku.

Lucká (in Matoušek, 2003) připomíná, že je potřeba zjistit, zda nejsou ohroženy jiné osoby (např. krizi

prožívá matka malého dítěte a nemusí být schopná se o dítě řádně postarat).

KI má několik forem, hlavním způsobem dělení je fakt, zda je klient přítomen, nebo ne (zda jde o kontakt tváří v tvář či nikoliv). První skupiny tedy tvoří prezenční formy, do této skupiny zahrnujeme ambulantní pomoc, hospitalizaci, terénní a mobilní služby. Druhou skupinu potom tvoří distanční formy tj. telefonická a poměrně nově také internetová pomoc.

Jak již vyplývá z názvu mé práce, zaměřím se na telefonickou krizovou intervenci. Někteří pracovníci se domnívají, že osobní kontakt pracovníka s klientem je nezbytný, čímž devalvují KI prostřednictvím telefonu. Podle mého názoru a vlastní zkušenosti je však zřejmé, že telefonní KI má své výhody.

Telefonická krizová intervence (TKI) má následující výhody (Štěpánková, 2004):

- Snadná dostupnost. TKI je klientům nejbližší - je právě tak blízko, jak daleko je nejbližší telefon - stačí zvednout sluchátko a vytočit číslo. V současné době má většina domácností telefon a člověk v krizi tak nemusí opouštět místo, kde se cítí dobře a bezpečně (až na výjimky domácího násilí, týrání, zneužívání apod.) a vydat se do prostředí, které je pro něho neznámé a v mnoha pohledech stresující. Mobilní telefon pak umožňuje zavolat prakticky odkudkoliv.
- Okamžitá pomoc. Možnost zavolat kdykoli a odkudkoli (většina linek funguje non-stop). Tím, že klient v akutní situaci vyhledá pomoc okamžitě, nedochází k časovému prodlení mezi okamžikem, kdy klient sám cítí nutnost a nevyhnutelnost pomoci, a okamžikem, kdy mu je pomoc poskytnuta.

- Bezbariérovost. Telefon umožňuje překonat interpersonální i geografické bariéry. Na linku důvěry se může obrátit každý, kdo to považuje za vhodné nebo za nutné. (Některé linky mají zúženou cílovou skupinu - specifické linky, ale ani taková linka neodmítne klienta, který je v akutní krizi, i když nepatří k její cílové skupině.)
- Bezpečí a kontrola klienta. Telefon představuje jedinečnou formu poskytnutí pomoci - odpadá strach klienta z cizího prostředí, klient může zůstat tam, kde se cítí dobře. Je to on, kdo má nad situací kontrolu a určitou moc. Klient může kdykoli zavěsit a tím přerušit kontakt.
- Anonymita klienta. Zachování anonymity je velkou výhodou, je jedním z důvodů, proč klienti tuto formu vyhledávají. Anonymita usnadňuje sebeotevření klienta, anonymita redukuje strach klientů ze zesměšnění, odsouzení či zneužití poskytnutých informací.
- Anonymita interventa. Podobně jako klienta chrání anonymita i pracovníka linky, zabraňuje, aby se klient na pracovníka nezdravě fixoval. Významnou roli může sehrát i představa klienta o interventovi. Rozhodne-li se klient pro osobní návštěvu, vytváří si představu, jaký pracovník bude, realita však může být odlišná. Při TKI je dán dostatečný prostor k tomu, aby si klient vykonstruoval takového interventa, jakého potřebuje. Tato iluze mu může poskytnout pocit bezpečí, důvěry a jistoty.
- Nízké náklady. Služby TKI jsou zdarma, platí se jen běžné telefonní poplatky. Některé linky důvěry jsou dokonce zcela bezplatné (bezplatné volání).

TKI má ale také své nevýhody:

- Absence vizuálního klíče. Nevíme, jak daná osoba vypadá, jaký má výraz obličeje, gesta mnoho dalších nonverbálních charakteristik, které získáváme při kontaktu tváří v tvář.
- Redukce informací o klientovi. V důsledku absence vizuálního klíče má pracovník mnohem méně informací o klientovi. Jde-li o osobní kontakt, je intervent schopen z vizuálního kontaktu vytvářet úsudky o jeho emocionálním stavu, adaptačních možnostech a schopnostech vypořádat se s danou životní situací v závislosti na jeho věku, sociálním postavení, kulturním zázemí a charakteristikám osobnosti. Krizová intervence tváří v tvář umožňuje využívat velkého množství neverbálních projevů, které jsou po telefonu přece jen hůře identifikovatelné.
- Časový stres. Při KI tváří v tvář je obvykle mnohem více času k navázání kontaktu s klientem. V rámci TKI je situace odlišná, pokud se nepodaří rychlé navázání kontaktu a brzké vybudování určitého stupně důvěry, volající s velkou pravděpodobností zavěsí. Délka hovoru také může být ovlivněna kreditem karty volajícího, určitým množstvím mincí, která má k dispozici, vybitím baterie mobilního telefonu.
- Přerušování kontaktu. Tento bod souvisí s předcházejícím, hovor může být přerušeno z výše vyjmenovaných důvodů - kredit volajícího, množství mincí, baterie mobilního telefonu. K přerušování může také dojít v důsledku poruchy telefonní sítě, slabého signálu. Podobné situace vyvolávají u pracovníků nepříjemný prožitek „nedodělané práce“ a mohou být pro něj silným zdrojem stresu. Ale také pro klienta je tato

situace negativní, protože „neví, co se stalo“ a může si ohledně toho vytvářet různé fantazie („On mi to zavěsil!?!“).

- Nedostatečná zpětná vazby. Hovory na lince jsou zpravidla jednorázové, a proto nemá pracovník většinou zpětnou vazbu o účinnosti zásahu.
- Náročnost. Telefonická intervence je v mnoha směrech obtížnější a náročnější, než jiné formy pomoci.

Nevýhodu plynoucí z absence vizuálního kontaktu s klientem může pracovník snižovat technikami aktivního naslouchání (zrcadlení, parafrázování, shrnování, objasňování, rekapitulace, kotvení, zhodnocení). Většina emocí se projevuje v hlase, tudíž pracovník může usuzovat na stav klienta podle jeho hlasu a celé paraverbální komunikace (např. tempo řeči, hlasitost, přízvuk, pomlky zřetelnost, plynulost). Velmi důležité je v TKI i dotazování, které pomáhá pracovníkovi zmapovat stav a situaci klienta. Otázky by měly být formulovány tak, aby dávaly klientovi prostor mluvit o tom, o čem mluvit potřebuje a netlačily ho směrem, kterým nechce jít.

V souvislosti s krizovou intervencí je též důležité objasnit pojem krize. Havránková (2006) uvádí, že krize je důsledek střetu s překážkou, kterou člověk není schopen zvládnout vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi či s pomocí blízkých osob. Jde o situaci, která způsobuje změnu v navykklém způsobu života a vyvolává stav nerovnováhy, ohrožení a stresu. Někteří lidé jsou ke krizi předurčení svou přecitlivělostí, naivitou, rigiditou, egocentrismem a egoismem. Krize je obvykle vnímána jako negativní jev,

ale krize je významnou příležitostí osobního vývoje a růstu, osvojení si nových dovedností a schopností (za předpokladu, je-li dobře zvládnuta).

Lucká (2003) ve svém příspěvku uvádí, že krizi můžeme dělit podle různých hledisek:

Podle způsobu manifestace:

- Zjevná. V tomto případě si člověk krizi uvědomuje, připouští. Krize jej většinou nutí čelit problému, nutí jej k hledání řešení nebo pomoci.
- Latentní. Jde o krizi, kterou si člověk neuvědomuje nebo si ji nechce či nemůže připustit. Většinou vede k nevědomým, často nevhodným způsobům adaptace jako např. únik do nemoci, přílišná pracovní aktivita, abúzus návykových látek, které pak mohou vyvolat krizi zjevnou.

Podle průběhu:

- Akutní. Tento typ mívá bouřlivý jasný počátek, průběh a někdy i konec. Bývá reakcí na traumatickou životní událost (nehody, napadení, znásilnění apod.).
- Chronická. Chronická krize má nenápadný počátek, trvá dlouho (řádově měsíce i roky). Jde o procesy, které mají charakter latentní krize, někdy vznikají nedostatečným nebo povrchním zpracováním akutní krize.

Baldwin (in Pasquali a kol. 1989) vytvořil klasifikační systém odstupňovaný podle závažnosti. Tedy postupně od krizí méně závažných k závažnějším a přesunem zdroje stresu od vnějšího k vnitřnímu:

- Situační. Situační krize je dána nepředvídatelným, náhlým stresem, její závažnost je určena subjektivním nazíráním situace. Spouštěčem je ztráta nebo její hrozba a volba.

- Transitorní. Vyplývá ze situací, které jsou předpověditelné, souvisejí s vnitřním růstem a vývojem v rámci životního cyklu jedince i rodiny (puberta, nástup do školy, svatba, apod.).
- Krize z náhlého traumatizujícího stresoru. Jde o mocný vnější stresor, který člověk neočekává a nad kterým nemá téměř žádnou kontrolu.
- Krize zrání (vývojová krize). Krize, která souvisí s vývojovým dluhem - jedinec v určitém období nemohl splnit svůj vývojový úkol, jedinec dorovnává, co přeskočil. Může jít o nedořešená či nedokončená témata.
- Krize pramenící z psychické poruchy. Jedinec, který trpí psychickou poruchou, je zranitelnější a na všechny podněty reaguje citlivěji.
- Neodkladné krizové stavy. Jedná se o akutní psychotické stavy, alkoholové nebo drogové intoxikace, záchvaty panické úzkosti, problémy s kontrolou emocí, akutní reakce na stres apod.

Krize prochází několika fázemi. Caplan (in Pasquali a kol., 1989) definoval fáze krize následujícím způsobem:

- Ohrožení. Člověk si uvědomuje, že se něco děje, jeho úzkost vzrůstá. S touto situací se snaží vyrovnat způsobem, kterým obvykle řeší zátěž (svépomoc, pomoc okolí). Nepodaří-li se zvládnout obvyklými strategiemi, nastává druhá fáze.
- Zmatek jedince se zvyšuje, vzrůstá citlivost na podněty z venčí, pocit nedostatku kontroly nad situací. Jedinec má pocit, že není pánem situace. Nevyhledá-li pomoc, jak se z této situace dostat, pokouší se řešit situaci pokus-omyl. Nedojde-li k vyřešení, přesouvá se do následující fáze.

- Snaha a potřeba krizi předefinovat. V této fázi si jedinec připouští, že situaci nezvládá a je třeba vyhledat pomoc. V této fázi je jedinec nevíce přístupný pomoci a motivován k spolupráci.
- Psychologická dezorganizovanost. Dochází ke stavu, kdy se jedinec „sype“, začíná zmatkovat, má obavu, že situaci nezvládne, že se to už nezmění. Dochází k hlubokým kognitivním, emocionálním a psychologickým změnám, nastává syndrom psychického ohrožení.

Pracovníci KI se rekrutují z mnoha pomáhajících profesí, nejčastěji psychologové, pedagogové a sociální pracovníci. Pracovníci musí mít speciální výcvik, jelikož nástroje, které mohou využívat při telefonické KI, jsou omezené, je důležité, aby se je v rámci výcviku naučili používat na maximum. Zároveň je důležité průběžné doplňování kvalifikačního potenciálu.

Hlavním nástrojem pracovníka je jeho osobnost, právě jeho osobnost pomáhá pracovníkovi zvládat náročné zátěžové situace, o kterých není na lince nouze. Na pracovníka jsou kladeny mimořádné nároky, očekává se od nich dovednost navazovat kontakt s klientem v psychologicky velmi obtížných podmínkách, schopnost rychlého vyhodnocení situace (ohrožení, nebezpečí) schopnost rozhodovat se pod silným tlakem a brát na sebe odpovědnost za svá rozhodnutí, umět rozeznat pozitivní vlastnosti osoby v krizi a podporovat je, musí být odolný vůči pochybnosti a nevěře v možnosti (vlastní) pomoci, motivovat osoby v krizi a také sebe, umět si ohlídat hranice, být schopen pracovat na jedné straně samostatně, na straně druhé spolupracovat s týmem a mít znalosti o existujících službách pomoci,

mít komunikační dovednosti, jako schopnost navázat důvěryhodný vztah.

Havrdová (1999) popisu kompetence pracovníka v pomáhajících profesích, stručně je lze shrnout následujícím způsobem: schopnost zorientovat se v potřebách a možnostech, vymezit si s klientem oblast a plán spolupráce, schopnost rozeznávat silné a slabé stránky klienta a možnosti klienta a jeho okolí, schopnost podporovat jejich soběstačnost a sebeúctu, znalost metod a systémů služeb, schopnost je správně použít ve prospěch klienta, pomáhat mu je přijmout a ukončit.

Práce krizového intervenanta znamená zátěž, která může snadno přerůst do chronického stresu a syndromu vyhoření. Důvodem je neustálá připravenost poskytovat pomoc, široký rozsah problematiky (široké spektrum problémů), kontakt s lidmi prožívající silné emoce, nutnost rozhodovat se pod časovým tlakem a často za nejednoznačných nebo nedostačujících informací, nepředvídatelnost úkolů, doby trvání jejich uskutečňování, nejistý efekt intervence, malá nebo žádná zpětná vazba. (Štěpánková, 2004)

Pracovník je konfrontován s příběhy klientů, vystavení intenzivním emocím, což vyžaduje neustálou revizi vlastního názoru na smysl utrpení druhých, revizi postojů k lidem a ke světu. Setkávání se s nezaviněným utrpením a nepochopitelnou krutostí, staví pracovníka před otázku vlastní víry v bezpečnost světa, přesvědčení o vlastní nedotknutelnosti, zatěžuje jej existenciálními dilematy.

Prevenčí nežádoucích dopadů na pracovníka je kvalitní supervize a péče pracovníka o sebe a na „sobě“. Pracovník by měl mít možnost sdílet náročné prožitky s ostatními pracovníky, být schopnost reflexe a

sebereflexe, kompenzovat stres jinými aktivitami,
rozvíjet své zájmy a udržovat rovnováhu mezi osobním a
pracovním životem.

9. Praktická část

Cílem mé práce je zjistit, zda jsou kompetence pracovníků linky, kterou provozuje občanské sdružení Prosaz, dostačující vzhledem k tomu, s jakými dotazy, se lidé na linku obracejí.

K zjištění těchto informací jsem využila obsahovou analýzu záznamů z jednotlivých rozhovorů, které byly na lince uskutečněny během prvního roku od zahájení provozu. Pro potřeby obsahové analýzy jsem vytvořila několik kategorií, jak je patrné z tabulek 2. a 3. Způsob vymezení jednotlivých kategorií je blíže popsán v kapitole 9.4., která uvádí také výsledky obsahové analýzy. Většina dotazů nezahrnovala jen jedinou kategorii, téměř každý kontakt obsahoval nějaké emoce. Nicméně jen výjimečně jsem zaznamenala jeden kontakt do více kategorií. Pro potřeby mé práce jsem považovala za účelné rozdělit kontakty na ty, které směřovaly více na emoce a na ty, které směřovaly více na potřebu získat potřebné informace, kdy řešit emoce nebylo hlavním cílem volajícího. Uvědomuji si, že toto rozdělení není zcela bezproblémové a může být napadeno jako subjektivní.

Dále jsem každou kategorii popsala zvlášť pro dlouhodobé klienty a pro ostatní („jednorázové“) kontakty. K tomuto jsem přistoupila z toho důvodu, že jsem v průběhu analýzy zjistila, že dlouhodobí klienti tvoří značnou část osob obracejících se na linku a považovala jsem za důležité toto zaznamenat. Za dlouhodobé klienty považuji klienty, kteří se na linku obrátili více než čtyřikrát. Důvodem zvolení tohoto počtu byl fakt, že lidé, kteří se obrátili na linku s dotazem směřujícím do poradenské oblasti, mnohdy volali na linku třikrát až čtyřikrát, než se „dočkali“

odpovědi. Dalším důvodem je fakt, že k překonání krize, je někdy potřeba více setkání (viz kapitola 8. Krizová intervence).

Dále jsem využila metody polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky linky v délce cca 40 minut. Mnou zjišťované informace směřovaly na dosažené vzdělání a absolvované kurzy. Dále jsem zjišťovala orientaci v sociální oblasti, tedy přehled o dávkách, mimořádných výhodách, příspěvku na péči a platbách za sociální služby. Předpokládala jsem, že s těmito dotazy se budou lidé nejčastěji obracet na linku. Také jsem zjišťovala, zda se orientují v jednotlivých typech zdravotního postižení, jsou-li schopní si představit, co obnáší např. roztroušená mozkomíšni skleróza. Domnívám se totiž, že základní přehled v této oblasti je důležitou součástí výkonu práce na takto zaměřené lince. Pracovníci měli možnost povídat o tom, co jim práce přináší, jak se zde cítí, co se jim líbí a nelíbí na práci konzultanta na této lince. Pracovníci měli také možnost vyjádřit se k tomu, co by změnili, kdyby měli tu možnost.

Tyto metody jsem použila, jelikož podle mého názoru nevíce vyhovují cíli mé práce. Vzhledem k tomu, že nelze kontaktovat klienty linky, nezbyvá než využít to, co je dostupné tedy záznamy kontaktů a rozhovor s pracovníky.

9.1. Občanské sdružení Prosaz

Předtím, než se dostanu k výsledkům mého zkoumání, považuji za důležité představit sdružení, o jehož projektu pojednává má práce. Občanské sdružení Prosaz bylo založeno roku 1991 jako zájmová organizace, která sdružovala především zdravotně postižené z celé České republiky se stejnými zájmy a podobným stylem trávení

volného času. Postupem času se organizace stávala čím dál tím více profesionální. Hlavní činností sdružení je péče o zdravotně-sociální stav osob se zdravotním postižením.

V roce 2001 se činnost sdružení poprvé podstatně rozšířila o oblast zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Pracovníci sdružení se aktivně snaží vyhledávat nové pracovní pozice, ale i poskytovat zájemcům kvalifikované a užitečné rady. Druhé zásadní rozšíření činnosti bylo ve čtvrtém čtvrtletí roku 2001, kdy bylo zřízeno Centrum denních služeb, které pomáhá řešit problémy nejen zdravotně postiženým. Své problémy může konzultovat se sociálním pracovníkem či právníkem.

Začátkem roku 2003 zde začala vykonávat činnost domácí péče a v září roku 2003 také rehabilitace. Na domácí péči, rehabilitaci a centrum denních služeb úzce navázala v roce 2003 tísňová linka. Je v provozu 24 hodin denně, 365 dní v roce a poskytuje jistotu v případě nouze, úzkosti či nenadálých situacích. Klienti, u nichž zdravotní stav vyžaduje nepřetržité sledování, jsou napojeni na přímou linku pomocí technického zařízení, které zabezpečí spojení s operátory pouhým stisknutím tlačítka či hlasovým povelům.

Bezplatná telefonní linka krizové pomoci a poradenství byla otevřena 1. listopadu 2007. Cílem tohoto projektu bylo doplnit stávající služby tak, aby sdružení poskytovalo komplexní péči osobám se zdravotním postižením.

Vzhledem k tomu, že linka tvoří ucelený celek s ostatními službami poskytovanými sdružením, považují za důležité uvést i tyto služby.

Osobní asistence

Posláním osobní asistence občanského sdružení Prosaz je poskytování terénních služeb osobní asistence lidem se zdravotním postižením na území hl. m Prahy, tak aby je podpořili v jejich snaze žít ve svém domácím prostředí.

Služby osobní asistence jsou poskytovány především tělesně postiženým, lidem s omezenou schopností pohybu a seniorům. Cílovou skupinou nejsou osoby bez domova.

Základní sociální poradenství

V rámci této služby jsou uživatelům poskytovány potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Poskytování základních informací o možnostech řešení obtížné sociální situace, které vyplývají z předpisů upravujících důchodové a nemocenské pojištění, státní sociální podporu, sociální péči a pomoc, zaměstnanost, vzdělání, sociálně právní ochranu.

Odborné sociální poradenství

Odborné sociální poradenství je poskytováno s ohledem na specifické potřeby osob se zdravotním postižením. Základem je zde především snaha pomoci uživatelům zorientovat se v problému a ve spolupráci s externími odborníky jim nabídnout varianty účinného řešení problematické životní situace. Nezbytnou součástí poradenského procesu je i pomoc při vyřizování běžných záležitostí a zprostředkování dalších navazujících služeb u jiných organizací a institucí. Nejčastějšími oblastmi pomoci jsou pomoc a podpora při vyřizování důchodových dávek, příspěvků a výhod pro tělesně postižené a staré občany, poskytování informací o nabídce kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, jejich zajišťování a zapůjčování, zajištění

informací z oblasti bezbariérového bydlení, zprostředkovávání informací o možnostech vzdělávání tělesně postižených občanů, zprostředkovávání informací o možnostech zaměstnávání tělesně postižených občanů formou chráněných dílen a podporovaných zaměstnání, zprostředkování odborných konzultací s právníky specializujícími se zejména na problematiku uplatňování práv tělesně postižených. Poradenství je poskytováno formou telefonického kontaktu, osobní konzultace, elektronickou poštou, prostřednictvím poštovní zásilky.

9.2. Projekt telefonní krizové intervence

Linka umožňuje odborně a aktuálně konzultovat problémy související s postižením, kompenzačními pomůckami, řešit náhlé krizové situace a využít poradenskou pomoc v životních situacích, které klienti přechodně nemají možnost řešit vlastními silami. Na lince působí odborně vyškolení konzultanti. Linka je k dispozici 24 hod. denně.

Služba zahrnuje:

- telefonickou krizovou pomoc (linka telefonické krizové pomoci - TKP spočívá v jednorázovém nebo opakovaném telefonickém kontaktu klienta s odborně vyškoleným konzultantem - působnost v rámci celé ČR)
- odbornou konzultaci (poradenství a pomoc při obstarávání sociální, právní, pedagogické, zdravotní a psychologické pomoci - konzultace v oblasti vzdělávání, případně pracovního uplatnění pro celou ČR.

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, při obstarávání osobních záležitostí (pomoc při vyřizování běžných záležitostí, pomoc při komunikaci aj. - zejména pražští klienti)
- navazující služby (možnost využívání dalších aktivit sdružení - asistenční služba, rehabilitační a rekondiční pobyty, dětské tábory, kulturní a společenské akce, sportovní aktivity vhodné i pro velmi těžce postižené jedince - pro celou ČR)

Projekt telefonní krizové intervence byl sepsán na počátku roku 2007. Tento projekt byl podán k evropským fondům, kde uspěl. Také realizace projektu probíhala hladce. Od července 2007 byli vybíráni pracovníci. Ani jeden pracovním neměl kurz telefonní krizové intervence, proto během září a října proběhlo jejich vyškolení v telefonní krizové intervenci. Jelikož bylo nutné zahájit provoz od listopadu, byl kurz velmi intenzivní. Projekt byl z evropského fondu financován do května 2008, poté organizace žádala peníze z grantů - městská část, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Zřejmě vzhledem k zaměření linky - děti a mládež s tělesným postižením nemá organizace potíže zajistit finanční prostředky pro tento projekt.

Linka prošla od svého počátku řadou změn. Nejprve byla k dispozici klientům 24 hod. denně. Po osmi měsících byla přehodnocena situace, jelikož služba byla v nočních hodinách málo využívána. Službu přes den zajišťoval vyškolený konzultant a přes noc byl zapojen pouze záznamník. Klienti se tedy dovolali, ale mohli pouze zanechat vzkaz, nikoliv se popovídat s pracovníkem. V současné situaci je telefon

přesměrován na osobního asistenta, který má zrovna noční službu. Tento stav nepovažují za vyhovující, jelikož asistenti nemají výcvik v TKI. Ačkoliv došlo k těmto změnám, klienti nebyli na toto upozorněni a Prosaz dále na svých stránkách a prostřednictvím letáku informuje, že službu telefonické krizové intervence zajišťuje 24 hod. denně. Ani jeden z výše uvedených způsobů řešení nevytíženosti linky v noci nepovažují za přijatelný. Lze předpokládat, že pokud někdo zavolá v noci, půjde o akutní situaci. Ani pracovníky není současný stav přijímán jako vyhovující, ale nemohou s tímto nic dělat.

9.3. Personální zajištění

V současné době je na lince 5 konzultantů. Všichni pracovníci mají kurz telefonní krizové intervence. Kurz telefonní krizové intervence měl rozsah 150 hodin. Školení prováděla organizace s akreditací Ministerstva práce a sociálních věcí. Dále absolvovali tři ze stávajících pracovníků kurz o kompenzačních pomůckách v délce 6 hod. Fluktuace pracovníků na lince je velká, během jednoho roku se tam vyměnilo 7 pracovníků. Současné složení je následující:

1. pracovnice: vysokoškolské vzdělání v oboru sociální pedagogiky. Tato pracovnice vzhledem k svému věku nemá příliš pracovních zkušeností. Jedinou zkušeností jsou absolvované školní praxe - Centrum pro rodinu a sociální péči a Poradna pro ženy.
2. pracovnice: vysokoškolské vzdělání v oboru psychologie a také sociální patologie a prevence. Dosud se zaměřovala spíše do oblasti prevence -

Drop-in, lektor primární prevence, mentor (Sdružení pro probaci a mediaci). V rámci těchto pozic absolvovala školení primární prevence a školení mentorů, tyto kurzy ji pomohly rozvíjet komunikační dovednosti (komunikace s problematickou cílovou skupinou, zvládání obtížných situací). S cílovou skupinou osob se zdravotním postižením nemá žádnou zkušenost. Této pracovníci je velmi vzdálená oblast sociálního poradenství.

3. pracovnice: vyšším odborné vzdělání zaměřené na sociální práci a pastorační práci. Tato pracovnice působila jako pastorační asistent. Díky této pozici získala zkušenost v komunikaci s osobami v obtížných situacích. Je zaměřená na emoce, které umí dobře ošetřit.
4. pracovnice: střední odborné sociální vzdělání. Tato pracovnice pečuje o syna po dětské mozkové obrně. Díky tomuto se orientuje v typech zdravotních postižení a v oblasti dávek sociální péče pro osoby se zdravotním postižením a mimořádných výhod.
5. pracovnice: střední odborné sociální vzdělání. Tato pracovnice má také poměrně bohaté zkušenosti s cílovou skupinou osob se zdravotním postižením. Působila ve speciální mateřské školce, v chráněné dílně pro klienty s mentálním postižením, v chráněném bydlení a dětském domově pro klienty s kombinovanými vadami. Jde-li o komunikaci s touto cílovou skupinou a znalost typů postižení, může těžit z předchozích praxí. Ale bohužel oblast poradenství ji není nejbližší.

9.4. Výsledky obsahové analýzy spisů

Krizová linka přijala během prvního roku svého fungování celkem 4 235 kontaktů, z toho bylo konzultací 3492 a ostatní kontakty tvořily zavěšení, omyl a mlčení, jak vyplývá z tabulky 1.

Tab. 1 Celkový počet kontaktů na linku

| | | | |
|--------|------------|------------|------|
| celkem | | | 4235 |
| z toho | zavěšení | | 425 |
| | mlčení | | 192 |
| | omyl | | 95 |
| | konzultace | | 3492 |
| | z toho | dlouhodobí | 1531 |
| | ostatní | 1961 | |

Kategorie informace o lince zaznamenává počet osob, kteří se dotazovali na poslání a cílovou skupinu linky. U dlouhodobých klientů se tento typ nevyskytl ani jednou, u ostatních klientů se tento typ vyskytl ve 107 případech.

Kategorie kontakt obsahuje zaznamenává počet osob, jejichž cílem bylo zjistit, kam se mohou ve své situaci obrátit. Například jedna maminka „Mám dospělého syna na vozíku, vzhledem k svému věku již nejsem schopná pomáhat mu s koupáním a oblékáním, potřebuji zajistit nějakou výpomoc v Pardubicích...“. Kontakt na organizaci byl poskytnut u dlouhodobých klientů v 77 případech, u ostatních v 333 případech. Toto je celkem vysoké číslo, významná část klientů tedy využila linky jen jako rozcestníku, k zorientování se v možnostech nabídky pomoci různých organizací (asistenční služby, domovy se zvláštním režimem apod.).

Kategorii poradenství jsem dále rozdělila na podkategorie, které se mi jevily jako účelné vzhledem k tématice a cíli mé práce. Celkem se tento typ objevil v 182 případech u dlouhodobých klientů a v 450 případech u ostatních.

Podkategorie sociální dávky zahrnuje dotaz klientů na možnosti poskytnutí dávek, a to především příspěvku na péči, dávek sociální péče a dávek pomoci v hmotné nouzi. Jedna klientka se například dotazovala „Můj bratr má diagnostikovanou schizofrenii, je v plném invalidním důchodu, který bohužel není vysoký, je možnost získat nějaké dávky?“ Jiná klientka se dotazovala „Budu mít nárok na rodičovský příspěvek když jsem v plném invalidním důchodu?“. Tento typ se vyskytl u dlouhodobých klientů v 62 případech a u ostatních klientů v 158 případech.

Do kategorie kompenzační pomůcky jsem zařadila dotazy na to, jaké kompenzační pomůcky existují, kde si lze kompenzační pomůcky půjčit, jaká je přibližná cena kompenzačních pomůcek a na které lze získat příspěvek. Jeden klient se například dotazoval „Manželka zůstala po autonehodě ochrnutá na spodní část těla, za dva dny si pro ni mám jít, nestihl jsem zajistit vozík, je možné si jej někde vypůjčit?“. Tento typ dotazu se objevil u dlouhodobých klientů ve 4 případech a u ostatních v 54 případech.

Další podkategorií je zdravotní pojištění. Dotazy v této oblasti směřovaly především k problematice toho, co vše je hrazeno ze zdravotního pojištění (cesty za doktory, zájezdy, očkování), v jakých situacích se hradí poplatky a kdy je lékař nemůže požadovat a také problematika doplácení za léky. Jedna klientka se dotazovala: „Byla jsem u zubaře na preventivní prohlídce a ten po mně požadoval poplatek, ačkoliv šlo

o preventivní prohlídku, jednal správně?“ Jiná klientka se dotazovala: „Kvůli svému onemocnění beru spoustu léků, kolik teď budu doplácet, slyšela jsem o nějakém limitu“. U dlouhodobých klientů se tento dotaz objevil v 7 případech, u ostatních klientů v 41 případech.

Tab. 2 Ostatní konzultace

| | | |
|-----------------------------|---------------------|-----|
| Informace o lince | | 107 |
| Kontakt na jiné organizace | | 333 |
| Poradenství | celkem | 450 |
| | Sociální dávky | 158 |
| | Zdravotní pojištění | 41 |
| | Kompenzační pomůcky | 54 |
| | ostatní | 197 |
| Zaměstnání | | 72 |
| Ventilace | Celkem | 658 |
| | Samota | 113 |
| | Obavy, úzkost | 143 |
| | Smutek, deprese | 88 |
| | Hněv | 74 |
| | Agrese | 6 |
| | Zdravotní stav | 43 |
| | Vyčerpání | 81 |
| | Bezmoc | 77 |
| | Reakce okolí | 33 |
| Rodinné a mezilidské vztahy | | 105 |
| Finanční problémy | | 47 |
| Sexuální problémy | | 6 |
| Suicisální tendence | | 30 |
| Smrt blízkého | | 14 |
| Domácí násilí | | 7 |
| Týrání dítěte | | 4 |
| Seznámení | | 35 |
| Poděkování, zpětná vazba | | 16 |

Tab. 3 konzultace - dlouhodobí klienti

| | | |
|-----------------------------|---------------------|-----|
| Informace o lince | | 0 |
| Kontakt na jiné organizace | | 77 |
| Poradenství | Celkem | 182 |
| | Sociální dávky | 62 |
| | Zdravotní pojištění | 7 |
| | Kompenzační pomůcky | 4 |
| | Ostatní | 109 |
| Zaměstnání | | 110 |
| Ventilace | Celkem | 937 |
| | Samota | 111 |
| | Obavy, úzkost | 235 |
| | Smutek, deprese | 55 |
| | Hněv | 100 |
| | Agrese | 70 |
| | Zdravotní stav | 176 |
| | Vyčerpání | 123 |
| | Bezmoc | 20 |
| | Reakce okolí | 47 |
| | | |
| Rodinné a mezilidské vztahy | | 92 |
| Finanční problémy | | 63 |
| Sexuální problémy | | 34 |
| Suicidální tendence | | 17 |
| Smrt blízkého | | 11 |
| Domácí násilí | | 0 |
| Týrání dítěte | | 12 |
| Seznámení | | 27 |
| Popovídat si | | 464 |
| Potřeba podpory | | 52 |

Ostatní poradenství zahrnuje především poradenství v oblasti pracovního práva a zaměstnanosti (zaměstnávání osob zdravotně znevýhodněných, příspěvek zaměstnavateli zaměstnávali takovou osobu, ukončení pracovního poměru apod.). Dále poradenství ohledně způsobilosti k právním úkonům, vymáhání náhrady škody

po nemocnici, poradenství v oblasti trestního práva (zanedbání péče, neplacení výživného). Například jedna klientka se dotazovala „ Můj otec trpí schizofrenií, vždy když dostane důchod, hned ho utratí za hlouposti, nemá na nájem, lze s tímto něco dělat?“

Tento druh kontaktu se vyskytl u dlouhodobých klientů celkem v 109 případech a u ostatních ve 197 případech.

Linka záhy po zahájení začala nabízet pomoc při hledání zaměstnání. V této věci hodně spolupracovala se sociálním oddělením, které shromažďuje nabídky zaměstnání pro osoby s postižením. Do této kategorie spadá také pomoc pracovníků linky s vytvořením životopisu, poskytování rad ohledně přijímacího pohovoru. S tímto dotazem se dlouhodobí klienti obrátili na linku celkem v 110 případech a ostatní klienti v 72 případech.

Nejčtenější kategorií byla kategorie ventilace, kterou jsem dále rozčlenila na vybrané emoce, které se v hovorech objevovaly nejčastěji. Ventilace byla poskytnuta u dlouhodobých klientů v 937 případech a u ostatních v 658 případech.

Pod samotu jsem zahrnovala kontakty, kde se objevovaly výrazy jako „Jsem tu celý den sám, nemám už nikoho..“, „Manžel před lety zemřel, děti bydlí daleko, a já jsem doma upoutaná na vozíku...“ nebo „Jediný koho mám je můj pes..“. V těchto případech klienti hovořili o tom, že jsou sami, nikoho nemají. Tuto emoci jsem zaznamenala v 111 případech u dlouhodobých klientů a v 113 případech u ostatních klientů.

Kategorie obavy a úzkost zahrnuje výroky typu „Zítřka jdu pro výsledky vyšetření, bojím se toho, co mi

řeknou..“, „Kdo se postará o mou dceru, když se moje nemoc bude zhoršovat...?“ „Co když mě přítel opustí až zjistí, že mám schizofrenii..“. Ve většině případů šlo o obavy z budoucnosti, obavy z toho, jak se bude vyvíjet stav klienta, kdo se postará o něj či o jeho blízké. Tuto emoci jsem zaznamenala v 235 případech u dlouhodobých klientů a v 143 případech u ostatních klientů.

Pod kategorií smutek jsem podřadila kontakty obsahující např. následující výroky: „Při nehodě jsem přišel o nohu, co teď budu dělat, už nikdy si nezalyžuji, nezajezdím na kole..“, „Včera mě opustil přítel, myslím, že je to kvůli mému postižení..“. Nezahrnovala jsem do této kategorie smutek pramenící ze smrti blízkého, jelikož jsem se rozhodla pro toto vytvořit samostatnou kategorii. Smutek uvedený v této kategorii byl smutkem nad ztrátou něčeho – možností, plánů, vztahu s člověkem. Tato emoce převažovala v 55 konzultacích u dlouhodobých a v 88 konzultacích ostatních klientů.

Agresí jsem použila pro případy, kdy byl klient verbálně agresivní na pracovníky linky. Například jedna klientka se na pracovníci obořila slovy „Co si myslíte, že děláte, takhle že někomu můžete pomoci?“ Jedna dlouhodobá klientka „neměla ráda“ jednu z pracovníků. Pokaždé ji hrubě verbálně napadala „Vás tam nechci, co tam ještě děláte, už aby Vás vyhodili“. S touto emoci se pracovníci setkali v 70 případech u dlouhodobých a v 6 případech u ostatních klientů.

Kategorií hněv ve své práci používám k označení situace, kdy klient vyjadřoval nazlobení na jiné osoby (nejčastěji úředníky, lékaře, partnera, který se nezapojuje do péče o osobu s postižením apod.). Například výroky: „To se jim to mluví, nemáte nárok,

vždyť nemůžu chodit do práce, když mám stále nemocné dítě!“, „Rozumíte tomu? Já tedy ne, jak mi mohou sebrat důchod, vždyť s tím co mám, mě nikde nezaměstnají!“. Tato emoce se objevila v 100 případech u dlouhodobých a v 74 případech u ostatních klientů.

Kategorie zdravotní stav zahrnuje kontakt, kde se vyskytovaly výroky typu „Včera mě zase bolela noha...“, „Ta bolest je nesnesitelná, vždycky když stávám...“, „Mám cukrovku, vyměněné oba kyčelní klouby, neustále mě bolí záda, já snad už nemám nic zdravého...“. Jednalo se většinou o případy „postěžování si na svůj zdravotní stav“. Tuto emoci jsem zaznamenala v 176 případech u dlouhodobých klientů a v 43 případech u ostatních klientů.

Pod vyčerpání jsem zahrnovala kontakty s výroky jako „Už pět let se starám o svého nemocného otce, už to prostě nezvládám...“, „Mám dceru s mentálním postižením, otec od nás odešel když dceři byly dva roky, jsem na všechno sama, nezvládám vydělávat a starat se o dceru...“, „Nevím, jak dál, stále ten kolotoč, práce, domácnost a péče o matku, která ani neví, kdo jsem...“. Tyto výroky naznačovaly únavu, vyčerpání psychických či fyzických sil, většinou péčí o blízkého s postižením. Tuto emoci jsem zaznamenala v 123 případech u dlouhodobých klientů a v 81 případech u ostatních klientů.

Kategorii bezmoc lze charakterizovat výroky „Dceři se narodil syn s Downovým syndromem, chtěla bych ji nějak pomoci, ale nevím jak...“, „Mému kamarádovi zemřela manželka na rakovinu, nevím, jak mu pomoci, pořád jen brečí...“. Obsahem těchto kontaktů bylo vyjádření nemožnosti nějak pomoci, udělat něco, co by pomohlo situaci zlepšit, ulevit sobě nebo druhému. Tuto

emoci jsem zaznamenala v 20 případech u dlouhodobých klientů a v 77 případech u ostatních klientů.

Do kategorie reakce okolí jsem zaznamenávala výroky typu „Vešla jsem do místnosti a všichni na mě zírali..“, „Když jsem procházela kolem těch mladíků, tak jsem slyšela, jak mě pomlouvají, prý jsem asi mentál!“. Klienti se tedy potřebovali svěřit s tím, jak na ně zapůsobila reakce určitých lidí na jejich postižení. Tuto emoci jsem zaznamenala v 47 případech u dlouhodobých klientů a v 33 případech u ostatních klientů.

Celkem čtnou kategorií byla i problematika rodinných a mezilidských vztahů. Do této kategorie jsem zaznamenávala kontakty, jejíž předmětem bylo řešení rodinných neshod, sporů. „Manžel mi je nevěrný..“, „Rodina na mě naléhá, abych dala malou pryč, prý je to nejlepší řešení..“, „Vzala jsem si domů nemocného otce, manžel se se mnou kvůli tomu nebaví..“. Tato problematika byla řešena v 92 případech u dlouhodobých klientů a v 105 případech u ostatních.

Kategorie finančních problémů zahrnuje problematiku zadlužení, jak se z dluhů dostat, dále zkoumání, jak lze zvýšit příjem rodiny, když není nárok na dávky či nepostačují a možnost pracovat je omezená. Například jsem sem zařadila kontakty obsahující výroky „Půjčil jsem si peníze na pořízení vozíku a jiných pomůcek a teď nejsem schopen splatit dluhy..“, „Už jsem vyběhali všechny dávky, přesto jen tak tak vyjdeme..“ Ohledně finančních problémů bylo uskutečněno 63 kontaktů ze strany dlouhodobých klientů a 47 ze strany ostatních.

Kategorie sexuálních problémů zahrnuje kontakty, jež se zabývaly např. nedostatečnou erekcí v případě postižení dolní části těla, neschopností dosáhnout orgasmu, necitlivostí při vaginálním styku. Dlouhodobí klienti se v 34 případech obrátili na linku se sexuálními problémy, u ostatních se tato problematika vyskytla v 6 případech.

Kategorie suicidální tendence zahrnuje kontakty, kdy klienti přemýšleli o tom, že ukončí svůj život, vyjadřovali názor, že jejich život již nemá smysl. Například jeden klient „Jsem mrzák, už nemá smysl to protahovat, co je tohle za život..“ Suicidální tendence se objevily celkem 17krát u dlouhodobých klientů a 30krát u ostatních.

Kategorie smrt blízkého zahrnuje případy, kdy se lidé obraceli na linku s tím, že jim zemřel někdo blízký. Vyjadřovali smutek ze ztráty blízkého, zlost, že to potkalo právě jejich blízkého. Tématika smrti blízké osoby se objevila v 11 případech u dlouhodobých klientů a ve 14 případech u ostatních.

Kategorie domácího násilí zahrnuje případy, kdy se klienti obraceli na linku s tím, že jim blízký „ubližuje“. Lze uvést výroky „Jakmile přijde domů nadává mi, že jsem neschopná, že nestojím za nic, vytýká mi každou maličkost..“, „Včera se to zase stalo, zase mě zmlátitl..“. „Pokaždé když potřebuji peníze, musím ho prosit na kolenou..“. Problematika domácího násilí se u dlouhodobých klientů neobjevila, u ostatních klientů se objevila v 7 případech.

Další kategorií zahrnující násilné a deprimující chování, bylo týrání dítěte. Jako příklad lze uvést výrok 8letého chlapce "Když není máma doma, tak mi nadává, prý kvůli mě není máma šťastná, jen přidělávám potíže", nebo 12letá dívka uvedla "Včera, když odešla máma na noční, přišel ke mně do pokoje a sahal pod mojí deku.." které se objevilo u dlouhodobých klientů v 12 případech a u ostatních ve 4 případech.

Další kategorií, kterou jsem vymezila bylo seznámení. Zahrnuje možnost podat si přes linku inzerát na stránky sdružení Prosaz,o.s. a také poskytnutí informací, jaké další možnosti seznámení jsou a jak se bezpečně seznamovat. Lze např. uvést výrok "Dočetla jsem se v místních novinách, že pomáháte lidem s postižením se seznámit, a tak volám.." Tento druh dotazu byl zaznamenán v 27 případech u dlouhodobých klientů a v 35 případech u ostatních klientů.

Kategorie zpětná vazba a poděkování se vyskytla celkem v 16 případech. Není to velké číslo, přesto tyto kontakty znamenaly pro pracovníky velkou „odměnu“ a dodávaly jim pocit, že jejich práce má smysl. Například jedna žena "Tak jsem podala to odvolání, co jste mi poradili a ono to vyšlo, tak vám chci poděkovat..", "Včera jsem mluvila s takovou příjemnou slečnou, chtěla bych jí poděkovat, dost se mi ulevilo..".

U dlouhodobých klientů jsem dále vymezila kategorii - popovídat si. Tématem těchto rozhovorů bylo např. počasí, popis toho, jak klient strávil den či jaké má plány na další dny, co jedl, kde byl a co dělal. Tyto kontakty by se daly zahrnout i pod pojem samota, jelikož vychází z potřeby kontaktu s druhými

lidmi, která není uspokojena reálnými kontakty s okolím. Nicméně jsem se rozhodla, zařadit tyto kontakty do zvláštní kategorie, jelikož se domnívám, že plně nespádají do kategorie ventilace - samota. Od kontaktů v této kategorii se lišily především tím, že se klienti přímo nepouštěli do hovorů o samotě a nevyjadřovali přání a snahu toto změnit. Lze uvést výroky "Dnes jsem si uvařila k obědu bramboráky, teď půjdu ven sbírat kaštany..", "Dnes s dcerou půjdu do parku, venku je tak hezky...". Tento typ kontaktu jsem zaznamenala v 464 případech.

U dlouhodobých klientů jsem vymezila ještě další kategorii, a to potřebu podpory. Do této kategorie jsem zahrnula kontakty, kdy se dlouhodobí klienti opakovaně obraceli na linku s tím, že něco nezvládnou a potřebovali dodávat odvalu. Jako příklad lze uvést klientku, která se snažila nalézt zaměstnání, ale domnívala se, že nemá šanci uspět "Stejně mě nevezmou, nic neumím..".

9.5. Interpretace rozhovorů a analýzy

Nebudu-li počítat případy zavěšení, omylu a mlčení, pak tvoří dlouhodobí klienti cca 43% všech konzultací. Toto je poměrně velké číslo a ukazuje na to, že linku využívá mnoho klientů opakovaně, často stále se stejnou problematikou. Někteří z nich jsou na linku značně navázáni a využívají ji k popovídání si (náhrada za normální společenské kontakty), jak bylo patrné z analýzy kontaktů. Někteří dlouhodobí klienti měli potřebu volat denně (objevily se i dvě klientky, které volaly několikrát denně) či obden. Pracovníkům se

příliš nedařilo tyto klienty odpoutat od linky a nasměrovat je na jiné zdroje kontaktu a pomoci.

Na základě rozhovorů s pracovníky jsem dospěla k názoru, že pracovníci nejsou dostatečně kompetentní poskytovat poradenství. Například jen jedna pracovníce by dokázala odpovědět klientovi na dotaz, jak probíhá proces posuzování nároku na příspěvek na péči. Jejich vzdělání jim neposkytuje dostatečné znalosti, aby pokryli celou škálu služeb, kterou zahrnuje tento projekt. Organizace také neposkytuje pro své zaměstnance žádné kurzy či školení, která by rozšiřovala jejich znalosti a dovednosti. Za celou dobu trvání linky prošli pracovníci jen kurzem telefonní krizové intervence a 6 hodinovým školením o kompenzačních pomůckách. Pracovníci mají jednou za měsíc supervizi, kterou vede externí pracovník.

Považuji péči o pracovníky za nedostatečnou. Z obsahové analýzy vyplynula širší dotazů a situací, se kterými se lidé na linku obrací a podle mého názoru nejsou na toto pracovníci připraveni.

Na základě svých zjištění, navrhuji vypracovat individuální vzdělávací plány pro jednotlivé pracovníky. Každý konzultant by měl projít školením o sociálně právním minimu (systém sociálního zabezpečení, dávky nemocenského a důchodového pojištění, základy pracovního práva). Kromě dvou pracovníků, které již pracovaly s cílovou skupinou linky, doporučuji absolvovat školení ohledně problematiky osob se zdravotním postižením - základy psychopatologie, co obnáší jednotlivé typy postižení. Prozatím jsem vytvořila základní přehled, aby pracovníci měli možnost někam nahlédnout, pokud nebudou mít představu o charakteru postižení volajícího. Tento přehled je

uveden jako příloha mé práce. Vzhledem k tomu, že velkou část klientů tvoří osoby s duševním onemocněním, doporučuji kurz práce s osobami s duševním onemocněním. Dalším nezbytným kurzem, který by měly absolvovat všechny pracovnice, je podle mého názoru kurz jednání s osobou v náročných životních situacích a jednání s dlouhodobými klienty.

Z důvodu, že pracovníci nejsou plně vybaveni k zajištění avizovaných služeb, dochází k tomu, v případě že dotaz směřuje do oblasti poradenství, dotaz pouze přijmou a předají na sociální oddělení. Sociální oddělení má tři dny, aby dotaz zpracovalo a odpověď zaslalo na linku. Klient si tedy zavolá za tři dny pro odpověď. Zde by se dalo hovořit o zdvojení služeb. Poradenství poskytuje jak sociální oddělení, tak linka (přes sociální oddělení). Domnívám se, že jde o plýtvání lidskými i finančními zdroji. Z rozhovorů s pracovníky a z obsahové analýzy vyplynulo, že ani jedna služba (poradenství a linka) není plně vytížená a dalo by se uvažovat o jejich sloučení. Například jedna pracovnice linky uvedla „Moc se tu nenadřeme, přečetla jsem už několik knih“. Jiná pracovnice říká „Žádná sláva, často nemám do čeho píchnout, jen tak koukám na televizi nebo poslouchám rádio..“. Sloučením mám na mysli to, že krizová linka bude umístěna v sociálním oddělení, kde budou přítomni dva pracovníci, z nichž jeden bude mít školení TKI. Nebudou-li žádné hovory na linku, bude pracovník s kurzem TKI vykonávat jinou práci, která přísluší sociálnímu oddělení. Doposud, pokud nebyly hovory, pracovník trávil čas, jak sám uznal za vhodné (sledování TV, četba knihy apod.).

Sami pracovníci linky jsou si vědomi nedostatečné vytíženosti linky, jak vyplývá z výše uvedených výroků pracovníků. Toto lze také shrnout výrokem jedné

z pracovníků „Z celé dvanáctihodinové směny se práci tedy telefonování věnuji tak hodinu, maximálně hodinu a půl“. Pracovníci se začínají zabývat otázkou, zda má tato služba význam, zda ji dále poskytovat. Sloučení linky se sociálním oddělením by umožnilo zachovat specifickou pomoc, kterou nabízí krizová linka. Jinou variantou je vymezit hodiny, kdy linka poskytuje poradenství a kdy funguje jen jako linka krizová. V hodinách stanovených pro poradenství by na lince byl přítomen pracovník schopný poskytnout poradenství. Dále je zde možnost změnit zaměření linky a profilovat se pouze jako linka krizová a poradenství nechat na sociálním oddělení.

Nevytíženost linky je hlavním problémem, se kterým se linka potýká. Nebudu-li počítat případy zavěšení, omylu a mlčení, pak linka během roku poskytla 3 492 konzultací, což je necelých 10 kontaktů za den (tedy za 24 hod.) Linka byla dosud zaměřena na děti a mládež s postižením a jejich rodinné příslušníky. Z analýzy vyplývá, že klienty jsou převážně dospělé často osamělé (nebo s minimem sociálních kontaktů) osoby s postižením. Zaměření linky je možným důvodem, proč nevyžívají dospělí klienti tuto linku ve větším rozsahu. Domnívají se, že není pro ně. Linka má z mého pohledu poměrně dostatečnou propagaci - místní noviny, rozhlas, kontaktování organizací, jejichž cílovou skupinou jsou děti a mládež se zdravotním postižením. Nicméně i v této oblasti lze leccos zlepšit. Vzhledem k finančním možnostem organizace, lze využít upoutávek v metru, v časopisech, které nejsou primárně určeny pro osoby s postižením, jelikož ne všechny osoby s postižením a jejich blízcí odebírají specializované časopisy či využívají služeb a nemají tak možnost se o projektu tohoto sdružení dozvědět.

Jako další problémovou oblast v organizaci jsem identifikovala komunikaci vedení s pracovníky. V organizaci existuje dosti velká komunikační bariéra, která narušuje atmosféru v organizaci a klidný stav pracovníků potřebný k výkonu práce. Koncepce linky se mění bez zapojení pracovníků. Názor pracovníků není slyšen. Během existence linky došlo k několika změnám, se kterými pracovníci byli seznámeni krátce před uvedením v platnost a neměli možnost ovlivnit situaci, vyjádřit se k nadcházejícím změnám. Vzhledem k změnám, které vedení dělá, to vypadá, že nemá jasnou představu, jak by se měl projekt dále vyvíjet. Jeden měsíc přijímá pracovníky, aby doplnilo tým, a další měsíc s nimi rozváže pracovní poměr, jelikož zkracuje provoz. Tento stav přispívá k nejistotě pracovníků, nepřispívá k motivovanosti pracovníků a také snižuje jejich zaangażovanost na rozvíjení služby a svých kompetencí.

9.6. Kritické zhodnocení výsledků

Nutno poznamenat, že vzhledem k povaze služby nebylo možné zjišťovat spokojenost klientů linky. Veškeré závěry jsou mými interpretacemi informací získaných rozhovorem s pracovníky a obsahovou analýzou spisů. Mohou být tedy subjektivní, poznamenány mými očekáváními ohledně toho, co by linka měla poskytovat, vzhledem k tomu, jaké služby nabízí zajišťovat.

Projekt krizové a poradenské linky občanského sdružení Prosaz je ojedinělý, neexistuje další obdobný, nelze proto tedy provést srovnání, a to ani s jinými linkami důvěry, jelikož tyto nenabízejí kombinaci krizové pomoci a poradenství. Konkrétní výsledky v této práci uvedené nelze zobecnit, vztahují se pouze k lince

provozované sdružením Prosaz. Slouží jako podnět zlepšení této služby právě pro tuto organizaci.

Přesto se domnívám, že závěry této práce mohou sloužit jako příklad a poučení pro jiné organizace, jež by chtěly nabízet tytéž služby. Lze doporučit, aby byli pracovníci pečlivě vybíráni vzhledem k tomu, jaké služby chce organizace nabízet. Dále je důležité průběžně zajišťovat další vzdělávání, rozvoj dovedností pracovníků. Péče o pracovníka je významná, neboť je to on, na kom do značné míry závisí kvalita poskytovaných služeb. Důležité je také zaangažovat pracovníky na projektu. Pracovníci by měli mít možnost podílet se na rozvoji služby, uplatňovat své nápady. Jsou to pracovníci, kdo sedí u telefonu a vědí, s čím se lidé na linku obracejí, co potřebují.

Závěr

V první části jsem se zabývala dopadem postižení na osobnost člověka a proces adaptace na život s postižením. Většina autorů zdůrazňuje negativní dopad postižení, proto jsem se pokusila věnovat také pozitivním změnám, ke kterým dochází v důsledku zápasu s vysoce nepříznivou životní krizí jakou je vznik postižení svého nebo svých blízkých. Pozitivní přínos se projevuje mnoha způsoby, včetně většího ocenění života obecně, více smysluplnými interpersonálními vztahy, zvýšeným vnímání vlastní síly, změnou priorit a bohatším existenciálním a spirituálním životem.

Na základě analýzy kontaktů na lince Prosaz a rozhovorů s pracovníky jsem identifikovala několik problémových oblastí, které byly popsány v druhé části mé práce.

Jako nejzávažnější problém se mi jeví nevytíženost linky. V této oblasti navrhuji rozšířit zaměření linky také na dospělé klienty a zvýšit propagaci. Vzhledem k finančním možnostem je možné informace o lince uvést na billboardu v metru. Dále informovat o své existenci organizace s obdobnou cílovou skupinou. Prozatím byly informace odeslány na organizace poskytující služby dětem a mladistvím s postižením.

Za hrubý prohrěšek považuji, že během nočních služeb je přeměrována linka na asistenta, který nemá školení telefonní krizové intervence a nemusí být schopen v případě potřeby poskytnout profesionální pomoc. Skutečnost, že linka je v noci jen zřídka využívána, není důvodem, pro takovéto opatření. Tato situace by měla být řešena jiným způsobem, například zrušením nočního provozu, nebo zvýšením propagace linky tak, aby byla linka využívána více.

Dále se ukázalo, že pracovníci nejsou dostatečně proškoleni, aby poskytovali poradenství. Linka je však prezentovaná jako krizová a poradenská linka. Doporučuji tedy organizaci provést proškolení pracovníku a to podle individuálních potřeb konkrétního pracovníka s ohledem na jeho vzdělání. Jako vhodná se mi jeví např. spolupráce s Asociací Občanských poraden, která pořádá školení v mnoha oblastech (nemocenské pojištění, dávky státní sociální podpory, pracovní právo apod.) pro své členy. Pracovníci linky by tedy mohli využít některých těchto školení. Jinou variantou je vymezit hodiny, kdy linka poskytuje poradenství a kdy funguje jen jako linka krizová. Ve stanovených hodinách pro poradenství by na lince byl přítomen pracovník schopný poskytnout poradenství. Dále je zde možnost změnit zaměření linky a profilovat se pouze jako linka krizová a poradenství nechat na sociálním oddělení.

Doporučuji také průběžně navštěvovat kurzy zaměřené na jednání s klientem v náročných situacích, jelikož velká část dotazů směřuje k ventilaci emocí. Dále kurzy k osvojení si technik jednání s dlouhodobými klienty (pracovat se závislostí na službě). Vhodné by také byly kurzy zaměřené na práci s osobami s duševním onemocněním, jelikož podstatnou část klientů linky tvoří osoby s duševním onemocněním. Bude-li linka dále nabízet poradenství, je třeba zajistit pracovníků školení v této oblasti.

Poslední problémovou oblastí je komunikace vedení s pracovníky. Zde je třeba pracovat na zlepšení situace, jelikož má tento stav na pracovníky negativní dopad a domnívám se, že je toto jedním z hlavních důvodů častého střídání pracovníků na lince. Jak jsem uvedla snižuje tento stav zaangažovanost pracovníka na

službě, jelikož nemá žádnou možnost vyjádřit se k tomu, kam bude služba dále směřovat. Neumožňuje pracovníkovi projednat problémové oblasti a návrhy na jejich řešení.

Konkrétní výsledky v této práci uvedené nelze zobecnit, vztahují se pouze k lince provozované sdružením Prosaz. Slouží jako podnět zlepšení této služby právě pro tuto organizaci.

Přesto se domnívám, že závěry této práce mohou sloužit jako příklad a poučení pro jiné organizace, jež by chtěly nabízet tytéž služby. Lze doporučit, aby byli pracovníci pečlivě vybíráni vzhledem k tomu, jaké služby chce organizace nabízet. Dále je důležité průběžně zajišťovat další vzdělávání, rozvoj dovedností pracovníků. Péče o pracovníka je významná, neboť je to on, na kom do značné míry závisí kvalita poskytovaných služeb. Důležité je také zaangažovat pracovníky na projektu. Pracovníci by měli mít možnost podílet se na rozvoji služby, uplatňovat své nápady. Jsou to pracovníci, kdo sedí u telefonu a vědí, s čím se lidé na linku obracejí, co potřebují.

Seznam literatury

- Brázdil, J. *Sociologie zdravotního postižení*.
Brno : Centrum pro další vzdělávání učitelů MU v Brně,
1994
- Blažek, B., Olmerová, J.: *Světy postižených*,
Praha: Avicenum, 1988
- Bub, B.: *The patient's lament: hidden key to effective communication: how to recognise and transform*. *Medical humanities*, 30, 63-69
- Čáp, J., Dytrych, Z.: *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. Praha, SPN, 1968
- Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*, Praha : Karolinum, 1993, ISBN 80-7066-822-9
- Chromý, K.: *Duševní nemoc: Sociologický a sociálněpsychologický pohled*, Praha : Avicenum, 1990
- Fisher, S., Škoda, J.: *Speciální pedagogika: evaluace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*, Praha: Triton, 2008, ISBN 978-80-7387-014-0
- Frankl, V.E.: *Lékařská péče o duši*, Brno: Cesta, 1996, ISBN 80-85319-50-0
- Goffman, E.: *Stigma. Über Technikem der Bewältigung beschädigten Identität*. Frankfurt am Main, 1967
- Havránková, O.: *Přednášky k předmětu Krizová intervence*, Katedra sociální práce FF UK, Praha, 2006
- Jesenský, J. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia Consult 1993.
- Kalina, K., Vančura, M.: *Krizová intervence - „negentropický přístup“ k řešení psychotické krize*. *Spektrum psychoterapie*, 4/1989
- King, G. a kol.: *A qualitative investigation of changes in the belief system of families of children with autism and Down syndrome*, 2005, in *Child: Care, health and development*, 32, 353-369
- Lucká, Y.: *Krizová intervence*, Praha: Portál, 2003, in *Metody a řízení sociální práce*, ISBN 80-7178-548-2

Matějček, Z., Dytrych, Z.: *Jak a proč nás děti trápí*, Praha: Grada Publishing, 1997

Matějček, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižený dětí*, Jinočany:H&H, 2001

Matějček, Z.: *Rodiče a děti*, Praha: Avicenum, 1986

Matějček, Z., Langmeier, J.: *Počátky našeho duševního života*, Praha: Panorama, 1986

Matoušek, O.: *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Portál, 2003a, ISBN 80-86429-19-9

Matoušek, O.: *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003b, ISBN 80-7178-549-0

Matoušek, O.: *Sociální práce se zneužívanými, týranými a zanedbávanými dětmi a jejich rodinami*. in *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X

Murphy, R.F.: *Umlčené tělo*, Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2001, ISBN 80-85850-98-2

Murray, M.A.: *Needs of patients of mentally retarded children*. In Blacher, J., Backer, B.: *Families and mental retardation*, Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002

Novotná, M., Kremličková, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha: SPN, 1997. ISBN 80-85937-60-3

Pasquali, E.A., Arnold, H.M. De Basio, N. (1989): *Krizová intervence*, Baštecká, B.: *Pracovní překlad pro LD v Liberci*, 1992. In: *Mental Health Nursing. A Holistic Approach*. ST. Louis, Baltimore, Toronto. The c.v. Mosby Company

Pipeková, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6

Probstová, V.: *Přednášky k předmětu Sociální práce s duševně nemocnými*, Praha, Katedra sociální práce, 2008

Průcha, J. *Multikulturní výchova - teorie, praxe, výzkum*. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-85866-72-2

Repková, K.: *Pojem zdravotné postihnutí v životnej skúsenosti ľudí*, Československá psychologie, 1999

Štěpánková, N.: *Krizová intervence pro praxi*, Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0586-9

Tedeshi, R., Calhoun, L.: *Posttraumatic growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence*, 2004, in *Psychological Inquiry*

Tedeshi, R., Calhoun, L.: *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*, Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1995

Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z., Štěch, S.: *Psychologie handicapu*, Praha: Karolinum, 2000, ISBN 80-7184-929-4

Vágnerová, M.: *Psychologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-802-3

Vančura, J.: *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*, Společnost pro odbornou literaturu: Brno, 2007, ISBN 978-80-87029-14-5

Vítková, M. a kol. *Integrativní školní (speciální) pedagogika - Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD, spol. s r.o., 2003. ISBN 80-214-2359-5

Vodáčková a kol.: *Krizová intervence*, Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-696-9

Zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Příloha 1

Centrální obrny

Postižení CNS (mozek a mícha), která se dělí podle :

- a) závažnosti – parézy (částečné ochrnutí) a plegie (úplné ochrnutí)
- b) lokace postižené části těla – disparéza/diplegie – dolní část těla
hemiparéza/hemiplegie – vertikální ochrnutí poloviny těla
kvadruparéza/kvadruplegie – ochrnutí všech 4 končetin

způsobeny mozkovými záněty, mozkovými nádory, zraněním hlavy, degenerativním onemocněním mozku a míchy, nebo jako následek krvácení do mozku

DMO

široké spektrum příznaků: vyskytují se problémy s jemnými pohybovými vzorci (psaní, stříhání), obtíže s udržení rovnováhy a s chůzí, mimovolné pohyby (př. kroutivé pohyby rukou, vůlí neovladatelné pohyby úst), motorický neklid, nesoustředěnost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad; příznaky jsou značně individuální, mohou se v průběhu času značně měnit

formy DMO:

1.spastická – hlavním znakem je porucha aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie, stereotypní pohyby, tvoří cca 60% všech případů DMO

- diparetická – vzniká v důsledku poškození mozku v oblasti temenního laloku, často se vyskytuje u předčasných porodů a nezralosti plodu; hlavním znakem je nůžkovitá chůze – kolena u sebe, po špičkách
- hemiparetická – příčinou je lokalizované poškození vznikající krvácením do mozku v postraních komorách mozkové kůry, postihuje polovinu těla a často výrazněji horní končetinu, dolní je tak napjatá, že postižení při chůzi našlapuje na špičku, končetiny jsou slabší a zpravidla kratší,
- kvadruparetická – vzniká jako následek poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti, postiženo je celé tělo (trup ohnutý do zadu, paže převážně ohnuté v pronační postavení, ruce zařaty v pěst a vytočeny směrem ven a dolů, nohy a kyčle natažené s vnitřní rotací), ve většině případů je doprovázena těžkou mentální retardací, smyslovými vadami a epilepsií

2.nespastická – absence svalového napětí

- diskenická – poškození mozku v oblasti bazálních ganglií, které se podílejí na řízení pohybů člověka, umožňují realizace plynulého pohybu, tzn. Že poškození vyvolává pohybový chaos, který se demonstruje jako nepotlačitelné pohyby (kroutivé pohyby končetin, někdy postiženo i svalstvo tváře a jazyk – grimasy, žmoulavé pohyby úst, mlaskání; téměř se nevyskytuje mentální retardace (pokud ano, jen lehká) a minimálně epilepsie
- hypotonická – poškozena bývá hlavně oblast mozečku, postihuje hlavně vnímání rovnováhy, často špatná pohybová koordinace, chůze je nestabilní („opilecká chůze“).

Míšní obrny

nejčastěji vznikají jako následek úrazu páteře s poraněním míchy, rozsah poškození závisí na lokalizaci léze (=zranění, poškození)

myopatie – porucha hybnosti, jejíž příčinou je poškození svalového vlákna, je způsobeno záněty, úrazy či intoxikacemi, 50% z těchto postižených trpí některou z forem progresivní svalové dystrofie

DMD – Duchenova svalová dystrofie

onemocnění způsobené mutacemi různých proteinů distrofinového glykoproteinového komplexu, jde o genovou mutaci určité části řetězce DNA, lokalizovaného na chromozomu X, proto se vyskytuje téměř výhradně u chlapců; děti začnou později chodit, mezi 3-5- rokem jsou časté pády, vyvíjí se typický způsob kolébatvé chůze (kachní chůze), těžko chodí do schodů, nemají schopnost skákat, mezi 7-12. rokem ztrácí schopnost chůze, kolem 19. roku jsou zasaženy již dýchací svaly a srdeční svalovina, mezi 20 a 25. rokem nastává smrtvětšinou na respirační selhání, při plném vědomí se vlastního stavu (intelekt je v normě, jen asi 1/3 lehká mentální retardace)

BDM – Beckerova svalová dystrofie

Podobný průběh a stejné příčiny jako u DMD, nastupuje ale později (mezi 5.-15-rokem) a progresse je mnohem pomalejší, postižený se dožívá 4. nebo 5. dekády života

Vrozené malformace

Vrozený rozštěp páteře (spina bifida)

patří do skupiny defektů vývoje neurální trubice, je důsledkem nesprávného vývoje této trubice, podstatou je nedokonalé uzavření páteřního kanálku
formy:

- utajená spina bifida – neuzavírá se páteřní kanálek, ale mícha a míšní pleny ano, nepřináší obvykle žádné zdravotní komplikace ani pohybová omezení
- menigokéla – skrze neuzavřené obratle dochází k vyhrěznutí míšních oblouků ven z páteře, na povrchu těla se vytváří viditelný vak naplněný mozkomíšním mokem, ve většině případů postačí chirurgické řešení
- meningomyeotokéla – vyhrěznutí míšních obratlů tak míchy z páteřního kanálku, jde o obnažené viditelné útvary na zádech, dochází k poškození inervace svalů (především dolních končetin, částečné nebo úplné ochrnutí), postižení ovládání svalových svěračů močového měchýře, erektilní dysfunkce, postižený minimálně vnímá bolest, teplotu apod.

Malformace končetin

v některých případech jde jen o kosmetický defekt, jindy má postižení za následek závažné poruchy a omezení hybnosti

jde o odchylky od normálu, které jsou přítomné již v okamžiku narození

formy:

amelie – absence celé končetiny

peromalelie – celkové zmenšení končetiny

fokomelie – končetina ve tvaru ploutve nasedající přímo na rameno

při samotném postižení ruky se mohou vyskytovat tyto vady:

polydaktylie – končetina má více než 5 prstů

oligodaktylie – končetina má méně než 5 prstů

syndaktylie – srůst dvou a více prstů – lze odstranit chirurgicky

Zdravotní znevyhodnění

Epilepsie

opakované časově limitované záchvaty, které se objevují spontánně, bez provokující příčiny nebo při podmínkách, které běžně u člověka záchvat nevyvolávají; vyskytuje se abnormální nadměrná elektrická aktivita určitých částí mozku; onemocnění s pestrou škálou symptomů, které jsou determinovány podle místa a rozsahu aktivovaného množství neuronů – epileptogenní zóna; k vyvolání záchvatu přispívá nedostatek spánku, horečka, vyčerpání, některé léky, alkohol, hypoglykémie, určitá frekvence blikání světla (TV, PC, diskotéka)
etiologie je nejednotná – podle toho rozeznáváme 3 skupiny epilepsií:

- idiopatické (primární)- nejsou přítomny žádné patologické změny na mozku ani jiných orgánech, příčinou je zřejmě dědičná vloha
- symptomatická (druhotná) – vzniká po poškození mozkové tkáně – vrozená anomálie, krvácení do mozku, záněty či nádory na mozku
- kryptogenní – zcela nejasná příčina

1. parciální epileptický záchvat – abnormální aktivita mozku je omezena jen na určitou oblast, vzniká náhle, trvá několik sekund, minut či hodin; může přechodně vymizet a pak se vrátit, přejít v generalizovaný záchvat
podskupiny:

- jednoduchý (simplexní) – mohou se objevit samovolné záškuby obličeje, končetin nebo poloviny těla; přechodné pocity brnění poloviny těla, záblesky před očima, vnímání různých pachů, divná chuť v ústech, člověk je při plném vědomí
- komplexní – přítomnost bezmyšlenkovitých automatických činností (mlaskání, přecházení po místnosti), člověk není v bezvědomí, ale nereaguje na oslovení, nekomunikuje, , mohou se objevit hysterické stavy, kdy se člověk válí po zemi a provádí bizarní pohyby

2. generalizované epileptické záchvaty – abnormální epileptická aktivita postihuje celý mozek; typická je ztráta vědomí, n mocný si záchvat nepamatuje někdy mu předchází aura, která má různé projevy – pocity brnění, zápachu, zrakových vjemů, záškuby končetin

záchvaty mají různé projevy, podle toho je dělíme do těchto typů:

- tonicko-klonický (grand mal) – může předcházet aura, pláč, výkřik a následně pád, ztuhnutí těla a ztráta vědomí, tonická fáze – člověk je v křeči, má pěnu u úst, trvá cca 1 minutu; pak následuje klonická fáze – člověk sebou hází, má škubavé křeče, může se pomočit či pokálet, může dojít k zapadnutí jazyka a udušení, trvá 2-4 min.; po odeznění může být člověk zmatený a dezorientovaný
- tonický – počátek stejný jako u předcházejícího typu, ale po ztuhnutí svalů nenásledují žádné záškuby
- myoklonický – typické jsou prudké klonické záškuby, charakteristický je výskyt po probuzení
- atonické – náhlá ztráta svalového napětí s následným pádem, trvání je sekundové
- dětské absence (petit mal)- nejčastěji se objevují mezi 4. – 12. rokem, je náhlý a krátkodobý (5-12 sekund), , jde o výpadek kontaktu s okolím, dítě se zarazí, strnule hledí, přestane reagovat, může vzniknout dojem, že dítě jen nedávalo pozor, je nesoustředěné

jedním z projevů onemocnění je stabilní špatná nálada se sklonem k hádkám a ulpívání na malichernostech, někdy bývá méně pružné myšlení, nižší spontaneita, problémy mohou mít i s pamětí (narušená vstřípivost a vybavitelnost)

Alergie

přehnaná, nepřiměřená reakce organismu na určité látky – alergeny
může být dědičná – vrozená schopnost tvořit ve zvýšené míře protilátky – atopie
(atopický ekzém, pylová alergie, alergické astma)

nejčastější onemocnění:

- sezónní alergická rýma
- celoroční alergická rýma
- alergická reakce na roztoče/na plísně/na zvířecí alergeny
- alergie na hmyzí toxiny
- potravinová alergie
- léková alergie

Astma

chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, projevuje se souborem příznaků, především dušnost, ztížený výdech, při záchvatu nastane zúžení průdušek
reakce na různé podněty – specifické (pylová zrna, zvířecí srst, roztoči, vzdušné plísně, potraviny, hmyzí jedy), nespecifické (cigaretový kouř, skelná vata, smog, duševní námaha) nebo psychologické faktory (silné emoce)

Roztroušená mozkomíšní skleróza

autoimunitní onemocnění, v CNS se vytváří porůznu roztroušená zánětlivá ložiska (léze), dochází v nich k rozpadu myelinových pochev, jakmile jsou zničeny, je zpomalen nebo zcela přerušen přenos nervových vzruchů v CNS a v periferním nervstvu; v zánětlivém ložisku dochází i k trhání nervových vláken samotných, což znamená při jejich velké ztrátě i poškození funkce
probíhá v atakách – výskyt neurologických příznaků střídaných s remisí
je to onemocnění mladého věku – počátek mezi 20.- 40. rokem

typy:

- remitentní forma – vyskytuje se cca u 80% nemocných, trvá několik let; ataky (relapsy) trvají různě dlouhou dobu (týdny – měsíce), pak následuje částečná nebo úplná zdrava
- sekundární chronická progresse – pozvolný nárůst neurologického deficitu, který jejíž nevratný
- relaxující – progresivní forma – ataky bez remisí s přetrvávajícím defektem po atakách
- primární chronická progresse- relativně vzácná, vyskytuje se u 10 – 15% nemocných, pozvolný nárůst deficitu

neurologické příznaky jsou dány nervovou drahou, jejíž neurony jsou postiženy, žádné z příznaků nejsou pro tuto nemoc specifické, ale lze identifikovat ty, které se vyskytují nejčastěji:

optická neuritida – různá míra poruchy zraku (zamlžené vidění, poruchy barvocitu, výpadky zrakového pole až po ztrátu zraku)

poruchy citlivosti – taktilní, vnímání tepla, chladu a bolesti; jde o ostrůvkovité výpadky cití nebo postižení jedné končetiny či pásu na trupu

okulometrické poruchy – nejčastější projevem je internukleární oftalmoplegie (ochrnutí oko-hybných svalů) charakterizována mononukleárním nystagmem (mimovolné pohyby očí)

neuralgie (bolest nervového původu, záchvatovitá bolest v průběhu nervu) – nejčastěji trojklaného nervu, u některých nemocných i periferní obrna lícního nervu

sfinkterové a sexuální poruchy – poruchy močení, erektilní dysfunkce, snížená citlivost, neschopnost orgasmu

únava – pokles výkonnosti, neschopnost pokračovat v aktivitách

kognitivní poruchy – zhoršování paměti, plánování činností, předvídání a úsudku

afektivní poruchy – emoční labilita, poruchy nálad, deprese

další příznaky – bolest (hlavy), epileptické záchvaty

Specifické poruchy učení

specifické (vývojové) poruchy učení (SPU) se objevují jako vývojově podmíněný projev, nejsou způsobeny výchovným zanedbáním a nesouvisí s mentální úrovní

LMD

Percepční motorický deficit, souvisí s nezralostí CNS, vzniká v období perinatálním (působení chemických, biologických a fyzikálních faktorů), perinatálním (nešetrný, dlouhotrvající, náročný porod) nebo postnatálním (virová nebo horečnatá onemocnění)

symptomy:

- poruchy pozornosti a soustředěnosti – neschopnost se déle soustředit, jedinec je vyváděn z pozornosti i nepatrnými podněty
- impulsivita – reagování bez rozmyslu, zbrklé jednání
- nerovnoměrný vývoj psychomotorických funkcí
- neklid, nadměrná pohyblivost
- výkyvy nálad a výkonnosti – zvýšená dráždivost střídaná obdobím klidu a pozornost až nezájmem
- motorická neobratnost – hlavně v jemné motorice

druhy SPU

- dyslexie- nejrozšířenější, cca 95% případů; většinou kombinovaná s dysgrafií resp. dysortografií; porucha čtení, projevující se narušeným vnímáním písmen a prostoru (záměna písmen, obtíže při spojování písmen do slabik a souvislým čtením slov a textu), promítá se do rychlosti a správnosti čtení a porozumění čteného textu
- dysgrafie – porucha psaní, písmo je neuspořádané, těžkopádné neobratné, písemný projev je pomalý a vyžaduje značné soustředění
- dysortografie – porucha pravopisu, nepostihuje celou oblast gramatiky, ale týká se specifických dysortografických jevů (vynechávky, záměna písmen, zkomoleniny, nesprávně umístěné nebo vynechané vyznačení délek, chyby v měkkosti,...)
- dyskalkulie – porucha matematických schopností
- dysmuzie – porucha hudebních schopností, narušená schopnost vnímání a reprodukce rytmu
- dyspinxie – porucha kreslení, specifická nízkou úrovní kresby, zachází s tužkou neobratně, potíže s pochopením perspektivy

Pervazivní vývojové poruchy

pervazivní= všeprostupující, výrazným způsobem mění chování jedince, omezují možnosti vzdělávání, značně stěžují společenskou seberealizaci a normální zařazení do společnosti

etiologie není jednoznačně vymezena, na vzniku se podílí genetická podmíněnost, exogenní vlivy v prenatálním období, jde o neurologickou odlišnost CNS (sociální faktory nemají větší význam)

Autismus

stažení se do sebe a tendence k sociální izolaci, nedostatečná emoční odpověď vůči citům druhých, nedostatečné přizpůsobení v sociálních interakcích, vykonávání pro ně specifických rituálů, obtížně se přizpůsobují novým situacím, školní znalosti si osvojují obtížně

symptomy:

- neschopnost navázání vztahu s druhými, neschopnost uvědomit si reálné nebezpečí, odmítání změny v navyklé rutině, odmítání tělesného kontaktu, nepřiměřený smích nebo záchvaty zuřivosti, zvláštní, bizarní pohyby, záliba v neobvyklých předmětech, v točení se, ve stejných a stále se opakujících činnostech
- často bývá kombinován s jinými poruchami – mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, hyperaktivita
- prognóza léčby je málo příznivá . v 98% nedochází k úplnému vyléčení, sle specifický výchovný přístup eliminuje problematické chování, zlepšení kognitivních funkcí, zvýšení adaptability a samostatnosti

Rettův syndrom

Vyskytuje se jen u dívek, ztráta manuálních a verbálních dovedností, ztráta funkčních pohybů ruky, stereotypní kroutivé manipulace prsty rukou, postupně dojde k zhoršení stavu, který odpovídá obrazu mentálního postižení

Aspergův syndrom

Vyskytuje se převážně u chlapců, podobné příznaky jako autismus, ale není narušen vývoj řeči a kognitivních funkcí (inteligence)

ADHD – syndrom hyperaktivity

porucha aktivační úrovně a pozornosti, je několikrát častější u chlapců, nedostatky ve funkci CNS jsou příčinou změn v distribuci energie, nemá souvislost s úrovní mentálních schopností

symptomy:

- deficit pozornosti – zaměření na jeden problém má krátké intervaly, problémy s opakovanými a nudnými úkony
- impulzivita – rychlé, neadekvátní reakce, špatné porozumění vlastním pocitům

hyperaktivita – neúčelné, nadbytečné pohyby, zvýšený řečový projev (jak hlasitost tak množství)

Mentální postižení

Lehká mentální retardace (IQ 50-69)

Jedinci s lehkou formou MR jsou na úrovni dítěte středního věku, nedosahují abstraktního myšlení, jsou schopni se učit, zvládnou výuku ve speciální škole.
Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)

Jedinec je na úrovni myšlení předškolního dítěte, jeho verbální projev je chudý, agramatický. Zvládne jen mechanické učení hlavně na praktické úrovni a také zvládne běžné návyky jednoduché dovednosti.

Těžká mentální retardace (IQ 20- 34)

Jedinec chápe nanejvýš základní souvislosti a vztahy na úrovni batolete.. Zvládne jen základní úkony sebeobsluhy a plnění několika příkazů.

Hluboká mentální retardace (IQ 0 -19)

Tato forma je doprovázena také defektem pohybovým, poznávací schopnosti se téměř nerozvíjí, maximálně dosáhne diference známých a neznámých podnětů a reakce na ně podle libosti a nelibosti.

Souhrn

Název práce: Význam a první bilance specializované linky telefonní krizové intervence pro osoby se zdravotním postižením

Jméno a příjmení: Květa Kudová

Obor: sociální práce

Vedoucí diplomové práce: PHDr. Olga Havránková

Oponent diplomové práce:

Klíčová slova: zdravotní postižení, postoj společnosti k osobám s postižením, krizová intervence, krize

Cíle: seznámit čtenáře s problematikou osob se zdravotním postižením, seznámit s projektem krizové a poradenské linky občanského sdružení Prosaz, zjistit, zda jsou pracovníci této linky dostatečně připraveni na výkon konzultanta vzhledem ke službám, které linka nabízí

Metody: obsahová analýza záznamů hovorů uskutečněných na lince během prvního roku její existence a polostrukturovaný rozhovor s pracovníky linky

Zjištěné výsledky: Linka se potýká s několika problémy. Jako nejvýznamnější považuji nedostatečné vytížení linky, nedostatečná připravenost pracovníků poskytovat sociální poradenství a špatnou komunikaci pracovníků a vedení organizace.

Použitelnost pro praxi: Výsledky by měly sloužit občanskému sdružení Prosaz ke zkvalitnění služeb. Dále mohou sloužit jako poučení pro ostatní organizace. Závěry mohou sloužit jako doporučení pro organizace, které by chtěly vytvořit podobnou službu.

Resumé

Ve své práci jsem se pokusila popsat, jaký dopad a vliv může mít zdravotní postižení na život člověka, jak probíhá adaptace na postižení samotné osoby s postižením i jejího okolí. Dále se zabývám postoji společnosti k osobám s postižením.

Cílem mé práce je seznámit s projektem telefonní krizové a poradenské linky pro osoby se zdravotním postižením a zmapovat její vývoj. Hlavním cílem je zjistit, zda jsou pracovníci dostatečně připraveni na výkon konzultanta linky, vzhledem k tomu, jaké potřeby mají klienti linky.

K zjištění těchto informací jsem využila polostrukturovaný rozhovor s pracovníky linky. Dále jsem použila metodu obsahové analýzy kontaktů přijatých na lince během prvního roku existence linky.

Těmito metodami jsem dospěla k ne příliš pozitivním výsledkům. Linka se potýká s několika problémy. Jako nejzávažnější považuji nedostatečné vytížení linky, nedostatečná připravenost pracovníků poskytovat sociální poradenství a špatnou komunikaci pracovníků a vedení organizace.

Doporučuji zamyslet se nad koncepcí linky, zda by nebylo vhodné vymezit linku jen jako krizovou nebo vymezit, kdy bude linka jen krizovou a v kterých hodinách bude také poskytovat poradenství. Dále doporučuji účast pracovníků na školení, které jim umožní zkvalitnit poskytovanou službu.

Resumé

In the thesis I tried to describe the incidence and the consequences of living with handicap and the process of adaptation of people with handicap into the daily life. I also addressed the attitudes of society to the people with handicap.

The aim of my thesis is to present project of phone crisis intervention and advisory center for the people with handicap and inspect its development. Another purpose of my thesis is to determine whether the employees are prepared enough for the phone consultant role with regards to the needs of theirs clients.

To find out these informations I used half-structured interview with the employees. Next method used was the **content analysis** of contact received on the phone line during the first year of lifetime.

Several not quite positive conclusions were found using the mentioned methods. The most important according my best thought is the line **under-utilisation**, the insufficient readiness of the employees to provide social consultancy and incorrect communication between employees and call center director.

I suggest to review the telephone line conception. One of the options is to limit the line to the crisis intervention only. The other possibility is to clearly determine when the telephone line provides the crisis intervention, and when both crisis intervention and the social advisory. Finally I recommend improving the employees` education by the regular participation on the social trainings which should improve the quality of provided services.