Monatová, Lili

Podmínky výchovného působení na tělesně vadné

Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. I, Řada pedagogicko-psychologická. 1981, vol. 30, iss. I16, pp. [77]-101

Stable URL (handle): https://hdl.handle.net/11222.digilib/112520
Access Date: 28. 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.

MUNI ARTS Masarykova univerzita Filozofická fakulta

Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University
digilib.phil.muni.cz

SBORNÍK PRACÍ FILOZOFICKÉ FAKULTY BRNĚNSKÉ UNIVERZITY
STUDIA MINORA FACULTATIS PHILOSOPHICAE UNIVERSITATIS BRUNENSIS
I 16, 1981

LILI MONATOVÁ

PODMÍNKY VÝCHOVNÉHO PŮSOBENÍ NA TĚLESNĚ VADNÉ

ÚVOD

Úkoly vyplývající z celoživotní výchovy a z celoživotního vzdělávání zahrnují celou naši společnost, při jejichž řešení vystupuje stále více do popředí výchova a vzdělávání defektních dospělých. Vyžaduje respektovat jejich životní zkušenosti a celkový přístup k životu tak, aby se mohla, se zaměřením na jejich postižení, rozvíjet a zvyšovat jejich celková kulturní úroveň, uvědomělost a odpovědnost a aby se mohli začlenit úspěšně do společnosti zdravých lidí a do pracovního procesu.

Výraznou skupinu defektních tvoří občané s těžkými pohybovými vadami, které ovlivňují a často přímo determinují způsob jejich života. Vyžadují dlouhodobé a často dokonce trvalé individuální působení, speciální psychologický a pedagogický přístup. Jeho význam zdůrazňuje celá řada autorů a vyplývá rovněž z výsledků našeho výzkumu. Z tohoto požadavku vychází rozsáhlá *komplexní péče* o defektní, která vyžaduje interdisciplinární postup. Podílí se na něm medicína, pedagogika, psychologie, sociologie, právo i další obory.

Poukázali jsme již dříve[1] na potřebu komplexního řešení situace pohybově postižených. Zdůrazňují ji též např. Ondrej Kondáš a Imrich Török: „V moderní medicíně se uplatňuje stále více komplexní přístup k chorému. ... nevšímá si jen určité choroby u pacienta ‚X', ale věnuje pozornost celému člověku, jeho somatické i psychické stránce, celé osobnosti chorého".[2] Přiměřené a odpovídající působení na pohybově postiženého je v centru veškeré péče. Je tomu tak zejména z toho důvodu, že vývoj osobnosti jedince s pohybovým defektem je ohrožen vlivem změn v jeho osob-

[1] Lili Monatová, Paraplegie z hlediska defektologie, Sborník prací filozofické fakulty, 1961, řada B, str. 62—71; Lili Monatová, Psychologická a pedagogická problematika jedinců s poškozenou míchou, Sborník prací filozofické fakulty, 1962, B9, str. 142—144; Lili Monatová, Výchovná péče o defektní dospělé, Sborník prací filozofické fakulty, 1977—1978, I 12/13, str. 113—119.

[2] Ondrej Kondáš, Imrich Török, Psychológia v rehabilitačnej starostlivosti, Obzor, Bratislava 1965, str. 10.

nosti i vlivem podmínek prostředí v němž žije. Často dochází k takovým momentům, kdy sám sebe nesprávně hodnotí a považuje se za bezcenného člověka neschopného úspěšného výkonu.[3] Spontánní aktivita, tak typická pro normálního zdravého člověka, je u pohybově defektního snížena, případně může i úplně chybět. Záleží to na řadě faktorů, zvláště na subjektivních prožitcích souvisejících s hloubkou a závažností defektu, na příčinách jeho vzniku, zda se projevil náhle či postupně, na typu vyšší nervové činnosti, na citových procesech a zvláštnostech osobnosti postiženého. Většinou má pohybový defekt vliv na snížení jeho sebevědomí a na sebedůvěru ve vlastní síly. Je pro něho nadměrnou a dlouhodobě působící zátěží, se kterou se nedovede vyrovnat, a to působí negativně na jeho život mezi zdravými lidmi.

Je zapotřebí přistupovat k defektnímu s pohybovou vadou tak, aby se mohl se svým nedostatkem vyrovnat, začlenit se do společnosti, rozvíjet vlastní osobnostní hodnoty a morální kvality a najít pozitivní životní cíl. H. Bach v této souvislosti zdůrazňuje, že speciální výchova má „zabezpečit defektnímu porozumění ze strany prostředí a umožnit mu seberealizaci".[4]

CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÝCH POHYBOVĚ DEFEKTNÍCH

V našem výzkumu jsme sledovali dlouhodobě dospělé defektní s obrnami a amputacemi. Základními metodami byla metoda dlouhodobého pozorování, metoda rozhovoru a metoda dotazníková. Současně jsme se snažili působit výchovně na postižené. Obrny tvoří velkou skupinu vrozených a získaných defektů. V našem šetření zahrnovaly 120 případů se zasažením mozku či míchy, které vznikly u 88 osob po úrazech a u 32 osob vlivem různých chorob. Amputace byly různého druhu a stupně. Celkem jsme zařadili do hodnocení 37 případů, z nichž 26 bylo poúrazových a 11 nastalo jako důsledek onemocnění. Celkem jsme provedli analýzu u 157 pohybově defektních.

OBRNY

Traumatické obrny zahrnovaly poranění mozku a míchy. *Poranění mozku* mělo u našeho vzorku (n = 6) charakter *zhmoždění neboli kontuze mozku* a vyvolalo trvalou *hemiparézu* až *hemiplegii.* Termínem zhmoždění mozku rozumíme uzavřené poškození mozku, které vzniklo vlivem vnitřního poranění, jež vyvolává místní organické poškození mozku a mozkových plen. Je to ložiskové traumatické postižení mozku, které zasahuje nejen mozkovou kůru, ale celý mozek včetně životně důležitých center,

[3] Srovn. P. Moor, Heilpädagogische Psychologie, Band II, Pädagogische Psychologie der Entwicklungshemmungen, H. Huber, Bern 1958, str. 211; P. H. Briefs, Zur Psychologie und Pädagogik der Körperbehinderten, Benachteiligte Kinder, Freiburg 1963, str. 221—241.

[4] H. Bach, Werken unter heilpädagogischem Aspekt, Zeitschrift für Heilpädagogik, 1965, No 2, str. 64—73.

tzn. střední mozek, Varolův most a prodlouženou míchu. Hemiparéza je částečné ochrnutí levé nebo pravé poloviny těla, hemiplegie je úplné ochrnutí. Levostranná hemiparéza a hemiplegie zapříčiňuje u praváků rovněž poruchu řeči (u leváků je tomu naopak), která má charakter *afázie*. Při tomto defektu postižený řeči rozumí, avšak sám buď vůbec nemluví, nebo mluví s obtížemi různého stupně. Jak uvádí Jaroslav Kraus a Oldřich Šandera vyvíjí se za různě dlouhou dobu po úrazu asi u 10 % případů také poúrazová epilepsie.[5]

Kvantitativní poruchy vědomí trvají u kontuzí různě dlouhou dobu od několika hodin až po řadu dnů, týdnů i měsíců. Tím vzniká u pacientů řada somatických i psychických následků, které zasahují do oblasti léčebné rehabilitace, psychologie a pedagogiky. Dopravní nehodovost stále narůstá a s ní se zvyšuje i počet zraněných s nitrolebním poraněním, zejména se zhmožděním mozku s dlouhodobým bezvědomím, jež vede k poúrazovým psychickým změnám, které bývají i trvalé. Komplexní péče o zraněné s kontuzí mozku je proto mimořádně nutná.

Potřebný je rovněž výzkum jejich jednotlivých projevů a psychických stavů. Byla sledována délka poruchy vědomí a její vliv na tělesný a duševný stav nemocných. Byl zkoumán vztah mezi časovým intervalem po úrazu mozku a mezi přesností i rychlostí pohybů paže, vztah mezi délkou poruch vědomí a mezi prostorovým a časovým parametrem cílených pohybů. Tento výzkum prokázal, že narušení vztahu mezi přesností a rychlostí pohybové reakce při zasahování cíle je typické pro jedince po kontuzi mozku.[6]

Těžké a trvalé defekty zanechalo v našem vzorku *poranění míchy* (n = = 82). Ve velké většině případů byla mícha poškozena při poranění obratle páteře, u dvou postižených beze změn na skeletu páteře. Vladimír Beneš rozlišuje tři způsoby úrazu páteře, a to hyperflexi, tj. přehnané ohnutí vpřed, hyperextenzi neboli přehnané ohnutí vzad a přímý úder na páteř.[7] Poškození bez zranění páteře nastává většinou bodnutím nebo střelou.

U obrn se mohou vyskytovat různé stupně poruch. Při postižení jednoho předního kořene míchy obrna nevznikne. Teprve při postižení několika předních kořenů nastanou chabé obrny bez poruch citlivosti. Při přerušení poloviny páteřní míchy dojde ke stejnostrannému ochrnutí kosterního svalstva a druhostranné ztrátě citlivosti pro teplo, chlad a bolest. Úplné přerušení míchy zanechává trvalé ochrnutí toho kosterního svalstva a těch orgánů, které jsou inervovány míšními kořeny uloženými pod místem léze.

Celkový stav defektního a zachované pohybové schopnosti závisejí nejen na tom, zda mícha byla poškozena částečně nebo úplně. Důležitou roli má místo v němž došlo k porušení míchy. Při postižení míchy bederní a sakrální vzniká chabá paraparéza až paraplegie dolních končetin a porucha citlivosti na dolních končetinách. Je-li poškozena hrudní mícha vzniká

[5] Jaroslav Kraus, Oldřich Šandera, Postižené dítě, jeho psychologie, léčba a výchova, SPN, Praha 1964, str. 66.

[6] Jiří Sedlák, Bohuslav Janík, Milena Špačková, Vliv kontuze mozku na časový a prostorový parametr cíleného pohybu paže, Československá psychologie, ročník 22, 1978, str. 325—331

[7] Vladimír Beneš, Poranění míchy, SZN, Praha 1965, str. 21.

spastická paraparéza až paraplegie dolních končetin, porucha citlivosti při postižení segmentu Th 10 do jedné třetiny trupu, při zasažení až segmentu Th 4 do dvou třetin trupu a také vyhasnutí břišních reflexů. Při poškození dolní části krční míchy v segmentech C5—C8 dochází ke spastické paraparéze až paraplegii dolních končetin a k chabé paraparéze až paraplegii horních končetin, k poruše citlivosti na trupu, všech končetinách a k areflexii břišních reflexů. Při poškození horní části krční míchy v segmentech C1—C4 vznikne spastická kvadruparéza až kvadruplegie s poruchou citlivosti, která sahá až ke krku.[8]

Paraplegii považujeme vždy za těžké a vážné onemocnění s těžkými somatickými a typickými psychickými projevy. Poškozením míchy vznikají vážné poruchy proto, že se znemožnil přívod vzruchů z mozku k míšním nervovým buňkám; tím také nemůže pokračovat přívod vzruchů z receptorů, které jsou anatomicky a funkčně spojeny s páteřní míchou, protože jsou přerušeny vzestupné míšní dráhy do mozku. Ihned po úrazu míchy vzniká spinální neboli míšní šok, který způsobí dočasný zánik reflexů zprostředkovaných kaudálními částmi páteřní míchy pod místem zranění. Šok odezní po třech až čtyřech týdnech, vzácně až po několika měsících. Těsně po úrazu, je-li mícha přerušena úplně, vznikají těžké poruchy pohybových, animálních i vegetativních funkcí. Dochází k poruchám hybnosti a citlivosti pod místem léze. Postižené svalové partie jsou trvale ochrnuty, končetiny bezvládně visí, reflexy extenzorů se neobnoví buď vůbec, nebo jen do jisté míry po odeznění šoku, reflexy flexorů se obnovují, takže dochází k ohnutí končetin.[8]

Pro postiženého znamenají tyto obrny náhlou změnu, protože z plného zdraví se stává neočekávaně člověkem s komplikovaným defektem, který vyžaduje dlouhodobou a náročnou léčbu, prakticky trvalou rehabilitaci a aktivní spolupráci pacienta. Psychické poruchy, které vznikají při paraplegii a kvadruplegii či při paraparéze a kvadruparéze jsou měnlivé, závislé na mnoha faktorech. Jsou vždy vážné a vyžadují intenzívní psychologické a pedagogické působení.

V námi sledované skupině byly 74 osoby postiženy poúrazovou paraparézou až paraplegií a 8 osob poúrazovou kvadruparézou až kvadruplegií. K nejčastějším příčinám tohoto postižení patřily tyto úrazy: pád ze stromu, z okna, ze skály, pracovní úrazy při nárazu na páteř, při závalu, zasypání, sportovní úraz při lyžování, skoku do mělké vody při koupání, havárie při silniční dopravě, postřelení a bodnutí.

Obrny, které vznikly v souvislosti *s onemocněním mozku* byly u našeho souboru způsobeny různými faktory. Patří k nim *raná dětská mozková obrna* neboli *perinatální encefalopatie*, která vzniká před narozením dítěte, při porodu nebo brzy po něm. Původně bylo toto postižení nazýváno Littleova nemoc, podle anglického lékaře Williama Johna Littlea, který popsal jako první příznaky diparetické formy v polovině 19. století. Informace o výskytu této choroby sahají až do daleké minulosti. Ranou dět-

[8] František Karásek a kol., Učebnice fyziologie, část III, SZN, Praha 1957, str. 988; Karel Obrda, Josef Choděra, Rehabilitace nervově nemocných, Praha 1960, str. 383 až 405; Adolf Svoboda, Neurologie, SZN, Praha 1960, str. 49—50; Emil Villiger, Eugen Ludwig, Die periphere Inervation, Basel 1946, str. 139—141.

skou mozkovou obrnou trpěl např. římský císař Claudius Tiberius Nero Germanicus (10 př. n. l. — 54 n. l.), anglický král Richard III. (1452—1485), anglický básník George Gordon Byron (1788—1824).

Pro ranou dětskou mozkovou obrnu je typická nápadná tělesná neobratnost zejména v jemné motorice, nápadně nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalé vnímání a nedostatečná představivost, překotnost reakcí a impulzivnost, nápadné výkyvy nálad a výkyvy v duševní výkonnosti. Jedinci s touto poruchou vyžadují pochopení pro uvedené zvláštnosti, protože vyplývají z drobnějšího případně i rozsáhlejšího poškození mozku.

Těžší druh rané dětské mozkové obrny má čtyři formy: hypotonickou, diparetickou, hemiparetickou nebo kvadruparetickou a extrapyramidovou. Projevuje se při nich snížené nebo naopak zvýšené napětí svalstva hlavně na končetinách. Je často kombinovaná s poruchami duševního vývoje a úchylkami intelektu (asi 66 %), s poruchami řeči (přes 50 %), s poruchami chování (asi 50 %) a s epileptickými záchvaty (od 25 % do 70 %) podle formy postižení.[9] V námi sledované skupině se týkala 4 % případů (n = 5).

Závažnou skupinou byly různé druhy *mozkových zánětů* (encephalitis), které jsou nejčastěji vyvolány mikrobiálními činiteli (viry, baktériemi ap.). Původ některých encefalitid dosud není objasněn. Toto onemocnění probíhá zpravidla dvoufázově. V první fázi vnikne mikrob do krve a objevují se příznaky podobné chřipce s horečkou, bolestmi hlavy, malátností a nechutenstvím. Po několika dnech nastává pocit úlevy, dokonce i přechodného uzdravení. V druhé fázi pronikl choroboplodný činitel již do mozku. Objevují se vysoké teploty, třesy, ochrnutí končetin, mozečkové poruchy, mimovolné pohyby a poruchy mozkových nervů. Poměrně často se objevují rovněž epileptické záchvaty a různé duševní poruchy. Akutní zánět mozečku se projevuje vrávoravou chůzí. Většinou vymizí jednotlivé příznaky po odeznění nemoci. Někdy však přetrvá slabost končetin až obrna, může se též vyvinout druhotně epilepsie. U našeho vzorku (n = 12) zanechaly částečné ochrnutí končetin buď ve formě hemiparézy s výraznějším postižením horní končetiny. Ve dvou případech šlo o monoparézu horní končetiny a pouhou slabost dolní končetiny.

Další skupina defektních utrpěla *mozkovou mrtvici* (ictus apoplecticus cerebri), která vznikla *krvácením do mozku* a způsobila ochrnutí jedné poloviny těla (n = 7). Ve dvou případech nastaly i poruchy řeči, v jednom případě šlo o mozkovou příhodu, která vznikla při porodu u 21leté mladé ženy. U další mladé dívky ve věku 18 let nastala *mozková embolie*, která způsobila nedokrevnost části mozku a odumření mozkové tkáně. Po odeznění akutního stadia přetrvalo trvale postižení levé poloviny těla se slabostí dolní končetiny a těžkou parézou na končetině horní.

Komplikovaným postižením jsou stavy po *mozkových nádorech*, které zanechaly po úspěšně provedené operaci následky v pohybové oblasti. V našem šetření šlo o lehkou hemiparézu s výraznějším postižením dolní končetiny (n = 1). Operace mozku je velmi závažným zásahem do organis-

[9] Srovn. Jaroslav Kraus, Oldřich Šandera, Postižené dítě, jeho psychologie, léčba a výchova, str. 43—45; Ivan Lesný, Jan Pfeiffer, Lepší zítřek pro tělesně postižené děti, SZN, Praha 1963, str. 35—42.

mu a vyžaduje v neurichirurgii komplexní posouzení předoperačního a pooperačního stavu a soustředěné lékařské, pedagogické a psychologické působení na pacienta. Je třeba sledovat trvale jeho celkový somatický stav, dbát na to, aby postižený dodržoval po operaci zdravotní režim, zaměřovat se trvale na jeho duševní stav a dosáhnout kladné spolupráce rovněž se členy jeho rodiny.

Neméně závažné byly následky po chorobách míchy. Námi sledovaná skupina defektních onemocněla *dětskou obrnou* (poliomyelitis anterior acuta neboli Heine-Mediniova nemoc) v době, kdy ještě nebylo proti této nemoci objeveno účinné očkování (n = 6). Je to jedna z nejzákeřnějších a obávaných infekčních nemocí, protože zanechává trvalé a často velmi těžké následky. Je způsobena třemi typy odolných virů. U nás byly registrovány v letech 1939, 1943, 1948 a 1953 rozsáhlé epidemie, které se objevovaly hlavně v letních měsících.

Dětská obrna má dvě fáze: první fáze připomíná chřipkovou infekci, po níž nastává období zdánlivého uzdravení, které trvá dva až devět dní. Druhá fáze, která poté následuje, se vyznačuje horečnatým onemocněním s příznaky podráždění mozkových blan. Pacienti mají bolesti hlavy, ztuhlou šíji, jsou celkově malátní, projevuje se u nich slabost, mravenčení nebo pocity dřevěnění v končetinách. Po těchto obtížích dochází k obrnám různého druhu a různého stupně. Životu nebezpečná jsou ochrnutí dýchacích a srdečních center. Ochrnutí svalů na končetinách je následkem poškození motorických buněk na předních kořenech míšních.

Jak uvádí Ludvík Veselý považovala se dětská obrna dlouhou dobu pouze za dětskou chorobu. J. R. Paul dokonce konstatoval, že ve třetí čtvrtině minulého století napadal virus dětské obrny výlučně děti do pěti let. Od počátku 20. století docházelo postupně k posunování věkové hranice, takže v letech 1921—1925 byl ve městě Connectitut v USA věkový průměr kolem 8 let, v letech 1926—1930 téměř 20 let a v letech 1951—1953 dosáhl téměř 36 let. V roce 1957 bylo přes 35 % nemocných dětskou obrnou starších 15 let. Další neblahou zvláštností viru poliomyelitidy je fakt, že v zemích s vysokým životním standardem přibývá neustále dětí i dospělých, kteří nepřicházejí do kontaktu s virem obrny. Neprojdou proto přirozeným imunizačním procesem a jsou trvale ohroženi onemocněním touto chorobou. Proto byl také od roku 1938 do roku 1953 tak mimořádně velký výskyt nemocných ve vyspělých evropských zemích zejména ve Švédsku, Československu, Norsku, Dánsku, Švýcarsku a v USA. Snaha po objevení účinné protilátky byla obrovská.

V roce 1958[10] bylo u nás použito poprvé účinné Sabinovy vakcíny ze zeslabenými viry dětské obrny. Československo bylo prvním státem na světě, který zavedl povinné a bezplatné očkování proti dětské obrně Sabinovou vakcínou, podávanou v sirupu. Úspěch byl jednoznačný; od roku 1961 nedošlo u nás k onemocnění dětskou obrnou a výskyt nových případů poklesl na nulu.[11]

---

[10] U nás bylo uskutečněno poprvé očkování proti dětské obrně dne 15. 12. 1958 u dvou až šestiletých dětí ve čtyřech krajích naší republiky. V roce 1961 bylo již očkováno 95 % dětí ve věku od dvou měsíců do 15 let.

[11] Ludvík Veselý, Sbohem polio?, MF, Praha 1963, str. 141—157, 186—230.

AMPUTACE

Amputace končetin je velkým zásahem do života člověka. Je to umělé oddělení části těla od ostatního organismu, k němuž přistupujeme tehdy, není-li možno udržet končetinu, je-li nevyléčitelně chorá, zohavená, neupotřebitelná, zhoršuje-li svému nositeli život a snižuje-li podstatně jeho pracovní schopnost, anebo není-li možné zachovat život nemocného bez amputace.[12]

Vzhledem k tomu, že amputace je až do současnosti trvalým defektem, i když již existují úspěšné transplantace vlastní amputované končetiny, znamená pro postiženého novou nepříznivou celkovou životní situaci, se kterou se musí postupně vyrovnávat. Jistěže závisí tělesný a duševní stav především na druhu a rozsahu amputace. Významnou roli však zaujímá i dosavadní učební, studijní, pracovní a společenské zaměření a uplatnění daného jedince.

Amputace končetin můžeme rozdělit na amputace horních a dolních končetin. Někdy však dochází rovněž ke kombinovaným amputacím. Relativně nejlehčím postižením jsou *amputace prstů* na dolních nebo horních končetinách. Jde-li o jeden či dva prsty nebo pouze o jeden případně dva články prstu s výjimkou palce, není většinou amputace pro člověka zvláště citelná. Poněkud komplikovanější je pro uchopování a pro pracovní činnost amputace palce na vedoucí ruce. Zasahuje-li amputace ruky více prstů, případně i část dlaně, jsou již některé druhy zájmové a pracovní činnosti narušovány nebo přímo znemožněny. Tento stav je pro vyrovnávání se s defektem značnou komplikací. Způsob prožívání defektu záleží na osobnosti amputovaného, na typu jeho vyšší nervové činnosti a na tom jak na něho působíme, zda zvládne dosavadní činnost za změněných podmínek nebo zda mu dovedeme najít vhodnou náhradní činnost a získat ho pro ni. Nejtěžší bývá práce s hudebníky — zvláště s houslisty a klavíristy, s jemnými mechaniky, s výtvarnými umělci a návrháři.

Amputace jedné horní končetiny je pro postiženého vždycky značným psychickým zatížením. Je-li amputace nízká, sahá-li jen po zápěstí a zasáhla-li u praváka levou ruku (případně naopak), umožňuje poměrně dobré použití pahýlu a amputovaný se s ní snadněji vyrovnává.[13] Jde-li o amputaci v zápěstí vedoucí ruky, je řešení náročnější. Složitější je amputace pod loktem i když lze mechanickou rukou protézy konat různé pracovní pohyby a úkony. Nejvíce postihuje jedince amputace nad loktem, případně až v rameni.

Úkolem rehabilitačních pracovníků je, aby amputovaný zvládl co nejvíce pohybových činností zdravou rukou, byl ochoten užívat protézu a naučil se ji dobře ovládat, aby zvýšil svou celkovou pohybovou obratnost a zařadil se do života zdravých lidí.[14] Došlo-li k amputaci pravé ruky, učí se psát postižený levou rukou, nikoli protézou. U značné části dochází k socializaci na úrovni integrace, vykonávají s úspěchem své povolání,

[12] Emil Eis, František Křivánek, Ortopedie, traumatologie a ortopedická protetika, SZN, Praha, 1972, str. 333—343.

[13] Srovn. David Katz, Psychologie des Amputierten, und seiner Prothese, Beiheft zur Zeitschrift für angewandte Psychologie, č. 25, Leipzig 1921, str. 13—19.

[14] Srovn. František Picek a kol., Péče o amputované, SZN, Praha 1953, str. 88—115.

i když všichni manuálně pracující před amputací, jsou nyní nuceni se přeškolit a změnit zaměstnání, případně si zvolit jiný učební nebo studijní obor.

Pokud nastala amputace horní končetiny v dětství nebo jde o amputaci vrozenou, je úkolem rodiny i školy zabezpečit u žáka dobré školní výsledky. Uplatnění v rodině, ve škole, v zaměstnání a ve společnosti není zpravidla zvláště komplikované, pokud defekt nevyvolává u postiženého trvalou neurotizaci, depresi, samotářství, závislost na alkoholu či jiných drogách, chorobnou vztahovačnost až ztrátu osobnostních kvalit.

Jedním z nejtěžších defektů je *amputace obou horních končetin.* Amputovaný je omezen do značné míry ve své samostatnosti i sebeobsluze. Při amputacích pod lokty se stejně dlouhými pahýly se naučí poměrně snadno uchopovat dotykem obou pahýlů. Někteří dosahují takové obratnosti a zručnosti, že protézy jsou pro ně spíše kosmetickou záležitostí. Uchopování pahýly má výhodu v tom, že umožňuje využívat hmat. Došlo-li k amputaci nad lokty, je pro nezávislost postiženého při sebeobsluze nezbytné, aby měl dokonalé protézy s kvalitním uchopovacím mechanismem. Všechny běžné každodenní činnosti se musí učit zvládat protézami, jinak by byl plně závislý na pomoci jiných lidí. Některé činnosti se učí vykonávat nohou (např. otevření dveří, stisknutí vypínače) případně ústy. Tyto dovednosti si osvojují snadněji děti a mladí lidé, kdežto starší se je učí obtížněji.

Někteří amputovaní po oboustranné amputaci horních končetin jsou schopni tento těžký defekt kompenzovat. Jsou známy případy, kdy se postižený jedinec naučil psát nohama na psacím stroji, šít jehlou, párat švy žiletkou, holit se atd. Jsou to vesměs úkony, jejichž provedení vyžaduje velmi přesně koordinované pohyby, takže jde o pozoruhodné výkony.

U oboustranně amputovaných je důležité pravidelné každodenní opakování základních činností, aby postižený mohl dosáhnout s protézami potřebnou samostatnost a obratnost. Úspěšné používání protéz ovlivňuje do jisté míry délka pahýlů. Podstatná však je psychická přizpůsobivost daného jedince a jeho vůle naučit se protézy ovládat.

Amputovaní s oběma horními končetinami, kteří mají tento defekt z dětství, připravujeme na taková povolání, která budou moci v dospělosti vykonávat. Dospělé je nutno většinou buď na původním pracovišti přeřadit k jiné činnosti nebo přeškolit v jiném oboru.

Amputace jedné dolní končetiny v bérci je pro postiženého defektem, s nímž se zpravidla vyrovnává kladně, protože většinou umožňuje návrat do původního povolání i do společenského života a ve velké většině případů není narušeno rodinné soužití. *Amputace jedné dolní končetiny* nad kolenem přináší již více obtíží, protože mnozí amputovaní mají již více nesnází se zvládnutím chůze s protézou, zvláště tehdy, je-li pahýl krátký, je-li postižený starší, bojí-li se apod. Rovněž tento defekt dovoluje plné zapojení do pracovní činnosti, někdy je ovšem nutná změna zaměstnání, přeškolení, umožňuje normální uplatnění v rodině a začlenění do společnosti. Je ovšem třeba, aby pedagog a ostatní odborní pracovníci měli neustále na paměti, že v okamžiku, kdy defektní s amputací jedné dolní končetiny odloží protézu, může se přemisťovat z místa na místo jen s holemi, berlemi, nebo na vozíku, což může být zdrojem trvalé neurotizace. Někdy tento stav vadí

psychicky partnerovi, nebo některým jiným členům rodiny a tím se nesnáze znásobují.

Velmi závažným postižením je amputace *obou dolních končetin*, protože mění celý životní způsob amputovaného. Ovládání obou protéz je náročnější a s tím souvisí i tendence k pasivitě a depresi. Poměrně značná část defektních tráví většinu dne na vozíku. V našem výzkumu však byli velmi dobře pohybliví a obratní, naučili se dokonce jezdit na motorce a na kole. Šlo vesměs o mladé lidi. Ovšem ani někteří mladí nemají potřebnou odvahu a vytrvalost pro složité pohybové činnosti. Pro starší je poměrně typická značná tendence k nedostatečnému pohybu, používají protézy málo a proto také dostatečně necvičí chůzi.

Jde o složitou invaliditu, při níž záleží do značné míry na tom, v kterém věku amputace vznikla. Pokud to bylo v dětství, mládí či v počátečním období dospělosti, jsou jejich pohybové dovednosti, celková obratnost a návyk používat protézy mnohem větší než u těch, kdy nastala amputace až ke konci produktivního věku nebo ve stáří.

Tito invalidé většinou nepracují a jsou důchodci, což mnohé neuspokojuje ani tehdy, jsou-li velmi dobře finančně zabezpečeni. Někteří pracují doma jako domácí dělníci, stenotypisti, překladatelé nebo se starají o domácnost. Možnost vyrovnat se s touto těžkou tělesnou vadou závisí rovněž na přístupu nejbližších rodinných příslušníků k defektnímu a na vzájemném porozumění. Jistěže lze zmírnit tuto těžkou situaci i přizpůsobením celého vnitřního zařízení bytu. Postižený potřebuje na jedné straně maximální usnadnění svých životních podmínek, na druhé straně pevný denní režim s dostatečným zaměstnáním, aby si mohl vytvořit pocit uspokojení, nezávislosti a užitečnosti.

V našem souboru jsme zkoumali 37 amputovaných, z nichž mělo 26 poúrazové amputace končetin a 11 amputace končetin související s různými chorobami. Statistické údaje prokazují jednoznačně nárůst těžkých úrazů, které souvisejí s rozvojem civilizace, životního tempa, s rozmachem techniky a hlavně s živelným rozvojem motorismu. Těžké úrazy vyvolávají mnoho problémů u postižených i u jejich rodin a přinášejí velké škody celé společnosti. Z 26 případů *traumatických amputací* končetin se týkalo 17 amputací dolních končetin, 8 amputací horních končetin a 1 amputace horní i dolní končetiny. U dolních končetin šlo ve všech případech o amputaci jedné končetiny — 9 amputací bylo v bérci pod kolenem a 8 ve stehně nad kolenem.

U horních končetin bylo rozložení jednotlivých druhů amputací rozmanitější. Dva muži měli amputované prsty pravé ruky (jeden 2 prsty — palec a malíček, jeden 4 prsty od ukazováčku po malíček). Dva muži utrpěli amputace na obou horních končetinách (jeden pravou paži a palec a ukazováček na levé ruce, jeden obě paže nad lokty). Traumatické amputace byly u námi sledované skupiny způsobeny úrazy v *kolejové* (n = 6), i *silniční dopravě* (n = 4, tj. 10), *továrními stroji* (n = 8), *výbuchem* (n = 4), *elektrickou pilou* (n = 2), *elektrickým proudem* (n = 1) a *frakturou* (n = 1). Naše rozložení je z velké části ve shodě s údaji Františka Picka z roku 1953.[15] Na rozdíl od našeho šetření nezaznamenal amputace motorovými

[15] Srovn. František Picek a kol., Péče o amputované, str. 7.

vozidly a naopak navíc uváděl amputace zapříčiněné otevřenou tramvají bez dveří, což již dnes v osobní dopravě nepřichází v úvahu, a amputace v dolech, které jsou postupně stále méně časté. Naše výsledky odpovídají současným statistickým informacím.

Pro traumatické amputace je typické, že zraněný přechází náhle z plného zdraví do situace vážného postižení, na které nebyl předem připraven. Často se dozvídá dodatečně o tom, že mu byla amputována některá končetina. V těchto situacích záleží mimořádně na tom, jakým způsobem informujeme pacienta o úrazu, který vyžaduje velký takt a psychologický přístup. Je-li amputace provedena až po vyčkání průběhu onemocnění, je nutno nemocného na ni předem vhodně připravit. Bohuslav Janík[16] zjistil u 71 % amputovaných výraznou neurotičnost druhý až třetí den po amputaci. Vlivem komplexní terapie a adaptace postupně její příznaky ustupovaly, takže před propuštěním z nemocničního léčení byla neurotičnost výrazná už pouze u 33 % pacientů. Po propuštění stoupaly opět u postižených neurotické příznaky a pocity méněcennosti až na 62 %. Příčinou byl vliv zdravých lidí, se kterými se amputovaní začali srovnávat.

Postižení si vytvářejí konkrétnější představy a zkušenosti o vlivu svého defektu na soběstačnost, sebeobsluhu, samostatnost, na své pracovní možnosti, uplatnění ve společnosti, v rodině, v partnerských vztazích. Často se u nich projevuje nespavost, podrážděnost, pesimismus, lítostivost, pocit nejistoty, komplexy méněcennosti, sklon k pasivitě, depresivní stavy, případně i ztráta chuti k životu. U některých dochází až k sebevražedným úmyslům.

Potřebují proto dlouhodobé výchovné působení, aby se se svou pozměněnou životní situací mohli vyrovnat a najít pozitivní vztah k životu. Důležitá je aktivita, zájmová činnost, možnost pokračovat ve studiu, v povolání nebo po přeškolení v nové pracovní činnosti. Dosáhneme-li tohoto stavu, můžeme pozorovat dokonce zvýšenou aktivitu a snahu po kompenzaci defektu začleněním do vhodných činností.

Námi sledovaní amputovaní vypověděli v 65 %, že na ně amputace působila hrozně, na 15 % depresivně, 8 % bylo přímo šokováno a 12 % mělo sebevražedné úmysly. Plná třetina amputovaných se s amputací vyrovnala (39 %), další se s ní smířili (23 %), část svému stavu přivykla (15 %), někteří s ní dosud nejsou vyrovnáni (15 %) a některé daná situace stále trápí (8 %). To znamená, že obě poslední skupiny, tj. 23 % jsou svým stavem trvale neurotizovány. Pocitem izolace netrpí 58 % zkoumaných, 22 % naopak trpí tímto pocitem, u 12 % je situace střídavě proměnlivá a 8 % má rádo samotu. Z uvedeného vyplývá, že téměř polovina má nesnáze se začleňováním do společnosti. S tímto zjištěním téměř koresponduje zjištění, že 66 % mívá většinou dobrou optimistickou náladu, 19 % špatnou a 15 % někdy dobrou a jindy špatnou náladu. Z našeho šetření vyplynulo jednoznačně, že amputovaní dospělí potřebují trvalou péči, zájem a pozornost odborníků.

Amputace, které souvisejí s *různými chorobami,* působí na postižené

[16] Bohuslav Janík, Psychologické problémy v traumatologii a chirurgii in: O. Kondáš, I. Líčko a kol., Psychológia pri ošetrovaní chorých, Osveta, Bratislava 1973, str. 288.

zpravidla méně šokově a depresivně, protože doufají, že se po úspěšně provedené amputaci jejich zdravotní stav zlepší a upraví a že nebudou trpět takovými potížemi a bolestmi jako před amputací. Na rozdíl od poúrazových amputovaných, kteří jsou zdravými lidmi, mají však někteří obavy z pokračování choroby v budoucnosti.

U naší skupiny 11 amputovaných z důvodů různých chorob se týkaly 4 amputace jedné horní končetiny a 7 amputací dolních končetin, z nichž mělo 5 osob amputovanou jednu dolní končetinu nad kolenem a 2 osoby obě dolní končetiny. Příčinami amputací bylo *cévní onemocnění — choroba Bürgerova-Winiwarterova* (n = 3). Při této nemoci dochází k akutnímu zánětu žil a tepen, při kterém nastává postupující trombóza. Vyznačuje se brněním dolních končetin, pocity chladu, později bolestmi při pohybu, které brání v chůzi a nutí postiženého k odpočinku. Nakonec bývají bolesti i v klidu velmi prudké a vedou až k amputaci. Vyskytuje se vesměs u mužů hlavně středního a staršího věku, většinou silných kuřáků.

Dalším důvodem amputace byly *zhoubné nádory na končetinách* (n = 3), při nichž je amputace pro zachování života nezbytná. Amputace byla rovněž *infekčního původu* (n = 2), vznikla vlivem *tuberkulózy kostí* Kochovými bacily (n = 2) a *vrozenou amputací* (n = 1).

Ze srovnání s dalšími prameny vyplývá, že naše rozložení se blíží šetření Vladimíra Nováka, který zjistil toto pořadí všech příčin amputací: nejčastější byly úrazy (29 %), pak zhoubné nádory (23 %), cévní choroby (19 %), infekce (17 %) a vrozené vady (12 %).[17]

Shrneme-li všechny námi sledované amputované, měli dva amputované prsty na jedné ruce a deset amputovanou jednu paži, tzn., že 12 amputací se týkalo horních končetin. 24 postižených mělo amputované dolní končetiny a jeden měl amputaci na obou horních končetinách a na jedné dolní končetině.

Jak vyplývá celkově z našeho dlouhodobého pozorování i z dalších použitých metod, vyrovnala se nebo se smířila větší část námi sledovaných amputovaných se svým postižením (77 %), více než polovina (63 %) se začlenila do povolání, i když se z nich část musela přeškolit na jiné povolání (27 %). Je však závažné, že téměř polovina jsou ivalidní důchodci (41 %), kteří svůj tělesný stav poměrně těžce prožívají i když se mnozí s ním smířili a pět šestin postižených (84 %) se zabývá různými činnostmi. Je však třeba konstatovat, že jedna šestina ztratila své životní šance a životní cíle (16 %), protože amputaci příliš podlehla. Důkazem jsou invalidní jedinci se stejným defektem, kteří jsou aktivní, jsou zaměstnaní a věnují se různým zájmovým činnostem.

Aktivita má nejen význam pro znovunabytí a posilování sebevědomí amputovaného. Je rovněž důležitým předpokladem pro zachování pohybových funkcí, které nebyly poškozeny zraněním nebo chorobou, buď na původní úrovni, nebo je využít pro kompenzační funkci. Kromě toho zvyšuje činnost obratnost amputovaného a podporuje jeho psychické síly. Důležitým pedagogickým úkolem je proto především akcentování co nejpestřejších a úspěšných druhů aktivit.

---

[17] Vladimír Novák, Zásady chirurgického ošetření amputovaných; in: František Picek a kol., Péče o amputované, str. 15.

VÝSLEDKY VÝZKUMU

Získaná data jsme podrobili frekvenční a kvalitativní analýze. Zkoumaný vzorek je dostatečně rozsáhlý k tomu, aby bylo možno provést tuto analýzu a aby se pro účely srovnávání absolutní počty převedly na procenta. Data zkoumaného výběru bylo ovšem nutno vícenásobně utřídit podle různých hledisek. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách 1—17 a v grafech 1—4.

Nejdříve jsme provedli rozbor informací o pacientech s obrnami a o pacientech amputovaných z hlediska fyzického věku v době vzniku uvedených tělesných vad. Obrny jsou ve zkoumaném vzorku četnější 3,24 krát než amputace. Na jednu amputaci zde připadá 3,24 případů obrn. Věková skupina 7—26letých je zastoupena 43 %, tj. tvoří téměř polovinu zkoumaných; 7—36letí vytvářejí skupinu, která zahrnuje 62 % osob, tj. v tomto věkovém rozmezí dochází nejčastěji ke vzniku tělesné vady, přičemž ze všech obrn je tato věková skupina zastoupena 59 % a ze všech amputací 70 %. Ostatní věkové skupiny jsou méně četné. V rámci věkové skupiny 7—36letých tvoří 17—26letí nejsilněji zastoupenou podskupinu, která zahrnuje téměř třetinu (30 %) všech sledovaných případů. Uvedený údaj považujeme za velmi významný, neboť jde o jedince, kteří se teprve začleňují do pracovního procesu, do povolání, adaptují se na nové životní podmínky, vytvářejí si pracovní návyky. Právě v tomto období jsou mladí lidé velmi citliví na nepříznivé stresové vlivy, jakými bezesporu je obrna nebo amputace. V uvedeném životním období také většina mladých lidí vstupuje do manželství, zakládá rodinu, takže poměrně náhlý, ale i protrahovaný vznik tělesné vady je neobyčejně rušivým faktorem, ovlivňujícím nežádoucím směrem harmonický rozvoj osobnosti. (Viz tabulku 1.)

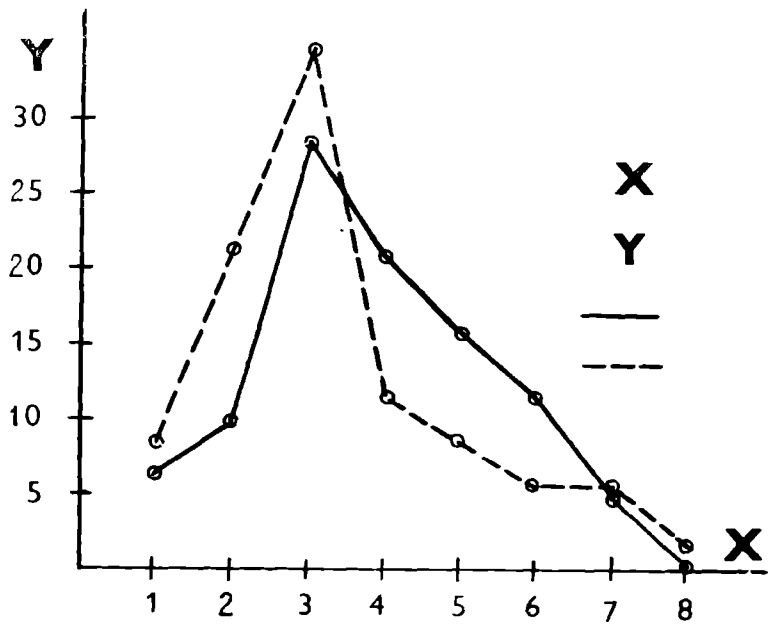
Tab. 1. *Rozložení věku při vzniku hlavních druhů tělesných vad*

Poř. čís.	Rozmezí věku	druh tělesné vady				celkem	
		obrny		amputace			
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	0—6	8	6,7	3	8,1	11	7,0
2.	7—16	12	10,0	8	21,6	20	12,7
3.	17—26	34	28,4	13	35,2	47	30,0
4.	27—36	25	20,8	5	13,5	30	19,1
5.	37—46	19	15,8	3	8,1	22	14,0
6.	47—56	15	12,5	2	5,4	17	10,8
7.	57—66	6	5,0	2	5,4	8	5,1
8.	67—76	1	0,8	1	2,7	2	1,3
Celkem		120	100,0	37	100,0	157	100,0

Legenda: fr. = frekvence = počet případů.

Podrobnější analýza údajů tab. 2 a 3 ukázala, že neúrazové případy mají u obrn i u amputovaných v jednotlivých věkových obdobích značně kolísavou frekvenci (viz graf 2 a 3), kdežto poúrazoví se ve svém průběhu blíží Gaussovu rozložení. Nepravidelný průběh obou zmíněných křivek

svědčí o tom, že je počet neúrazových pacientů u obrn i u amputovaných ovlivňován některými náhodnými faktory a že je skupina amputovaných poměrně malá. Relativní procento neúrazových obrn ve věkovém pásmu 7—36letých je poněkud menší než u poúrazových obrn (v poměru 1 : 1,16), relativní procento neúrazových amputací je také menší než u poúrazových (v poměru 1 : 1,77). Rozložení četností je graficky znázorněno pro větší přehlednost. Z grafu 1 je patrné, že se rozložení četností blíží normálnímu rozložení.



Graf č. 1
Frekvenční křivka rozložení věku při vzniku tělesné vady
Legenda: x = věk, y = frekvence v %, —— = obrny, – – – = amputace

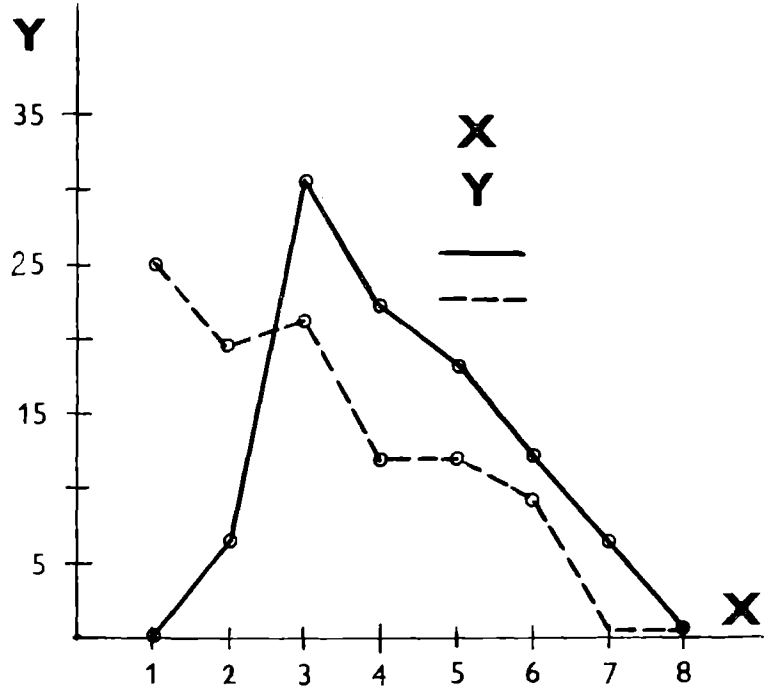
Vrchol četností je v rámci poúrazových obrn mezi 17—46 roky (zahrnuje téměř tři čtvrtiny poúrazových zkoumaných pacientů — tj. 71,7 %) a jednotlivé četnosti vytvářejí téměř Gaussovo rozložení. Neúrazové obrny z hlediska svého vzniku jsou četnější v prvních třech třídách, zahrnují 66 % a četnosti nevytvářejí normální rozložení (viz graf 2 a tabulku 2).

Obdobná analýza byla realizována u amputací. Poúrazové amputace (viz tab. 3 a graf 3) mají svůj vrchol ve 2.—4. třídě, tj. jsou nejčetnější z hlediska svého vzniku mezi 7—36 roky a zahrnují převážnou část zkoumaného výběru amputovaných (81 %).

Další hledisko se týká pohlaví pacientů (viz tabulku 4). Mezi zkoumanými převažují muži nad ženami, a to jak u úrazových obrn, tak u úrazových amputací. U těchto obrn na jednu ženu připadá 2,26 mužů, u těchto amputací na jednu ženu připadá 5,49 mužů. Provedeme-li srovnání v rámci

Tab. 2. *Analýza rozložení věku z hlediska způsobu vzniku obrny*

Poř. čís.	Rozmezí věku	poúrazová forma		neúrazová forma		celkem	
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	0–6	0	0,0	8	25,0	8	6,7
2.	7–16	6	6,8	6	18,7	12	10,0
3.	17–26	27	30,7	7	21,9	34	28,4
4.	27–36	21	23,9	4	12,5	25	20,8
5.	37–46	15	17,1	4	12,5	19	15,8
6.	47–56	12	13,6	3	9,4	15	12,5
7.	57–66	6	6,8	0	0,0	6	5,0
8.	67–76	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Celkem		88	100,0	32	100,0	120	100,0



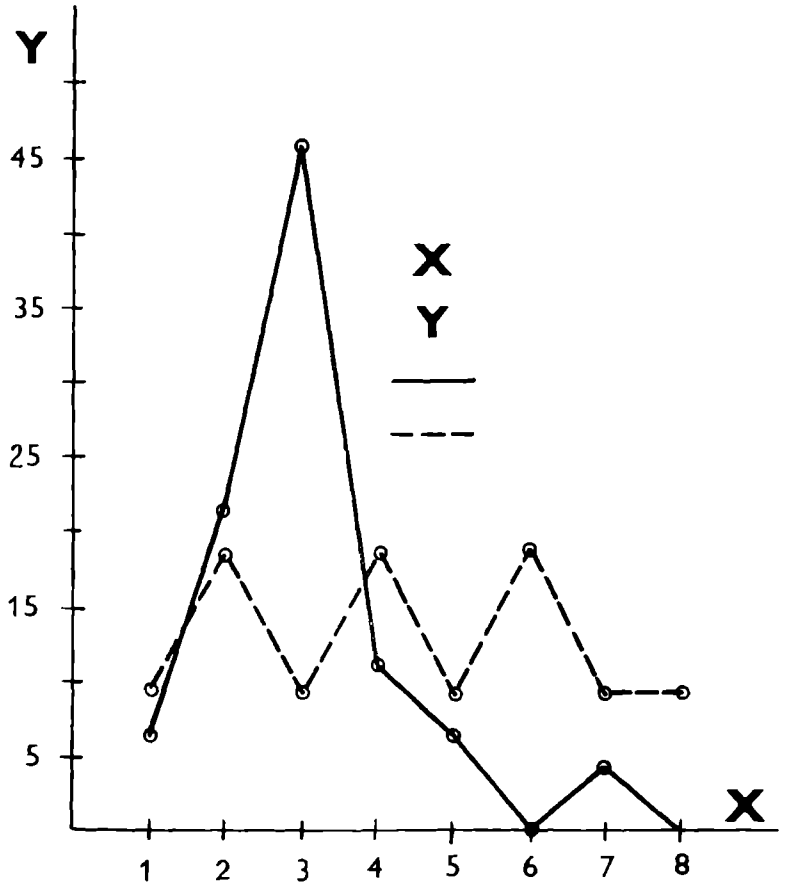
Graf č. 2
Frekvenční křivka rozložení věku z hlediska vzniku obrny
Legenda: x = věk, y = frekvence v %, —— = poúrazové případy, – – – = neúrazové případy

podskupiny mužů, pak převažují ve zkoumaném souboru úrazoví amputovaní muži nad muži stiženými poúrazovou obrnou, a to v poměru 1,22 : 1, v rámci podskupiny žen naopak převažují ženy s poúrazovými obrnami nad ženami s poúrazovými amputacemi, a to v poměru 1 : 1,99.

U neúrazových případů (viz tabulku 5) je situace obdobná. Opět převažují neúrazové případy amputovaných mužů nad neúrazovými obrnami

Tab. 3. *Analýza rozložení věku z hlediska způsobu vzniku amputace*

Poř. čís.	Rozmezí věku	poúrazová forma		neúrazová forma		celkem	
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	0– 6	2	7,7	1	9,1	3	8,1
2.	7–16	6	23,1	2	18,2	8	21,7
3.	17–26	12	46,1	1	9,1	13	35,1
4.	27–36	3	11,5	2	18,2	5	13,5
5.	37–46	2	7,7	1	9,1	3	8,1
6.	47–56	0	0,0	2	18,2	2	5,4
7.	57–66	1	3,9	1	9,1	2	5,4
8.	67–76	0	0,0	1	9,1	1	2,7
Celkem		26	100,0	11	100,0	37	100,0



Graf č. 3

Frekvenční křivka rozložení věku z hlediska vzniku amputace

Legenda: x = věk, y = frekvence v %, —— = poúrazové případy, – – – = neúrazové případy

Tab. 4. *Frekvenční analýza pohlaví u úrazových obrn a u amputací*

Poř. čís.	Pohlaví	druh tělesné vady				celkem	
		obrny		amputace			
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	muži	61	69,3	22	84,6	83	72,8
2.	ženy	27	30,7	4	15,4	31	27,2
Celkem		88	100,0	26	100,0	114	100,0

Tab. 5. *Frekvenční analýza pohlaví u neúrazových obrn a amputací*

Poř. čís.	Pohlaví	druh tělesné vady				celkem	
		obrny		amputace			
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	muži	15	46,9	8	72,7	23	53,5
2.	ženy	17	53,1	3	27,3	20	46,5
Celkem		32	100,0	11	100,0	43	100,0

Tab. 6. *Frekvenční analýza trvání tělesného postižení u poúrazových obrn a amputací*

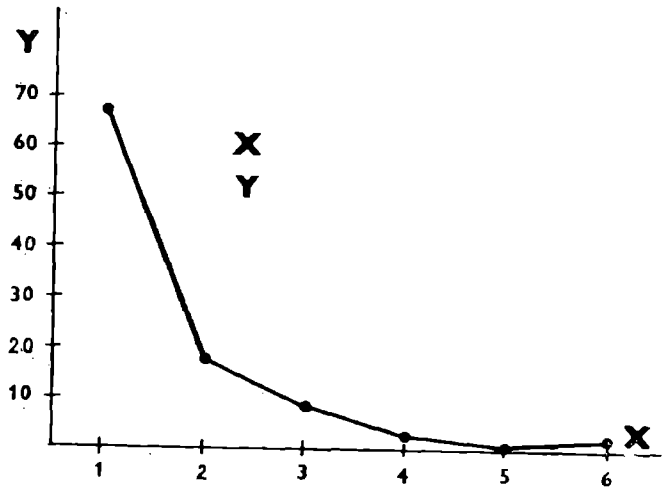
Poř. čís.	Rozsah tříd v rocích	obrny		amputace		celkem	
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	—11	73	83,0	7	29,7	80	70,5
2.	12—23	14	15,9	6	22,2	20	17,4
3.	24—35	1	1,1	9	33,3	10	8,7
4.	36—47	0	0,0	2	7,4	2	1,7
5.	48—59	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6.	60—	0	0,0	2	7,4	2	1,7
Celkem		88	100,0	26	100,0	114	100,0

Tab. 7. *Frekvenční analýza trvání tělesného postižení u neúrazových obrn a amputací*

Poř. čís.	Rozsah tříd v rocích	obrny		amputace		celkem	
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	—11	17	53,1	9	81,8	26	60,5
2.	12—23	8	25,0	0	0,0	8	18,6
3.	24—35	3	9,4	1	9,1	4	9,3
4.	36—47	2	6,3	1	9,1	3	7,0
5.	48—59	1	3,1	0	0,0	1	2,3
6.	60—	1	3,1	0	0,0	1	2,3
Celkem		32	100,0	11	100,0	43	100,0

Tab. 8. *Frekvenční analýza trvání tělesného postižení u obou skupin*

Poř. čís.	Rozsah tříd v rocích	frekvence	procenta
1.	—11	106	67,5
2.	12—23	28	17,9
3.	24—35	14	8,9
4.	36—47	5	3,2
5.	48—59	1	0,6
6.	60—	3	1,9
Celkem		157	100,0



Graf č. 4
Frekvenční křivka trvání tělesné vady
Legenda: x = věk, y = frekvence v %

mužů, a to v poměru 1,55 : 1 a ženy s neúrazovými obrnami převažují nad ženami s neúrazovými amputacemi v poměru 1 : 1,95. V tomto případě se vyskytlo více žen stižených neúrazovou obrnou než mužů (v poměru 1,13 : 1 a více mužů s neúrazovými amputacemi než žen (v poměru 2,66 : 1).

Tabulky čís. 6—8 obsahují výsledky třídění poúrazových a neúrazových pacientů s obrnami a s amputacemi a shrnutí obou skupin, které je také vyjádřeno v grafu 4 z hlediska trvání tělesné vady. Rozložení četností není normální, nýbrž blíží se rozložení Poissonovu. Průběh křivky je u poúrazových stejný jako u neúrazových pacientů, proto jsme oba druhy tělesných postižení sloučili.

Vzhledem k tomu, že téměř tři čtvrtiny postižených poúrazových tělesných vad (71 %) a více než polovina (57 %) neúrazových tělesných vad byla zkoumána do 11 let po jejich vzniku (viz tabulka 6 a 7) a že případy

delšího trvání tělesného postižení jsou méně četné, bylo třeba podrobněji analyzovat rozložení četností kratších dob trvání tělesných vad (viz tabulku 9). Z tohoto rozboru vyplývá, že téměř 13 % případů bylo zkoumáno do tří let po vzniku všech tělesných vad.

Tab. 9. *Frekvenční analýza trvání tělesného postižení obou skupin z hlediska sociální závažnosti*

Poř. čís.	Rozsah tříd v rocích	obrny		amputace		celkem	
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	— 1	4	3,3	7	18,9	11	7,0
2.	2— 3	5	4,2	4	10,8	9	5,7
3.	4— 5	37	30,8	1	2,7	38	24,2
4.	6— 7	26	21,7	0	0,0	26	16,6
5.	8—12	25	20,8	5	13,5	30	19,1
6.	13—27	16	13,2	6	16,2	22	14,0
7.	28—67	7	5,8	14	37,9	21	13,4
Celkem		120	100,0	37	100,0	157	100,0

Tyto případy považujeme z hlediska sociálního ovlivňování za nejzávažnější, neboť do tří let dochází k sociální adaptaci až integraci postižených, k ustálení jejich zdravotního stavu, ke smíření se se současným stavem. Měli jsme možnost dlouhodobě a opakovaně pozorovat a hovořit s desítkami pacientů s hemiparézami, hemiplegiemi, amputovanými, s paraplegiky a kvadruplegiky. U amputovaných jsme se setkali s daleko častějšími depresivními stavy i s myšlenkami na sebevraždu, dokonce i s ojedinělými pokusy o sebevraždu. U amputovaných byl adaptační proces na jejich tělesnou vadu časově kratší, avšak bouřlivější. U obrn je délka, po kterou se vyrovnávají se změněným tělesným stavem daleko delší a proces socializace je složitější. Vyskytovaly se ovšem výjimečně i takové případy, kdy se amputovaný smiřuje s amputací poměrně dlouhou dobu a naopak „obrnář" krátkou dobu. Z tabulky 9 je také patrné, že 41 % případů ze všech druhů vad žilo 4—7 let s touto tělesnou vadou (53 % postižených obrnami a 3 % amputovaných) do doby než prošli naším šetřením. U těchto zkoumaných se již dá očekávat, že u nich proces resocializace z větší části proběhl. Ve zkoumaném vzorku se vyskytují rovněž postižení, kteří utrpěli úraz, byli amputováni nebo byli postiženi obrnou před daleko více než 8 lety. Trvání tělesného defektu v těchto případech dosahuje 8—27 let (zahrnuje téměř jednu třetinu všech sledovaných tělesných vad, z toho 34 %, tj. více než třetinu ze všech obrn a 29 % ze všech amputovaných). Jedince s neobyčejně dlouhým časovým intervalem po vzniku tělesného postižení (28—67 let) tvoří pouze 6 % případů obrn a 38 % případů amputací. To lze vysvětlit tím, že poúrazoví amputovaní častěji přežívají než pacienti s obrnami.

Další dvě tabulky 10 a 11 podávají informace o zaměstnání před a po vzniku zkoumaných osob s tělesnými vadami. Srovnáme-li obě tabulky zjistíme, že počet příslušníků dělnické kategorie klesl, a to ze 47 % před vznikem tělesného postižení na 11 %, tj. asi na jednu čtvrtinu původního počtu. Značně vzrostl počet nezaměstnaných důchodců, což je pochopitelné.

Tab. 10. *Frekvenční analýza zaměstnání před vznikem tělesného postižení*

Poř. čís.	Kategorie zaměstnání	druh tělesné vady				celkem	
		obrny		amputace			
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	dělník v průmyslu	43	35,8	13	35,1	56	35,7
2.	dělník v zemědělství	15	12,5	2	5,4	17	10,8
3.	pracující inteligence	14	11,7	1	2,7	15	9,6
4.	pracující ve službách	4	3,3	5	13,5	9	5,7
5.	vojenský pracovník	6	5,0	0	0,0	6	3,8
6.	prac. v administr.	3	2,5	2	5,4	5	3,2
7.	vedoucí pracovník	0	0,0	2	5,4	2	1,3
8.	v domácnosti	8	6,7	1	2,7	9	5,7
9.	žák	10	8,3	7	18,9	17	10,8
10.	předškolní dítě	8	6,7	3	8,2	11	7,0
11.	učeň, student	9	7,5	1	2,7	10	6,4
	Celkem	120	100,0	37	100,0	157	100,0

Tab. 11. *Frekvenční analýza druhů současného zaměstnání postižených*

Poř. čís.	Kategorie zaměstnání	druh tělesné vady				celkem	
		obrny		amputace			
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	dělník v průmyslu	9	7,6	8	21,7	17	10,8
2.	dělník v zemědělství	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3.	pracující inteligence	7	5,8	4	10,8	11	7,0
4.	pracující ve službách	0	0,0	4	10,8	4	2,6
5.	voj. pracovník	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6.	prac. v administr.	7	5,8	1	2,7	8	5,1
7.	vedoucí pracovník	2	1,7	4	10,8	6	3,8
8.	v domácnosti	10	8,3	1	2,7	11	7,0
9.	žák	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10.	předškolní dítě	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11.	učeň, student	4	3,3	1	2,7	5	3,2
12.	nezaměstnaní důchodci	81	67,5	14	37,8	95	60,5
	Celkem	120	100,0	37	100,0	157	100,0

Tím vznikla nová, poměrně početná skupina. Poslední tři položky v tabulce 10 zahrnují téměř jednu čtvrtinu zkoumaných případů. Jejich častota výskytu podstatně poklesla ze 24 % na 3 %. U ostatních položek se projevil buď mírný pokles (např. u položky 3 v tabulce 11, dále viz také položku 4) nebo mírný vzestup (viz položky 6, 7 a 8).

U zkoumaného souboru jsme také zjišťovali zájmové aktivity. Jejich přehled ukazují tabulky 12—17. Jednotlivé frekvence výskytu zájmů jsou převedeny na procenta vždy v rámci sledované podskupiny (120 defektních s obrnami a 37 amputovaných jedinců). Každý z probantů měl možnost uvést a také uváděl více zájmových činností, takže v pěti uvedených oblastech se u občanů s obrnami vyskytlo celkem 383 aktivit a u amputovaných celkem 210 aktivit, dohromady 593 aktivit, takže na každého občana s obrnou připadají v průměru 3,2 aktivity, na každého amputova-

ného 5,7 aktivit a na každého tělesně postiženého v rámci našeho souboru v průměru 3,8 aktivit.

Tab. 12a. *Frekvenční analýza kulturních činností tělesně postižených*

Poř. čís.	druh kulturní činnosti	obrny				celkem	
		poúrazové		neúrazové			
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	sledování televize a rozhlasu	67	76,1	25	78,1	92	76,7
2.	poslech hudby a hra na nástroj	36	40,9	11	34,4	47	39,2
3.	návštěva kina	35	39,8	12	37,5	47	39,2
4.	četba	19	21,6	6	18,7	25	20,8
5.	návštěva divadel	8	9,1	6	18,7	14	11,7
6.	návštěva koncertů	5	5,7	5	15,6	10	8,3
7.	návštěva výstav	3	3,4	3	9,4	6	5,0
8.	výtvarná činnost	3	3,4	3	9,4	6	5,0
	Celkem	176	200,0	71	221,9	247	205,8

Tab. 12b. *Frekvenční analýza kulturních činností tělesně postižených*

Poř. čís.	druh kulturní činnosti	amputace				celkem		obě vady celkem	
		poúrazové		neúrazové					
		fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	sledování televize a rozhlasu	22	84,6	9	81,8	31	83,8	123	78,3
2.	poslech hudby a hra na nástroj	1	3.8	1	9,1	2	5,4	49	31,2
3.	návštěvy kina	11	42,3	1	9,1	12	32,4	59	37,6
4.	četba	18	69,2	8	72,7	26	70,3	51	32,5
5.	návštěva divadel	5	19,2	1	9,1	6	16,2	20	12,7
6.	návštěva koncertů	5	19,2	1	9,1	6	16,2	16	10,2
7.	návštěva výstav	5	19,2	1	9,1	6	16,2	12	7,6
8.	výtvarná činnost	1	3,8	1	9,1	2	5,4	8	5,1
	Celkem	68	261,5	23	209,1	91	245,9	338	215,3

Nejvíce aktivit se vyskytlo u obrn v kulturní, pak v pohybové a sportovní činnosti a pak ve společensko politické oblasti.[18] Z přehledu je patrné, že jsou poúrazové případy amputací aktivnější, tj. že uvádějí větší počet jednotlivých druhů zájmových činností než pacienti s obrnami. S jedinou výjimkou (neúrazové obrny uvádějí více zájmů než neúrazové amputace) jsou amputovaní v kulturních činnostech aktivnější. Neúrazové obrny jsou k úrazovým v počtu zájmů v poměru 1 : 1,5 ve prospěch neúrazových obrn a procento zájmů u poúrazových amputací je k neúrazovým amputacím v poměru 1 : 1,4. Lze prokázat vyšší aktivitu u poúrazových amputovaných pacientů ve všech zkoumaných zájmových oblastech nad aktivitou

[18] Vzhledem k tomu, že kulturní činnosti byly velmi četné, klasifikovali jsme je ve zveřejněných tabulkách detailněji podle poúrazových a neúrazových postižení.

poúrazových obrn (poměr je 1 : 2,2) a aktivitou neúrazových obrn nad aktivitou neúrazových amputací (poměr je 1 : 1,03). V rámci jednotlivých druhů zájmových aktivit jsou tyto aktivity dále podrobněji členěny (viz tabulky čís. 12—16).

Pohybové a sportovní činnosti tělesně postižených jsou přehledně uvedeny v tabulce 13. Tento druh zájmových aktivit je četnější podle výpovědí zkoumaných u amputovaných. Pacienti s neúrazovými obrnami uváděli více zájmů než pacienti s poúrazovými obrnami (viz tabulku 13) a poúrazoví amputovaní více zájmů než neúrazoví amputovaní.

Tab. 13. *Frekvenční analýza pohybových a sportovních činností tělesně postižených*

Poř. čís.	druh pohybové a sportovní činnosti	druh tělesné vady				celkem	
		obrny		amputace			
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	léčebná tělesná výchova	36	30,0	6	16,2	42	26,8
2.	procházky	12	10,0	13	35,1	25	15,9
3.	řízení motorového vozidla	6	5,0	11	29,7	17	10,8
4.	sportovní činnost	8	6,7	6	16,2	14	8,9
5.	turistika	4	3,3	2	5,4	6	3,8
	Celkem	66	55,0	38	102,7	104	66,2

V tabulce 14 jsou údaje zaměřeny na pracovní činnosti tělesně postižených. Také u pracovních zájmových činností jsou amputovaní daleko aktivnější než jedinci postiženi obrnou. Přitom je intenzita zájmových aktivit v této oblasti ve srovnání s aktivitami v kulturní oblasti a v pohybových i sportovních činnostech podstatně menší.

Tab. 14. *Frekvenční analýza pracovních činností tělesně postižených*

Poř. čís.	druh pracovní činnosti	druh tělesné vady				celkem	
		obrny		amputace			
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	ruční práce	29	24,2	7	18,9	36	22,9
2.	práce na zahradě a s pokojovými rostlinami	2	1,7	14	37,8	16	10,2
3.	chov drobného zvířectva	2	1,7	10	27,0	12	7,6
4.	sbírání starožitností	1	0,8	0	0,0	1	0,6
	Celkem	34	28,3	31	83,8	65	41,4

Četnost technických zájmů je ze všech zájmových oblastí u pohybově postižených nejmenší. Technické zájmy se u nich vyskytují sporadicky (viz tabulka 15).

V tabulce 16 jsou shrnuty zájmy politické, společenské a vědecké. Jsou rovněž poměrně málo četné, přičemž u amputovaných jsou opět četnější než u jedinců s obrnou, a to v poměru 1 : 4,1.

Velmi zarážející až alarmující jsou informace uvedené v tabulce 17. Podle

Tab. 15. *Frekvenční analýza technických zájmů tělesně postižených*

Poř. čís.	Druh technické činnosti	Druh tělesné vady				Celkem	
		obrny		amputace			
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	fotografování	2	1,7	2	5,4	4	2,6
2.	kutilství	1	0,8	2	5,4	3	1,9
3.	stavba a údržba chaty, domku	0	0,0	3	8,1	3	1,9
4.	modelářství	0	0,0	1	2,7	1	0,6
	Celkem	3	2,5	8	21,6	11	7,0

Tab. 16. *Frekvenční analýza činností politických, sociálních, teoretických a vědeckých u tělesně postižených*

Poř. čís.	Druh činností	Druh tělesné vady				Celkem	
		obrny		amputace			
		fr.	%	fr.	%	fr.	%
1.	činnost ve společenských organizacích	10	8,3	22	59,4	32	20,3
2.	výchova dítěte	11	9,2	10	27,0	21	13,4
3.	studium	10	8,3	8	21,6	18	11,5
4.	filatelie	1	0,8	2	5,4	3	1,9
5.	výzkum	1	0,8	0	0,0	1	0,6
	Celkem	33	27,5	42	113,5	75	47,8

nich z 88 poúrazových obrn je v zájmových oblastech a různých aktivitách zcela nebo převážně pasivních 21 jedinců, což činí 24 %, tj. více než pětinu takto postižených. Podobnou situaci jsme zaznamenali rovněž u dospělých s neúrazovými obrnami, z nichž je bez zájmových aktivit více než jedna pětina, tj. 22 %. U obou skupin obrn celkem dosahuje frekvence pasivních 23%. O něco příznivější jsou výsledky u amputovaných. U poúrazových amputací je počet neaktivních menší a činí 15%, kdežto u neúrazových amputací narůstá až na 18 %. Amputovaní v průměru dosahují 16 % bez aktivit.

Analýza aktivit přinesla řadu cenných informací, z nichž je možno vycházet v návrzích na volbu vhodných činností. Z celkového zhodnocení činností, které vykazují velkou variabilitu vyplývá několik závažných závěrů. Více než jedna pětina zkoumaných (22 %) podlehla svému defektu natolik, že jsou v podstatě pasivní, nemají žádné zájmy ani aktivity, ani se o ně nesnaží. Tím se postupně jejich psychický stav zhoršuje, jsou depresivní, mají pocit neužitečnosti, nevěnují se ani pohybové činnosti, a to se negativně odráží na jejich celkovém tělesném stavu (viz tabulka 17).

Konkrétní údaje v tabulkách 12—16 ilustrují názorně měnlivou intenzitu od téměř pasivních aktivit až po vysoce uvědomělé aktivní zájmové činnosti, jež mají u některých až charakter „koníčků". Šíře variability těchto aktivit kolísá mezi jednou pouze receptivní činností jako je např. sledování televizních programů až po patnáct různých činností, z nichž

Tab. 17. *Přehled o minimální až nulové aktivitě tělesně postižených*

Poř. čís.	obrny						amputace						celkem	
	poúraz.		neúraz.		celkem		poúraz.		neúraz.		celkem		fr.	%
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%		
1.	21	23,9	7	21,9	28	23,3	4	15,4	2	18,2	6	16,2	34	21,7

některé měly vysoký stupeň účinnosti. U zaměstnaných nejsou uvedené aktivity zcela v popředí a je jich také méně.

Celkově lze uzavřít, že je třeba při aktivizaci pohybově defektních volit individuální přístup a rozvíjet zejména ty činnosti, které se u dotyčného jedince nevyskytují, pro které má předpoklady a lze ho pro ně získat. Jim by se měla věnovat při výchově a vzdělávání dospělých zvláštní pozornost a speciální pedagogická péče, nejen v lékařských zařízeních a ve Svazu invalidů, nýbrž i v kulturních střediscích. Zde by měli být registrováni, měli by se jim věnovat odborní pedagogové a měly by být pro ně zřizovány speciální zájmové kroužky.

ZÁVĚRY

Dlouhodobým a podrobným šetřením bylo zjištěno, že u zkoumaných tělesně postižených převažuje skupina, u níž vznikl pohybový defekt mezi 17.—26. rokem jejich života, která tvoří třetinu sledovaného souboru. Muži (73 %) převažují nad ženami (27 %) v obou skupinách, tj. u obrn i u amputací. U značné části (68 %) trvalo tělesné postižení méně než 11 let. Méně než tři roky trvalo u 13 %, méně než pět let u 37 % a více než pět let u 54 % defektních. Nejvíce zájmových aktivit se týkalo kulturní oblasti, dále pak pohybové a sportovní činnosti. V těchto oblastech se jeví vyšší aktivita u poúrazových amputovaných jedinců a u neúrazových obrn.

Z provedené analýzy vyplývá, že prožívání pohybového defektu je závislé na celé řadě činitelů: na jeho závažnosti, věku v době vzniku daného defektu, dále na typu vyšší nervové činnosti, na podmínkách rodinných, sociálních, pracovních, učebních, studijních, na dosavadních zkušenostech a prožitcích, na celkovém zaměření, na důvěře ve vlastní síly a na vztahu k druhým lidem, přičemž se každý pohybový defekt promítá do celé osobnosti. Zasahuje všechny složky, postihuje člověka vcelku. Přitom je zapotřebí mít neustále na paměti, že pohybové defekty jsou většinou trvalé, jak je tomu u amputací a různých druhů paréz a plegií, které působí na postiženého řadu let. Nejtěžšími jsou amputace obou dolních či horních končetin, amputace, které zasahují dolní i horní končetiny u téhož jedince, paraplegie, kvadruplegie a hemiplegie.

Subjektivně se vyznačují psychické stavy osob s pohybovým defektem značnou labilitou a sklonem k depresivním stavům. Vyžadují velmi citlivý přístup, zapojování do společnosti a soustavné výchovné působení. V rehabilitačních ústavech se učí sebeobsluze, samostatnosti, chůzi a jsou vedeni k rozmanitým přiměřeným pracovním i zájmovým činnostem. U jedinců, kteří se zaměstnávají činnostní terapií, zjišťujeme zlepšení nálady a často i celkového zdravotního stavu. Činnost zatlačuje do pozadí negativní re-

akce na nemoc, udržuje pracovní návyky, zvedá celkovou morálku a zvyšuje také sebevědomí postižených. Činnostní terapii je ovšem nutno volit podle zájmu nemocného, aby zvolenou činnost dokončil, protože právě výsledek působí kladně na psychickou stránku. Léčba prací, zájmová aktivita má zpočátku odvést pozornost defektních od vlastních citových stavů. Později na ně působí pozitivně dokončení činnosti, realizace nějakého výtvoru, díla. Dosažené výsledky ovlivňují kladně jejich další aktivitu, chtění a snahu zabývat se určitým úkolem. Samozřejmě, že problém je zvláště komplikovaný u těch, kteří mají porušenou pohyblivost rukou, případně i paží.

V období, kdy stav je již trvalý, je třeba pečovat především o zachování harmonického rodinného prostředí a o zajištění pracovních příležitostí. Je-li možno dosáhnout těchto požadavků, nedochází většinou k výraznému narušení osobnosti, protože nenastává deformace citového a společenského života. Vyžaduje to trpělivé a nepřetržité pedagogické a psychologické působení na postiženého a na celou jeho rodinu již v době, kdy je ještě hospitalizován. Trvalé udržení příznivých podmínek lze podpořit stálým zájmem odborníků o jeho zdravotní stav, pravidelnými lékařskými kontrolami, opakovanou ústavní rehabilitací, pravidelným cvičením doma, rozvíjením a podporováním zájmů, které dovolí zaplnit vhodným způsobem volný čas a prožívat život co nejplněji. Pohybově postižený vyžaduje neustále správný přístup a příznivé výchovné vlivy, o nichž lze mluvit jen tehdy, dosáhneme-li kladných postojů a spolupráce postiženého. To závisí na jeho věku, psychické úrovni, rodinných vztazích, důvěře v lékaře, speciální pracovníky, pedagoga, psychologa, na rozsahu a hloubce defektu, na intelektu, citovém životě, průběhu volních procesů i na celé jeho osobnosti.

Je ovšem rozdíl v orientování mladistvých na povolání, kteří dosud nebyli zařazeni do pracovního procesu a v zatřiďování dospělých, kteří již mají vytvořené a fixované pracovní návyky. U některých je třeba zabývat se jejich přepracováním, přetvářením, jež je často značně složité a vyžaduje správný přístup, chceme-li u postižených zajistit kladný postoj k přeškolení a k nové profesi. Dobře se osvědčuje možnost vyzkoušet některé činnosti různého typu, které jsou přibližně stejně složité a náročné, aby bylo možno dosáhnout později toho, že si z nich defektní zvolí tu, která je mu nejbližší. Tento úkol mohou splnit zčásti rehabalitační ústavy v rámci dobře organizované léčby prací, kterou mají zařazenou do komplexního léčebného programu. Zčásti ji mohou realizovat podniky, v nichž postižení již dříve pracovali. Ti, kteří setrvávají u původní profese se přizpůsobují pouze změně svých pohybových schopností a opětně se začleňují mezi bývalé spolupracovníky. Největší výchovný problém tvoří ti, kteří již nadále nemohou pracovat a odcházejí do invalidního důchodu. Jsou citelně zasaženi ve svých pracovních a životních plánech a potřebují proto intenzívní pedagogickou a psychologickou péči a specifické postupy.

Z výsledků výzkumu je možno formulovat návrhy na konkrétní pedagogická opatření. Je třeba brát při výchovně vzdělávacím působení v úvahu věkové zvláštnosti 17 až 26letých, kteří v pohybových defektech převažují. Vzhledem k vyspělé zdravotnické a speciálně pedagogické péči o tělesně postižené u nás počítáme s dlouhodobým, mnohaletým diferencovaným ovlivňováním, kterým jim můžeme usnadnit jejich životní pod-

mínky. Je na místě rozvíjet systematicky kromě kulturních zájmů i ostatní zájmové aktivity, neboť jsou pro rozvoj osobnosti tělesně defektních velmi významné a přitom jsou u velké části podceňovány. V této souvislosti je žádoucí soustředit se při vytváření a prohlubování zájmových aktivit především na neúrazové amputované a na jedince s poúrazovými obrnami, protože právě u těchto skupin byly zjištěny nízké zájmové aktivity. Vzhledem k vysoké převaze poúrazových pohybových vad u mužů je prvořadým úkolem navrhnout a vypracovat pro ně účinná preventivní opatření.

УСЛОВИЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ НА ИНВАЛИДОВ

Всестороняя забота об инвалидах в Чехословакии предполагает существование подробной информации о том, какова возможность предложения эффективных мероприятий. Наше социалистическое государство финансирует значительные средства на инвалидов, позволяющие определить точный диагноз, осуществить действенную терапию, систематическое воспитание и ввести превентивные средства в практику.

На основе исследования 157 инвалидов возможно было установить педагогические и психические мероприятия, при помощи которых можно далее уточнить и конкретизировать существующую заботу об инвалидах и включать их в общественный процесс. Из исследования прежде всего вытекает, что необходимо в высшей степени принимать во внимание возрастные особенности 17—26 летних, которых было большинство среди инвалидов. Необходимо многолетнее воспитательное влияние, так как большинство из них живёт много лет. К весьма сильным и выразительно влиятельным факторам относится активность касающаяся интересов, особенно та, которая в нашем исследовании появлялась (культурная, подвижная и спортивная деятельность), и кроме того стремление развивать также и остальные интересы.

BEDINGUNGEN FÜR DIE ERZIEHERISCHE WIRKUNG AUF KÖRPERBEHINDERTE

Die allseitige Fürsorge für Körperbehinderte setzt eingehende Informationen voraus, um wirksame Maßnahmen treffen und realisieren zu können. Unser sozialistischer Staat wendet bedeutende finanzielle Mittel für Körperbehinderte auf, die es ermöglichen, eine genaue Diagnose festzustellen, eine wirksame Therapie und systematische Erziehung zu realisieren und preventive Maßnahmen in der Praxis zu treffen.

Mit Hilfe einer langfristigen Beobachtung, individuell geleiteter Gespräche und Fragebogen wurden Informationen von 157 Körperbehinderten Erwachsenen gesammelt, von denen 120 von Lähmungen befallen waren (davon 88 nach einem Unfall und 32 nicht aufgrund eines Unfalls) und 37 sich Amputationen von Gliedmaßen unterziehen mußten (davon 26 nach einem Unfall und 11 nicht nach einem Unfall).

Durch eine Frequenzanalyse wurde die Struktur des untersuchten Komplexes vom Standpunkt des Alters bei der Entstehung der Behinderung, vom Standpunkt der Art der Entstehung, vom Standpunkt des Geschlechts des Betroffenen, der Dauer der körperlichen Behinderung, des Typs des Berufs vor der körperlichen Behinderung und nach ihrer Entstehung und vom Standpunkt der Interessenaktivität festgelegt.

Die Auswertung der angeführten Parameter ermöglichte es, die pädagogischen und psychologischen Maßnahmen festzulegen, durch die man die bereits bestehende Fürsorge für die körperbehinderten Erwachsenen weiter präzisieren und konkretisieren kann und sie auch in die Gesellschaft eingliedern kann. Aus der Untersuchung ergab sich vor allem, daß es in erhöhtem Maß notwendig ist, die Altersbesondernheiten der 17—26 jährigen die unter den Körperbehinderten überwogen, zu berücksichtigen. Es ist eine langfristige erzieherische Wirkung notwendig, weil die meisten von ihnen viele Jahre überleben. Zu den sehr stark und markant wirkenden Faktoren gehören Interessenaktivitäten, besonders diejenigen, die bei der von uns untersuchten Gruppe zu verzeichnen waren (kulturelle und sportliche Interessentätigkeiten), wobei außerdem auch andere Interessen entwickelt werden sollten.