

Monatová, Lili

**Psychologická a pedagogická problematika jedinců s poškozenou
míchou**

Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. B, Řada filozofická.
1962, vol. 11, iss. B9, pp. [135]-150

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/106199>

Access Date: 27. 11. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

LILI MONATOVÁ

PSYCHOLOGICKÁ A PEDAGOGICKÁ PROBLEMATIKA JEDINCŮ S POŠKOZENOU MÍCHOU

Ú v o d e m

Péče o jedince s míšním poškozením je v zemích socialistického tábora v popředí zájmu zdravotnické a sociální péče. V našem státě o tom svědčí řada opatření, která již byla zčásti provedena, zčásti se budou realizovat v nejbližší době.

Je v plánu stavba centra pro paraplegiky,¹ kde by jim bylo usnadněno žít společensky i ve změněných životních podmínkách. Proto v současné době vystupuje do popředí snaha o prozkoumání všech poznatků na vědeckém základě, a to o jejich počtu, rozvrstvení, o jejich tělesném stavu, o průběhu onemocnění, sociálních podmínkách jejich rodin, sociální adaptaci, pracovním zařazení, jejich psychické stránce a možnostech převýchovy. Tyto základní poznatky nejsou dosud známé v plné šíři, jsou však potřebné, neboť je třeba poskytnout realizovatelné podklady pro uskutečnění předpokládaných opatření v naší republice.

Do této problematiky je také třeba zahrnout rozhodnutí, kdy jde u osob s poškozenou míchou o lidi nemocné a kdy běží již o lidi invalidní. Tuto otázku není možno ve všech případech zodpovědět zcela jednoznačně, jak by se mohlo zdát na první pohled. Jsou to lidé nemocní nebo potřebují invalidní péči? Mohou být společnosti i sobě nějak užiteční, lze zlepšit jejich životní možnosti, nebo vyžadují obsluhu a převážně azylové zabezpečení? Někdy je odpověď na tyto otázky poměrně snadná, jindy je obtížnější. Vyžaduje individuální přístup ke každému jedinci. Nejde totiž pouze o to, abychom zřídili jakékoli ústavy, které by byly svým zaměřením určeny paraplegikům. Jejich úkolem bude pečovat o procvičování motoriky a zajištění optimálních sociálních podmínek, včetně pracovních. Bude zde možno dosáhnout zlepšení duševního stavu postižených, lépe uplatňovat všechny výchovné vlivy a vést je takto ke správnému způsobu života.

Anamnestické údaje potřebné k rozboru byly získány² ve Státním ústavu rehabilitačním v Kladruzech u Vlašimi, dále ve Výzkumném ústavu traumatologickém v Brně a vlastním výzkumem, který zahrnoval také dlouhodobé pozorování, řízený rozhovor a některé speciálně zaměřené experimenty.

Celkem byly sledovány 103 případy. Z toho bylo 83 případů pौरазových (58 mělo úplně porušenou míchu, 25 částečně poškozenou míchu s těžkými následky) a 20 případů neúrazových.

Z á k l a d n í s k u p i n y

Přehlédneme-li z psychologického a pedagogického hlediska celé onemocnění jedinců s poškozenou míchou, můžeme je rozdělit do dvou hlavních skupin:

I. pouřazové poškození míchy,

II. neúrazové poškození míchy.

V první hlavní skupině se vyskytují tři základní druhy pacientů, a to:

1. bezprostředně po úrazu operovaní,
2. později operovaní,
3. neoperovaní.

Ve druhé hlavní skupině rozlišujeme dva základní druhy nemocných:

1. operovaní,
2. neoperovaní.

Ve všech uvedených skupinách lze stanovit několik vývojových stadií této choroby.

U jedinců, u nichž byla mícha poškozena úrazem a kteří byli podrobena operaci brzy po zranění (I. 1.), téměř úplně splývá první a druhá vývojová fáze (pouřazová a předoperační). Dále následuje fáze pooperační, rehabilitační a fixační, takže se zde vyskytují celkem čtyři vývojová stadia.

U pacientů později operovaných (I. 2.) rozlišujeme pět plně rozvinutých fází, a to: pouřazovou, předoperační, pooperační, rehabilitační a fixační. Podrobnosti k uvedeným fázím byly publikovány v roce 1960 a 1962.³

U neoperovaných pouřazových případů (I. 3.) rozeznáváme tři vývojová stadia: pouřazové, rehabilitační a fixační.

Nemocní, u kterých je poškození míchy neúrazového původu (II. 1.) a kteří byli operovaní, procházejí rovněž pěti vývojovými stadii. První fáze, tzv. graduující, je charakterizována tím, že se většinou pohyblivost zhoršuje postupně. Tím je první údobí, než se vůbec o operaci začne uvažovat, značně prodloužené. Někdy trvá až několik let. Ve srovnání s pouřazovými případy probíhá toto první stadium zcela odlišně. Dále navazuje fáze předoperační, pooperační, rehabilitační a fixační. Tato stadia mají téměř stejný průběh jako u operovaných pouřazových případů s výjimkou těch, u kterých se i nadále pohyblivost významně zhoršuje.

Druhá skupina neúrazových a neoperovaných (II. 2.) nemocných vykazuje tři vývojová stadia. Je to fáze graduující, rehabilitační a fixační.

V průběhu posledního údobí fixace choroby by měli být všichni pacienti na základě správného výchovného působení vedeni k tomu, aby si uvědomili, že již nejsou nemocnými lidmi, nýbrž invalidy s určitými potížemi, se kterými je třeba počítat, které se však nemusí zhoršit při zachování správného denního a životního režimu.

To jsou hlavní skupiny osob s poraněním míchy. Jednotlivá vývojová stadia nelze od sebe navzájem absolutně izolovat. Navazují na sebe a velmi úzce

spolu souvisí. Toto třídění má metodický charakter a je potřebné především pro didaktické účely, tj. je určeno pracovníkům, kteří se věnují reedukaci a rehabilitaci těchto případů, aby si plně uvědomovali, ve kterém stadiu se právě ten který pacient nachází, že jsou mezi těmito stadii rozdíly a jak na ně případně v dané fázi působit.

Hlavním úkolem všech ošetřujících je, snažit se, aby se v průběhu uvedených stadií defektivita⁴ paraplegiků nezvyšovala. Vyžaduje to správný přístup a výchovné působení na pacienty od počátku onemocnění. Je třeba vyzvednout, že se dosud pedagogický aspekt této problematiky nedoceňoval, ačkoliv je evidentní.

V současné době lze považovat všechny nejdůležitější problémy pacientů s poškozenou míchou z lékařského hlediska v podstatě za vyřešené.⁵ Proto je nyní třeba zaměřit se především na jejich převýchovu a na úpravu jejich sociálních podmínek. Vzhledem k tomu, že se asi jedna čtvrtina jedinců s poškozenou míchou podle dosavadních zkušeností, jak uvádí r. 1953 Z. Kunc,⁶ podstatně zlepši, jedna čtvrtina se zlepši jen málo, jedna čtvrtina případů se vůbec nezlepší a asi jedna čtvrtina nepřežívá, ukazuje se potřeba tuto problematiku dále řešit a pracovat.

Z á k l a d n í č i n i t e l é

Je neobyčejně nesnadné, ba dokonce zcela nemožné zjistit přesný počet lidí s poškozenou míchou v ČSSR. Na značné potíže v tomto směru poukazuje výstižně ve své publikaci Vladimír Beneš,⁷ který zdůvodňuje podrobně všechny nesnáze. Na základě studia starších statistik vyvozuje, že se poranění míchy vyskytuje asi v 16–40 ‰ poranění páteře.

Ze statistik USA vyplývá, že ze všech zranění, která vznikla ve druhé světové válce v americké armádě, připadlo 2500 případů na paraplegii. Do roku 1954 z nich bylo propuštěno z ošetrovacích center 1700. Celkem žilo v USA v roce 1954 asi 85 000–125 000 paraplegiků. V Anglii bylo v největším ošetrovacím centru ve Stoke Mandeville ošetřeno do roku 1956 asi 1600 paraplegiků.⁸ Rovněž v SSSR vznikl ve Velké vlastenecké válce velký počet pौरázových paraplegií. Druhá světová válka způsobila, že procento míšních poranění neobyčejně stoupl. I v naší republice žijí dosud někteří paraplegici z tohoto období.

VI. Beneš uvádí, že u nás dochází každý rok ke vzniku asi 150–200 poranění míchy. Uveřejňuje některé údaje o 175 paraplegicích. Přitom je jeho soubor dosud ze všech našich statistik největší.⁹

Počet jedinců s poškozenou míchou nebyl v dřívějších dobách příliš značný, poněvadž většina z nich umírala v krátké době po zranění. Teprve od počátku 20. století, kdy lékaři dokázali větší počet případů zachránit před smrtí, se počet přežívajících neustále zvyšuje. V současné době se již snížila úmrtnost ze 60 až

80 % na 3—10 %.¹⁰ Teprve v posledních desetiletích se z léčení mříšních poškození stal velmi široký problém, na němž spolupracují chirurgové s neurochirurgy, neurologové, urologové, fyziatři i sociální pracovníci. Tu a tam se začínají ojedinele touto problematikou zabývat i psychologové a převýchově pacientů se začínají věnovat pedagogové-defektologové.

Tabulka 1
Faktor věku

Poř. čís.	rozmezí věku	Počet případů		
		pouřaz.	neúřaz.	celkem
1	7—16	6	4	10
2	17—26	26	7	33
3	27—36	19	3	22
4	37—46	14	4	18
5	47—56	12	2	14
6	57—66	6	—	6
celkem		83	20	103

Tabulka 2
Délka choroby

Poř. čís.	Délka choroby	Počet případů		
		pouřaz.	neúřaz.	celkem
1	3 roky	5	—	5
2	4 roky.	14	2	16
3	5 let	15	4	19
4	6 let	9	6	15
5	7 let	11	—	11
6	8 let	8	1	9
7	9 let	3	—	3
8	10 let	2	—	2
9	11 let	2	2	4
10	12 let	5	2	7
11	13 let	1	—	1
12	14 let	3	—	3
13	15 let	2	—	2
14	16 let	—	1	1
15	17 let	1	1	2
16	18 let	1	—	1
17	26 let	1	—	1
18	29 let	—	1	1
celkem		83	20	103

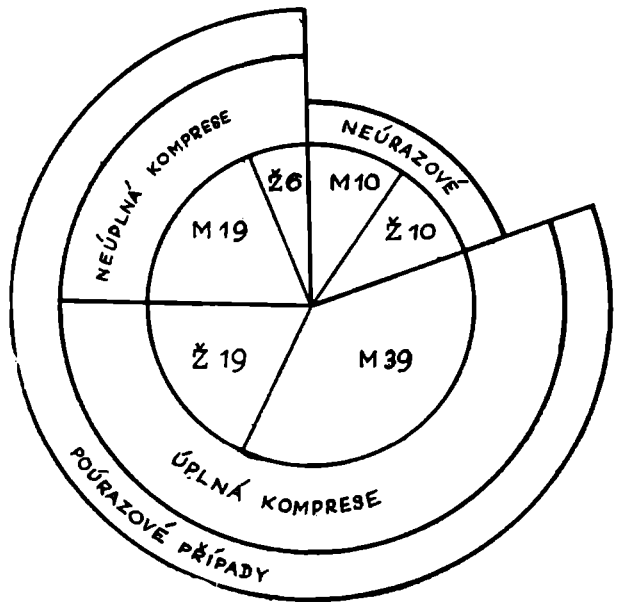
Při zpracování anamnestických údajů byly sledovány tyto faktory: věk při vzniku míšního poškození, trvání choroby, pohlaví, rodinný stav, školní docházka a zaměstnání.

V tabulce 1 je uveden věk při úrazu a při vzniku choroby. Nejvíce případů se vyskytuje v daném materiálu mezi 17—26 lety (33), méně mezi 27—36 lety (22), mladších do 16 let a starších nad 47 let je menší počet. Srovnáme-li výsledky s tabulkou V. Beneše,¹¹ pozorujeme, že rozložení věku je v obou přehledech podobné.

Délka choroby je uvedena přehledně v tabulce 2. U sledovaných případů trvá choroba od tří do dvacetidevítilet. Svědčí o tom, že se těmto jedincům věnuje u nás všestranná léčebná péče. Tím aktuálnější je proto otázka i dalších speciálních zařízení po fixaci choroby, ve kterých by bylo možno prodloužit věk paraplegiků co nejvíce. I z těchto důvodů je potřebné zřídit pro ně v brzké době plánované centrum.

Obrázek 1 zachycuje faktor pohlaví. Na první pohled je zřejmé, že počet mužů značně převyšuje u poúrazových forem počet žen. U neúrazových je množství mužů a žen stejné.

Z hlediska závažnosti poškození míchy vyskytuje se nejvíce případů úplného přerušování míchy (58), méně s částečným poškozením míchy s těžkými následky (25). Nejméně je neúrazových případů (20).



Obr. 1. Struktura případů s poraněnou míchou podle pohlaví a typu poškození. Ž — ženy, M — muži, číslce — počet případů.

Rodinné vztahy

Jedinci s míšním poškozením musí být bezpodmínečně ihned po zjištění poruchy hospitalizováni v nemocnici. Zpravidla bývají po ukončení nemocniční léčby převezeni do rehabilitačních ústavů, kde pobývají několik měsíců podle závaž-

nosti svého onemocnění. Potom jsou buď propouštěni do domácího ošetření, nebo ve velmi těžkých případech, nemají-li rodinu, přecházejí do azylové péče.

V rodinném prostředí se často stává, že zpočátku o ně rodina všemožně pečuje. Snaží se zabezpečit jim co nejpohodlnější život, aby se nemuseli namáhat. Všichni je přesprávilí ošetřují. Jejich nejbližší se o ně zpočátku strachují, mají obavu, aby si neublížili nebo neonemocněli, a svou péčí přehánějí. Paraplegici pak po poměrně krátké době z pohodlí, přestanou cvičit chůzi, zůstávají dokonce po celý den na lůžku. To, co si během dlouhé rehabilitace osvojili, v krátké době zanedbávají. Někteří dostanou sepsi z proleženin nebo z infekce močových cest a umírají. Většinou netrvá v rodinách počáteční péče dlouho. Brzy se většina případů stává přítěží, takže dochází k narušení společenských rodinných vztahů. Z přístupu, který k nim zpravidla rodina má, shledáváme, že je o ně málokdy zajištěna *správná* péče.

Dokud nebudou tito jedinci shromážděni v připravovaných centrech, je naprosto nutný co nejužší kontakt s rodinami, a to užší, než jak se většinou realizuje. Mnozí postižení nežijí v rodinách uspokojivě, často také z toho důvodu, že nejsou vedeni ke správnému způsobu života ani oni, ani jejich rodiny. Proto je třeba působit výchovně nejen na pacienta, ale i na jeho nejbližší okolí. Tím, že poučíme manžela, manželku nebo rodiče nemocného, že je nutné, aby zachovával správný životní režim, tím že dbáme na úpravu rodinných vztahů, zlepšuje se — jak ukázaly zahraniční i naše zkušenosti — zacházení s pacienty, rodina je lépe chápe, správněji se k nim chová, takže nedochází ke zbytečné a škodlivé neurotizaci.

Je třeba zdůraznit, že zlepšení životních podmínek převážně většiny těchto jedinců, kteří přejdou do připravovaných zařízení, závisí na jejich spolupráci a na tom, jak budou ochotni podřídit se dennímu režimu. Soustředit je do jednoho místa, znamenalo by pro ně materiální a sociální výhody i zlepšení jejich psychického stavu.

Správný denní režim by měl zahrnovat *pracovní možnosti*, podle závažnosti poruchy od téměř normálního zaměstnání po minimální léčbu prací, *možnost věnovat se speciální rehabilitaci*, individuálnímu tělocviku včetně nácvičku chůze, fyzikální terapii, hydroterapii atd., *vhodné využití volného času* ve společnosti jiných nemocných i zdravých lidí, případně v rodinném prostředí, sledováním kulturních pořadů, pobytem v přírodě, studiem, dostupnou sportovní činností, podle možnosti účasti na veřejně prospěšné práci atd. Zajištěním takto organizované péče lze působit výchovně na celou osobnost paraplegiků.

Jaké budou konkrétní výsledky plánovaných opatření, to bude záviset i na paraplegicích samotných. Aby měla péče maximální účinek, musí být nejen ochotni přizpůsobit se, nýbrž musí být i co nejlépe připraveni plnit všechny potřebné úkoly.

Dlouhodobým působením dosáhneme toho, že se vyrovnají snáze se svým těles-

ným stavem a že se naučí chápat význam léčebného tělocviku, zaměstnání vhodnou činností a osvojí si na základě správného vedení takový denní a životní režim, který je pro jejich zdravotní stav potřebný.

Při řešení všech těchto otázek není bez významu jejich rodinný stav. Je zachycen v tabulce 3. Je z ní patrné, že ženatí tvoří většinu (61 %) a svobodní jednu třetinu (33 %) všech případů.

Tabulka 3
Rodinný stav

Rodinný stav před a po poškození míchy*	Počet případů		
	pouřaz.	neúraz.	celkem
svobodní	24	10	34
ženatí	54	7	63
	2	—	
rozved.	—	1	3
	2	—	
ovdovělí	—	2	3
	1	—	
celkem	83	20	103

Vzniká zde problém, jak řešit otázku rodinného soužití při zařazení pacienta do centra pro paraplegiky? Zdálo by se, že u svobodných bude rozhodování snadnější než u ženatých. Bývají většinou mladšího věku. Nemívají povinnosti k dětem, k rodině. Jejich rodiče bývají většinou starší, takže se vždycky nemohou o tyto jedince starat. Ženatí jsou daleko vázanější hlavně rodinnými svazky. Nebude mít muž námitky, kdyby chtěla jeho žena natrvalo odejít do připravovaného centra? Pustí žena svého muže? I když se zpočátku muž o svou ženu a žena o svého muže pečlivě stará, po jisté době se v rodině stupňují potíže, spojené s jejich obsluhou. Při běžné denní práci, zvláště na venkově, není mnoho času příliš se jim věnovat.

Bylo by — jak se na první pohled zdá — správnější, ponechat ženaté v jejich rodinném prostředí? Nebo je s jejich rodinami přestěhovat do připravovaných zařízení? U všech, kteří by projevíli zájem o tento způsob řešení, je třeba je doporučit. Ve speciálně vybudovaném centru budou pro ně také zajištěny nejvhodnější pracovní možnosti. I proto bude vhodné je zde umístit. Vždyť pracovní podmínky pomáhají zabránit vzniku nepříznivých psychických změn a sociálních disharmonií.

Bude však třeba trpělivě a opakovaně poukazovat na možnosti, které mají,

a upozorňovat je na blízké i vzdálenější cíle, kterých mohou dosáhnout. Každé dosažení dílčího cíle má velký stimulující význam a je povzbuzením k dalšímu snažení. Úkoly a povinnosti, které pro ně budou ve středisku připraveny, musí mít skutečný, nikoli jen zdánlivý účel a hodnotu. Postižení musí mít jistotu, že jsou platnými, užitečnými členy společnosti.

Pedagogické působení na paraplegiky

Výchovné působení u dětí, mládeže a u dospělých s poškozenou míchou má svoje specifické zvláštnosti.

Zvláště jsou postiženy defektivitou děti, neboť defektivita je vyvolána těžkou tělesnou vadou v období tělesného i duševního vývoje. Vždycky se přitom uplatňuje více činitelů. Záporně působí i ta okolnost, že o postižené děti bývá v rodinách přehnaná a úzkostlivá péče, spojená se strachem před sebemenším samostatným pohybem dítěte. Ta má však právě záporný výchovný vliv. Vždyť i u normálních dětí vznikají výchovné potíže, nevedeme-li dítě k samostatnosti. Také projevy lítosti a soustrasti nad poruchou pohybové soustavy dítěte a jejími následky nepomáhají, ale většinou působí škodlivě. Vzbuzují u postižených pocit výjimečnosti, smutku, neštěstí a značně je zneklidňují.

Tak jako všechny děti a dospívající, je i dítě s poškozenou míchou samostatnou osobností. Nesmíme však zapomínat na to, že osobnostmi jsou i jeho vychovatelé. I oni prošli a procházejí určitým vývojem, jsou různého typu vyšší nervové činnosti, mají různou rozumovou úroveň, rozdílné vzdělání a zaměstnání a získali velmi odlišné životní zkušenosti. V jejich postoji k postiženému dítěti se odráží celá jejich osobnost, a je tedy zcela individuální. Mít v rodině tělesně vadného jedince nebo být pověřen péčí o něj, to je po všech stránkách a zvláště z citového hlediska velmi náročný úkol.

Je jasné a při výchovném působení musíme s tím počítat, že se myšlenky a představy rodičů i ostatních členů rodiny pozměnily. Celá rodina trpí často úzkostmi a nejistotou. Rodiče pozměňují svůj každodenní program, své plány i výchovné zaměření. Je však důležité, aby vliv domácího prostředí nebyl rušivý, ale pokud možno uklidňující, povzbuzující a skutečně léčivý. Proto je třeba vést rodiče těchto dětí k tomu, aby jejich jednání podporovalo reedukční a rehabilitační úsilí.¹² Pro utváření osobnosti tělesně vadných je tento činitel nejvýznamnější, už proto, že je nejvíce v naší moci. Nesprávným výchovným vedením lze mnoho pokazit i u těch, u nichž jsou předpoklady k tomu, aby se s defektem úspěšně vyrovnali. Nesprávné postoje rodičů by mohly léčebné úsilí nejen znesnadnit, ale i vážně ohrozit. Správným vedením se dá pomoci i tam, kde je na první pohled situace velmi svízelná.

Tak jako u všech dětí a mládeže, je třeba dbát i u dětí s porušenou míchou na všestranný harmonický vývoj, na rozvíjení všech složek výchovy: rozumové,

mrvaní, polytechnické a pracovní, estetické a tělesné výchovy se zaměřením na jejich tělesný stav.

Mrvaní výchova je jedním z nejvýznamnějších činitelů. Je proto třeba, aby byla cílevědomá a systematická. Správným vedením ovlivníme kladně morální profil paraplegiků, a tím usměrníme i projevy defektivy.

Hudební výchova má kladný vliv na správný vývoj dětí s poruchou hybnosti. Hudba působí kladně nejen na pohybový aparát, ale i na sluch a citový život, ovlivňuje i mravní city.

Výtvarnou a literární výchovou rovněž obohacujeme citový život dětí. Předčítáním pohádek, povídek, později vlastní četbou rozšiřujeme poznatky, seznamujeme s mravními normami, kreslením a modelováním získávají nové pohybové dovednosti.

Pro školní mládež jsou také významné dobře vedené kroužky *pracovní a polytechnické výchovy*. Zde je opět hlavním úkolem zvolit takové činnosti, kterými budou děti cvičit to, co je potřebné.

Léčebnou tělesnou výchovu je třeba realizovat pravidelně, aby si postižení osvojili základní cviky a pochopili jejich význam.

Zajímavost zvolených činností a zaměstnání nám pomůže vzbudit zájem všech dětí. Zvláště mladší děti takto snadněji překonají různé nesnáze spojené s jejich osvojováním.

Významné místo zde zaujímá jako léčebný a výchovný prostředek *dětská hra*, zvláště v předškolním věku, kdy je hra základní činností dítěte. Je třeba organizovat dětskou hru a učinit správný výběr hraček, abychom hrou cvičili to, co je třeba cvičit, a současně rozvíjeli harmonicky celou osobnost dítěte.

I u školních dětí, zvláště mladšího školního věku, je terapie vhodnou hrou velmi účinným reedukčním prostředkem. Je známo, že dítě vykoná při hře potřebný pohyb mnohem lépe a s větším úsilím. Proto je důležité zařazovat i ve školním věku přiměřené hry.

U školní mládeže do 15 let je třeba realizovat také *výuku* v rozsahu schváleném lékařem, aby žáci v dlouhém období rehabilitace nezaostávali a neprožívali city nudy a nepotřebnosti. Je třeba zavést výuku ve všech léčebnách a doplnit ji vhodně činnostní terapií, abychom nezanedbali všestranný vývoj žáků.

Po ukončení léčení je pro správný vývoj těchto dětí nejvhodnější umístění v ústavu pro tělesně vadné, poněvadž zde je výchovně vzdělávací proces nejlépe organizován. Realizací správné výuky a výchovy — individuálním přístupem ke každému jedinci — máme možnost vypěstovat široké zájmy, potřebné vědomosti, dovednosti a návyky a všechny schopné žáky správně připravit k povolání, které by mohli s úspěchem zastávat.

Pro žáky výběrových škol a vysokoškolské studenty, kteří se připravovali na určité povolání před úrazem nebo chorobou, bylo by možné doplňovat léčbu prací samostatným studiem, pokud je vhodné, aby ve zvoleném oboru pokračovali.

Často však je třeba je k němu vést. U některých se totiž vyvíjí nezáměr a je třeba je stále taktně nabádat ke studiu, zvyšovat u nich zájem o činnost.

I u mládeže je defektivita složitým problémem, neboť zde přistupují další činitelé, jako jsou např. psychické zvláštnosti dospívání, příprava k povolání atd.

Poměrně nejméně postihuje defektivita dospělá, zvláště ty, kteří již mají založenou vlastní rodinu, lze-li zachovat harmonické rodinné vztahy a zajistit zaměstnání. U většiny dospělých, kde to zdravotní stav dovoluje, vystupuje do popředí orientace na nové povolání. Je proto nutné přeškolení, aby bylo možno zařadit člověka s porušenou míchou do pracovního procesu.

V problematice pracovního zařazení jedinců s poškozenou míchou je důležitá otázka zaměstnání před úrazem. Z tabulky 4 vyplývá, že téměř 72 % postižených bylo zaměstnáno v takových povoláních, ve kterých nemohou po fixaci choroby pokračovat.

Tabulka 4
Zaměstnání před úrazem

Druh zaměstnání	Počet případů		
	poúraz.	neúraz.	celkem
dělníci	36	5	41
prac. v zemědělství	15	—	15
prac. intelig.	8	3	11
prac. v domácnosti	6	2	8
administr. zam.	1	4	5
vojenští prac.	2	—	2
jiné (číšník, prodavač, ošetřov.)	2	1	3
celkem	70	15	85
žáci	5	4	9
studenti	6	1	7
učni	2	—	2
celkem	13	5	18
	83	20	103

18 pacientů se dosud připravovalo na budoucí povolání, 9 z nich bylo dokonce mladších 15 let. Všechny bylo třeba vést jak k učení, tak i k pracovní činnosti, a ty, u kterých to dovozoval zdravotní stav, postupně zařazovat do zaměstnání. V současné době z nich pracují čtyři, dva jako odborní a dva jako administrativní pracovníci.

Při rozdělení zkoumaných jedinců podle závažnosti poškození míchy lze uči-

nit závěr, že z 58 pourazových případů úplného přerušení míchy jsou zaměstnání pouze čtyři (viz tabulka 5). Další tři pomáhají v domácnosti a dva dosud navštěvují školu. Podobný obraz skýtají neúrazoví paraplegici — z 20 jsou zaměstnání jen dva.

Tabulka 5
Zaměstnání paraplegiků

Druh zaměstnání	Počet případů			
	pourazových přeruš. míchy		neúrazových	celkem
	úplné	částeč.		
dělníci	1	7	—	8
prac. intelig.	2	1	1	4
administr. zaměst.	1	2	1	4
celkem zaměstnáno	4	10	2	16
prac. v domácnosti	3	4	—	7
žáci	2	—	—	2
celkem	5	4	—	9
	9	14	2	25

Poněkud jiné rozvrstvení shledáváme u pourazových případů s částečným poškozením míchy těžšího rázu. Z 25 pacientů nenastoupilo po ukončení léčení zaměstnání 44 %. Dalších 40 % je v pracovním poměru a 16 % pracuje v domácnosti.

Lékařská péče o jedince s porušenou míchou dosáhla značné dokonalosti. Sociálně jsou také dobře zaopatřeni. Avšak jejich zařazení do pracovního procesu naráží na jisté potíže. Vyplynají z objektivních i subjektivních potíží pacientů a podniků, ve kterých by mohli být zaměstnání. Zřízení centra pro paraplegiky by mohlo tyto nesnáze téměř úplně odstranit.

Jako velmi významná vystupuje do popředí otázka, zda se věnují nějaké činnosti tělesně vadní s poškozenou míchou, kteří zaměstnání nejsou. Celkem není zaměstnáno ze 103 případů 78. Z nich se nezabývá žádnou činností 14 paraplegiků, u kterých lze konstatovat malý zájem o okolí i o udržování vlastního zdravotního stavu.

Tabulka 6 ukazuje přehledně různé druhy činnosti, kterým se postižení věnují. Jsou zde zastoupeny činnosti pracovní (40,5 %), kulturní (53,1 %) i rehabilitační (43 %). Z výsledků vyplývá, že kromě 19 % případů, kteří se nezabývají ničím, každý pacient se věnuje nejméně jedné činnosti, někteří všem třem základním druhům, tj. pracovní, kulturní i rehabilitační činnosti.

Tabulka 6
Činnosti nezaměstnaných

Poř. číslo	Druh činnosti	Počet případů			
		pourazových přeruš. míchy		neúrazových	celkem
		úplné	částečné		
1	kulturní činnost	30	3	9	42
2	rehabilitační činnost sportovní činnost	25 2	— —	7 —	32 2 ³⁴
3	pracovní činnost: ruční práce studium umělecká činnost výchova dětí	14 4 1 —	1 — — 2	5 4 1 —	20 8 2 2 ³³
4	nevěnují se žádné činnosti	7	6	1	14

Z tabulky však dále vyplývá, že je stále třeba výchovně působit na postižené, poněvadž dosti značný počet těch, kteří nejsou zaměstnaní, nevěnuje se všem činnostem, které významně ovlivňují jak duševní stav, tak také vznik, případně prohloubení defektivitu. 36 jedinců nesleduje kulturní dění, nezajímá se o náš kulturní život; 44 pacientů se nevěnuje rehabilitaci, přestože je to jejich prvořadý úkol, aby nenastalo zhoršení tělesného stavu a předcházející léčení nebylo zbytečné; 46 postižených se nezaměřuje vůbec na pracovní činnost, takže prožívá často pocit nespokojenosti, nudy a nepotřebnosti. Přitom je každá pracovní činnost důležitá i pro svou rehabilitační, případně i reedukační funkci.

Vzhledem k uvedeným výsledkům je třeba zaměřit se ve zvýšené míře na soustavné zaměstnání jedinců s poškozenou míchou. Je ovšem rozdíl v orientování mladistvých na zaměstnání, kteří předtím nikdy zaměstnaní nebyli, a v zařazování dospělých do pracovního procesu. Dospělí již mají vypracované a fixované pracovní návyky, takže se musíme zaměřit na jejich přepracování. Jejich přetváření je často velmi složité a vyžaduje správný přístup k nemocným, abychom u nich zajistili kladný postoj k novému zaměstnání a k přeškolení.

V profesionální orientaci osob s porušenou míchou je třeba rozlišovat a zaměřit se na tyto základní problémy:

1. profesionální informací,
2. profesionální poradenství,
3. profesionální výchovu, případně převýchovu,
4. profesionální rozmístování,
5. profesionální adaptaci.

Profesionální informace by měla komplexně informovat o povoláních, která pro

paraplegiky přicházejí v úvahu. Měla by vymezit podmínky z hlediska zdravotního, ekonomického, společenského, psychologického, pedagogického a z hlediska nároků na odbornou přípravu. V žádném případě by neměla mít jen povzbudivý nebo náborový charakter.

Profesionální poradenství by mělo užívat forem individuálního a kolektivního rozhovoru, upozorňovat na přednosti a úskalí odborné přípravy, na hygienicko-zdravotnické problémy, spojené s určitým povoláním pro paraplegiky, usměrňovat jejich životní plány a zájmy.

Nejdůležitějším úsekem se jeví *výchova k povolání*, případně převýchova. Zde bude zapotřebí úzké spolupráce všech rehabilitačních pracovníků, vychovatelů i pacienta samotného.

Rozmístování paraplegiků bude klást vysoké nároky na všechny zúčastněné složky, tj. na pracovníky rehabilitačních středisek, ústavů i škol pro tělesně vadné. Ukazuje se potřeba vytyčit základní principy rozmístování těchto osob. Zatím není možné opřít se o praxi, poněvadž je dosud málo zkušeností. Situace se zlepší zřízením centra pro paraplegiky. Zde také bude možno zavést alespoň pokusně nová zaměstnání, která se snad ukáží jako vhodnější, než některá z tradičních zaměstnání pro tělesně vadné.

Adaptace v novém povolání bude neméně důležitým obdobím jako rozmístování. Zvláště na počátku bude třeba sledovat pečlivě tyto jedince, jak se vyrovnávají s nároky a novými podmínkami, zdali byli dostatečně připraveni a zda jsou schopni bez větších nesnází vplynout do nových poměrů.

U všech těžších případů bude možno vyřešit tyto problémy uspokojivě až v plánovaném středisku, poněvadž bude třeba, aby pacient byl systematicky vychováván a veden k pracovní činnosti pod stálým dozorem lékaře, který stanoví individuálně pracovní dobu a prodloužené pracovní přestávky: např. dvě hodiny zaměstnání dopoledne, potom odpočinek a rehabilitace a opět dvě hodiny zaměstnání odpoledne.

Z á v ě r y

Výsledky prozkoumání rodinných vztahů a pracovních i rehabilitačních možností po fixaci choroby ukazuje jednoznačně potřebu zřízení centra pro jedince s poškozenou míchou. Současné životní podmínky, ve kterých většinou nemají pevně stanovený režim, ovlivňují u velké části paraplegiků prohloubení defektivity.

Většina z nich není zaměstnána. U některých by však bylo nejen možné, ale vhodné uvažovat o zaměstnání, vybrat jim odpovídající povolání a připravit je pro ně.

Zařazování vhodných případů paraplegie do zaměstnání je znesnadněno celou

řadou různých brzdivých činitelů. Jedním z nich je skutečnost, že pouřazové i neúrazové obrny, způsobené poškozením míchy, mají značný vliv na celou osobnost nemocných. Na jejich osobnost působí významně změna způsobu života, životního režimu, neurčité perspektivy do budoucna ovlivňované nemožností lokomoce, změna vztahů k výchovně vzdělávacímu procesu, k práci, ke společnosti, k rodině a k sobě samému. U většiny případů můžeme zaznamenat depresivní stavy a kolísání nálady. Vždyť jde o jedno z nejtěžších onemocnění po všech stránkách. Všechny tyto okolnosti mají vliv na vznik defektivity. Proto také postižení často nemají dost vůle přeskolit se pro jiné povolání, nebo věnovat se alespoň nějaké činnosti; vyžaduje to od nich mnoho námahy, vytrvalosti a často i sebezapření.

K tomu, aby paraplegik i quadruplegik po fixaci onemocnění pochopil, že již není pacientem, je třeba dlouhodobé výchovné práce. Z léčení by měl být propouštěn s vědomím,

1. že dosáhl dobrých úspěchů při rehabilitaci,
2. že je invalidou, který musí této okolnosti podřídit další styl svého života,
3. že je třeba, aby se i nadále věnoval procvičování své pohybové soustavy, pracovní a kulturní činnosti,
4. že se musí aktivně podílet na zachování harmonických rodinných i kladných společenských vztahů.

Poněvadž zařazení do pracovního procesu, byť i se zkrácenou pracovní dobou, přispívá k udržování duševního stavu a ovlivňuje i kladně tělesný stav, je možno považovat plánované zřízení střediska pro paraplegiky za významné výchovné opatření. Jak lze sledovat u zaměstnaných jedinců s poškozenou míchou, nepovažují se již za nemocné. Chápu, že jsou invalidy, kteří se v rámci svých možností zapojili do budovatelského úsilí naší vlasti, která jim poskytuje jak potřebnou rehabilitaci, tak i zaměstnání, takže se mohou i při své tělesné vadě harmonicky rozvíjet.

Naše úsilí bude i v budoucnu směřovat k tomu, aby se všichni postižení vyrovnali co nejlépe se svým somatickým defektem a stali se platnými členy naší společnosti.

POZNÁMKY

¹ Cenné informace o zřízení centra pro paraplegiky poskytl prof. Vladimír Novák, ředitel VÚT.

² Za poskytnutý materiál děkuji řediteli SÚR dr. M. Balzarovi, řediteli VÚT prof. dr. V. Novákovi a dr. V. Mastnému. 467—471, 660—662; Paraplegie z hlediska defektologie, Sborník prací filosofické fakulty 1961, řada B, str. 62—71.

⁴ Defektivitou rozumíme dlouhodobou poruchu vztahů ke kolektivu normálních lidí, zvláště poruchu vztahů k výchovně vzdělávacímu procesu a k práci.

⁵ Vlad. Beneš, Poranění míchy, Praha 1961, str. 124.

⁶ Naše dosavadní zkušenosti s léčením poranění míchy. Časopis lékařů českých 92, 1953, 993—1001.

⁷ Poranění míchy, Praha 1961, str. 13–16.

⁸ Vlad. Beneš, Poranění míchy, str. 13.

⁹ V. Kulendík a V. Mastný (Zkušenosti s ošetřováním míšních poranění, Rozhl. chir. 34, 1955, 431–438) uvádějí 155 paraplegiků, A. Grodan (Niektoré naše pozorovania pri liečení úrazov miechy, Rozhl. chir. 34, 1955, 493–503) 104 paraplegiky, J. Vlček, J. Vacek (Poranění páteře a míchy, II. celostátní sjezd neurologů v Karlových Varech 1958) 90 paraplegiků a J. Pernica (Léčení zlomenin páteře s poraněním míchy podle zkušenosti ostravského střediska, Rozhl. chir. 35, 1956, 659–664) 72 paraplegiků.

¹⁰ Vl. Beneš, Poranění míchy. Praha 1961, str. 117–121, 129.

¹¹ Poranění míchy, str. 15.

¹² Do reedukace zařazujeme veškerou nápravnou činnost, kterou upravujeme poruchu postiženého. Rehabilitace zahrnuje nápravu defektivit, tj. upravování porušených společenských vztahů.

PSYCHOLOGISCHE UND PÄDAGOGISCHE PROBLEMATIK DER PERSONEN MIT RÜCKENMARKSCHÄDIGUNG

Die Fürsorge für Personen mit beschädigtem Rückenmark ist in den letzten Jahren in der ganzen Welt schon sehr vollkommen. Dies ist ein Verdienst von gut ausgestatteten Gesundheitseinrichtungen und sozialen Massnahmen. In unserer Republik plant man mit einer Konzentration dieser Fälle in ein Zentrum. Es ist notwendig von ihnen möglichst viel Erfahrungen anzuhäufen, damit ihre Therapie und Rehabilitation in den Familien und im projektierten Zentrum die höchste Vollkommenheit erreichen kann. In vorliegender Arbeit wurden Angaben von ihrer annähernden Anzahl, der Altersstufen, von der Länge und dem Verlauf der Krankheit, vom Grad der Störungen auf körperlichem Gebiet, vom geistigen Zustand der Patienten, von ihren Beziehungen in der Familie, ihrer Erziehung, Bildung und der Möglichkeit ihrer Arbeitseingliederung, zusammengefasst.

Es wurde eine Klassifikation der Entwicklungsstadien der Paraplegie vorgelegt und zwar bei Fällen nach einem Unfall und bei Patienten, bei denen es zu keinem Unfall kam. Diese Stadien knüpfen aneinander an und es kommt zu Persönlichkeitsveränderungen, welche in Betracht genommen werden müssen. Dies beeinflusst auch ihre Erziehung. Die angeführte Einteilung ist deshalb auch vom didaktischen Standpunkt bedeutend. Die Verfasserin unterscheidet diese Zeitabschnitte:

I. Rückmarkschädigung nach einem Unfall:

1. Unmittelbar nach dem Unfall operierte Fälle
 - a) Die Phase nach dem Unfall und vor der Operation
 - b) Die Phase nach der Operation
 - c) Rehabilitationsphase
 - d) Fixationsphase
2. Patienten, die später operiert wurden
 - a) Die Phase nach dem Unfall
 - b) Voroperationsphase
 - c) Postoperationsphase
 - d) Rehabilitationsphase
 - e) Fixationsphase
3. Die Nichtoperierten
 - a) Phase nach dem Unfall
 - b) Rehabilitationsphase
 - c) Fixationsphase.

II. Rückenmarkschädigung nicht durch Unfall verursacht:

1. Die Operierten

- a) Graduierende Phase (meistens mit einer allmählichen Verschlechterung der Beweglichkeit)
- b) Voroperationsphase
- c) Postoperationsphase
- d) Rehabilitationsphase
- e) Fixationsphase

2. Die Nichtoperierten

- a) Graduierende Phase
- b) Rehabilitationsphase
- c) Fixationsphase.

In vorliegender Arbeit werden psychologische und pädagogische Aspekte betont, die bisher meist unterschätzt wurden, obwohl es notwendig ist, sie in Betracht zu nehmen. Die Persönlichkeitsveränderungen der Paraplegiker äussern sich in ihren Vorstellungen, ihrem Denken, ihrer Gefühls- und Willenseinstellung, veränderten Bedürfnissen, Motiven der Tätigkeit, ihren Gewohnheiten und Interessen; und dies alles beeinflusst im Verlaufe längerer Zeit manche Charaktereigenschaften der Patienten. Es wird von der Qualität des pädagogischen Einflusses abhängig sein, inwieweit sich diese psychischen Veränderungen positiv auswirken werden. Es ist deshalb notwendig, dass alle Personen des Umkreises der Patienten, auf diese richtig einwirken. Die Autorin betont die Bedeutung eines richtig organisierten Prozesses der Erziehung, Bildung und Arbeits-Beschäftigung.

Nach dem verarbeiteten Material überwiegt ausdrucksvoll die volle Unterbrechung des Rückenmarks die teilweise Beschädigung. Am häufigsten kommt es zur Rückenmarkschädigung bei Personen im Alter zwischen 17 bis 26 Jahren, wobei Männer die Frauen weit überwiegen (Siehe Darstellung Nr. 1). Mehr als 70 % dieser Fälle müssen für andere Berufe umgeschult werden. Die professionelle Orientation von Personen mit beschädigten Rückenmark zeigt sich als ein wichtiger Bestandteil der Vorbereitung zum neuen Beruf.

Aus der Analyse geht die Schlussfolgerung hervor, dass das geplante Zentrum für Paraplegiker notwendig und voll begründet ist. Es gewährt bessere Erziehungsmöglichkeiten, sich gesellschaftlich besser geltend zu machen, eine entsprechende Arbeitseingliederung und bietet bessere Möglichkeiten bei der Rehabilitation auch nach der Fixation der Krankheit. Es ermöglicht weiters ihre freie Zeit besser auszunützen, ihre bessere kulturelle Betätigung und Teilnahme am öffentlichen Leben.

Die Bemühungen aller Fachleute werden dahin gerichtet sein, damit sich alle Paraplegiker möglichst bald und gut mit ihrem körperlichen Defekt und dessen Folgen abfinden und dass sie gleichwertige Mitglieder unserer Gesellschaft werden.