FAKTORY DETERMINUJÍCÍ PROCES SPOLEČENSKÉ INTEGRACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM

Factors determining the process of social integration of persons with health handicaps

Radka Prázdňá

7: 1-200, 2005
ISSN 1212-4117

Základní škola Máj II v Českých Budějovicích - speciální pedagog
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta

Summary

The article attempts to summarize facts determining the process of the social integration of persons with health handicaps. The integration is presented to the reader as a dynamic process with three principal components participating in its development. These are the social psychological and biological components, which are detailed in comprehensive works. The author tries to offer associated facts affecting the success of the whole process of the incorporation of a handicapped individual into the majority society. In the part making the reader familiar with social standpoints, principal conceptual models are presented, which can be observed in attitudes of the majority to the given minority. The second part aimed at psychological standpoints tries to provide an insight into specific features of the handicap psychology. This part is concluded by expressing the non-existence of a specific personality type of handicapped people. Biological conditioning particularly emphasizes the importance of the handicap type, of its extent and time of its origination for the subsequent development of the individual, particularly in the field of cognitive processes, skill and capability. The process of the social integration is considered as a way to achieving an optimum life quality of an individual with a health handicap.

Key words: health handicap – social integration

Souhrn

Text usiluje o předložení souvislostí, které determinují proces společenské integrace osob se zdravotním znevýhodněním. Integrace je čtenáři předkládána jako dynamický proces, na jehož vývoji se podílí tři základní složky. Jde o složku sociální, psychologickou a biologickou, které jsou podrobněji popsány v ucelených statích. Autorka usiluje o předložení souvislostí, které působí na úspěšnost celého procesu vrůstání jedince s handicapem do majority společnosti. V části, která seznamuje čtenáře se společenskými hledisky, jsou předloženy základní myšlenkové modely, jež lze zaznamenat v postojích majority vůči dané minoritě. Druhá ucelená část věnovaná psychologickým hlediskům usiluje o vhled do specifik psychologie handicapu. Tato část je uzavřena konstatováním neexistence specifického osobnostního typu osob s handicapem. Biologická podmíněnost zdůrazňuje především důležitost typu handicapu, jeho rozsah a dobu vzniku pro následný vývoj jedince, a to především v oblasti poznávacích procesů, dovedností a schopností. Proces společenské integrace je zde chápán jako cesta k dosažení optimální kvality života jedince se zdravotním postižením.

Klíčová slova zdravotní znevýhodnění – společenská integrace

ÚVOD

Proces společenské integrace osob se zdravotním znevýhodněním má být cílově zaměřen na vytváření optimálních podmínek pro rozvoj jedince s handicapem a dosažení uspokojivé kvality života. Otázka zdravotního znevýhodnění má svůj rozměr sociální, psychologický a biologický. Následující text má předložit souvislosti, které determinují stupeň kvality života jednotlivce se zdravotním handicapem.

Sociální hlediska společenské integrace

Zdravotní postižení má též svůj rozměr psycho-sociální. O rozměru personálně-individuálním a biologickém bude pojednáno později. K determinaci dané problematiky, ve společenském rozměru, uvádí Vágnerová 1995: Postoje k postiženým jsou ovlivněné nedostatečnou informovaností. Mají charakter určitého stereotypu, ve kterém je zřejmá tendence ke generalizaci. Postoje společnosti k různě handicapovaným lidem bývají

charakteristické převahou iracionální složky hodnocení a omezením racionálního přístupu. Častým důvodem takových postojů bývá především nedostatek znalostí o skutečných možnostech, či omezení těchto osob, ale často také nedostatek faktických a objektivních informací o dané problematice. Hromadné sdělovací prostředky stále častěji poskytují informace o této problematice. Fakta jsou však interpretována nepřesně, často osobami, které se v uvedené problematice neorientují. Tak dochází k celé řadě dezinformací a k předávání zkreslených faktů. Vágnerová 1995 dále uvádí: V tomto směru je významné, že laická představa o jedinci s handicapem často nebývá zcela adekvátní, a z toho vyplývají různé varianty nevhodného, nepřiměřeného chování. V postojích k lidem s handicapem je zřejmá tendence ke generalizaci, sklon vidět všechny stejně, šablonovitě a nediferencovaně. To je ovšem velký omyl, protože ani tito lidé nejsou zdaleka všichni stejní. Dalším typickým rysem laického přístupu je vázanost hodnocení pouze na zjevné projevy a ignorování podstaty, většina intaktních jedinců nesprávně uvádí do souvislostí některé zjevné skutečnosti a projevy. Často tento „první“ dojem nás ovlivňuje až příliš a stává se pro nás zdrojem ambivalentních postojů. Z těchto skutečností vyplývají často dva krajní přístupy okolí k jedinci se zdravotním postižením. Na jedné straně přeceňování jedince, které někdy vede až k přičítání abnormálních schopností, a na straně druhé jsou jedinci s postižením podceňováni, či nedoceňováni i v těch oblastech, ve kterých handicapování nejsou. V kontextu determinace procesu společenské integrace jsou postoje majority společnosti k jedincům s handicapem rozhodující. Vytvoření postojů vyplývajících z reálných zkušeností, které nejsou zkresleny rigidními představami o jedinci s handicapem a jejich životě, napomáhá k optimalizaci podmínek života.

V duchu této problematiky se objevují též odborné studie, které se zabývají tématem tzv. paradoxu zdravotního postižení. Uvedme studii Repkové 2002. Disability paradox je termín, kterým se vyjadřuje nesoulad mezi běžnými představami o životě lidí se zdravotním postižením, o jeho kvalitě ve vztahu k znevýhodňujícím podmínkám na straně jedné a samotnou reflexí těchto lidí na kvalitu vlastního života. Paradox zdravotního postižení formulovali zainteresovaní odborníci otázkou: „Jak je možné, že lidé s těžkým a přetrvávajícím zdravotním postižením uvádějí, že mají dobrou nebo dokonce vysokou kvalitu života?“, když očima vnějších pozorovatelů se zdají podmínky jejich každodenní existence nepřijatelné. Podstata postojů založených na představách, že

základem kvality života je hlavně dobré zdraví, tedy že lidé s dlouhotrvajícími až přetrvávajícími problémy nemohou prožívat kvalitní život, souvisí s medicínským modelem zdravotního postižení. Zde se problematika lokalizuje pouze na tělo. Také prostředky řešení jsou primárně medicínské. Kde končí prostředky medicínské, logicky končí možnosti kvalitního života jako takového.

V 70. a 80. letech 20. století se začaly objevovat nové tendence v oblasti sociální politiky. Objevily se snahy nechápat problematiku osob se zdravotním postižením izolovaně, nevidět problém v postižení jako takovém, ale v podmínkách jejich života. Důsledkem těchto myšlenkových paradigmat byl vznik tzv. sociálního modelu zdravotního postižení. V rámci tohoto modelu se zdravotní postižení nevnímá jako atribut individua, ale jako komplex podmínek, z nichž mnohé jsou tvořeny sociálním prostředím. Hlavní příčiny problematiky v rámci tohoto modelu se nehledají v jedinci se zdravotním postižením samotném, ale hledají se v sociálních a kulturních bariérách, které ve svých důsledcích znásobují dopady poruchy.

V současné době se obrací pozornost odborníků na formování tzv. multidimenzionálního modelu, který vychází z obou koncepcí a objevuje se pod názvem adaptovaný model zdravotního postižení. Podle tohoto modelu je podstata zdravotního postižení formována jako výraz dynamického vztahu mezi jednotlivcem s konkrétní poruchou a podmínkami jeho života s důrazem na širší sociální kulturní, politické i ekonomické prostředí. Výhodou ke zkoumání kvality života osob se zdravotním postižením má být Unikátní zkušenost každého jedince se zdravotním postižením, u kterého názory na blaho a spokojenost s vlastním životem vznikají, a to jako rovnováha mezi tělesnou, rozumovou a duševní stránkou. Podle autorů výše zmíněné studie se fenomén paradoxu zdravotního postižení buduje primárně na individuální zkušenosti konkrétního člověka, do které se promítá vzájemné působení jeho sebeobrazu, vlastního pohledu na svět, sociální kontext jeho života a sociální vztahy.

Psychologická hlediska společenské integrace

Zdravotní znevýhodnění má svou závažnost také v rozměru psychickém. Handicapem nezůstává nedotčen vývoj a osobnost jedince. Nalézt jednoznačnou odpověď na otázku, zda vliv handicapu na osobnost člověka je kladný či záporný, nelze. Hned v úvodu je potřebné zdůraznit, že v otázkách lidské psychiky, a do této oblasti osobnost člověka náleží, je nebezpečná a velmi krátkozraká každá generalizace či každý předem hotový

názor a úsudek. Je vždy nutný nový, nestigmatizující přístup bez předem vytvořených úsudků. Pouze takovýto přístup může být pomocí člověku se zdravotním postižením v procesu začleňování do společnosti. Jednotlivé typy zdravotního znevýhodnění zasahují rozmanité oblasti lidské psychiky různým způsobem. Je zřejmé, že například člověk se sluchovým handicapem bude mít své specifické problémy v oblasti komunikace, v oblasti řeči, dorozumívání, pojmového porozumění abstraktním pojmům apod. V jiné oblasti psychiky se projeví problémy osob s tělesným či mentálním handicapem, jiné skutečnosti musí kompenzovat člověk se zrakovým znevýhodněním. Z hlediska lidské psychiky je důležitým kritériem hledisko časové. Jedinec žije přítomností, která je ovlivněna významnou měrou naší předchozí skutečnosti a vzhlíží k budoucnosti, ke které zpravidla upírá své aspirace, cíle a přání. Vágnerová 2001: Postižení ve významné míře limituje budoucnost člověka jak v možných realizacích aspirací, tak i ve zhoršování vztahů či ohrožení života (progresivní onemocnění). Nevezmeme-li v úvahu tento rozměr, řada jevů u postižených nám bude nesrozumitelná. Vágnerová 2001: Postižení můžeme chápat jako náročnou životní situaci, protože dlouhodobě působí na jedince zatěžujícím vlivem, zvyšuje stres a zhoršuje jeho každodenní situaci. Způsobuje řadu konfliktů, z nichž některé jsou pro postiženého neřešitelné. Primární postižení může způsobovat sekundární poškození psychiky. Vyrovnání se z náročnou životní situací se děje pomocí celé řady psychologických mechanismů, které mají obecnou platnost. Nesouvisí tedy jednoznačně s psychikou člověka s postižením. Jde o obecně platné psychologické mechanismy. Často dochází k tomu, že majorita společnosti určité mechanismy považuje za důsledek primárního postižení. Vágnerová 2001: Proto je nutné rozlišit, co je v reakcích postiženého skutečně dáno postižením, a co je spíše důsledkem určitého způsobu, jakým se postižený se svým postižením vyrovnává. Většina způsobů řešení náročných situací je odvozena ze dvou základních postojů. Jsou to reakce, které můžeme pozorovat nejen u člověka, ale i u jiných biologických druhů. Jde o přímou agresi, řešení útokem, neboli reakci aktivní a druhý způsob je pasivní, kdy jde o únik. Je samozřejmé, že v konkrétním životě se obtížně setkáváme s jednoznačnou a vyhraněnou formou reakce a chování. Jde o nejrůznější modifikace těchto základních reakcí, které jsou v kauzální souvislosti s osobnostní strukturou. Vágnerová 2001: Existuje jistá preference daná individuálními zkušenostmi jedince s jeho temperamentem i dalšími faktory. V literatuře nacházíme toto základní rozlišení

mechanismů:

Aktivní techniky

1. agrese (brachiální i verbální), patří sem například: jízlivost, ironie, škádlení, popichování
2. identifikace – jde o jeden z mechanismů socializace, který pomáhá k růstu jedince od raného dětství
3. kompenzace – technika, která pomáhá vyrovnat deficit v jedné oblasti zvýšenou výkonností v jiné

Únikové techniky

1. rezignace – např. na dosažení cíle
2. přímý únik ze situace
3. izolace
4. racionalizace
5. regrese

K výše zmíněnému výčtu je nutné dodat, že každý z těchto mechanismů není charakteristickým rysem osobnosti jedince se zdravotním postižením. Jde o obecné psychologické mechanismy, nejde o skutečnosti, které by byly charakteristické pro psychiku osob se zdravotním postižením. Vágnerová 2001: Co je více biologicky podmíněno, mění se méně, např. temperament, co je více závislé na sociálních vlivech, je více ovlivnitelné, např. charakter. Přičemž v případě jedince s handicapem může být biologický faktor mimořádně důležitý, protože zasahuje to, co lze ovlivnit nejobtížněji. Vliv handicapu na osobnost člověka je také v závislosti na době vzniku. Jiné vlivy a dopady je možné sledovat u vrozeného handicapu a jiné u získaného. Jsou zde výrazné odlišnosti. Stručně lze říci, že do vývoje kognitivních funkcí zasahuje závažněji vrozený handicap, vždy však v korelaci s typem a stupněm postižení. vyšší náročnost akceptace a zvládnutí krizové situace představuje pro lidskou psychiku handicap získaný. Vrozený handicap mění veškeré podmínky vývoje. Má vliv na jedince zvláště v oblasti vývoje poznávacích procesů, dovedností a schopností. Získaný defekt klade na jedince velké nároky v oblasti postižené funkce a kompenzačních funkcí. Postižení působí na osobnost každého jedince zcela individuálním, jedinečným a odlišným způsobem, a to v závislosti na stupni akceptace jeho handicapu. Optimální vyrovnání je akceptace s realistickým pohledem na sebe sama a na své okolnosti. Nutná je také akceptace svých limitů a na straně druhé aktivní utváření kvality svého života a přijetí odpovědnosti za svůj život. Je nutné, aby si jedinec se zdravotním postižením mohl uvědomit, že i navzdory svému znevýhodnění primární odpovědnost za kvalitu svého života nese on sám. Takovýto postoj k handicapu je postojem, který nemá negativní vliv na psychiku

člověka, naopak vede jedince k životu ve svobodě a pravdě. Literatura však uvádí, že tento způsob zvládnutí handicapu je spíše menšinový. Vlivem dlouhodobého užívání kompenzačních mechanismů může dojít ke stylu chování a k návykům, které jsou často těžko akceptovatelné. Mechanismy pak nejsou nástrojem momentálního překonání stresu, ale stávají se trvalým rysem osobnosti. Nelze hovořit o vrozených dispozicích, jde o naučené mechanismy. V korelaci s odbornou literaturou lze závěrem k danému tématu uvést, že nelze hovořit o typickém osobnostním typu osob se zdravotním znevýhodněním.

Biologická hlediska společenské integrace

Biologické hledisko obsahuje celou řadu činitelů, které ovlivňují podstatnou mírou integrační proces. Samotný jedinec ve své biologické individualitě, ve své genotypové jedinečnosti je již sám nezanedbatelným biologickým hlediskem. Když však pomineme tuto základní biologickou dimenzi, psychickou individualitu, která byla již samostatně zmíněna, je důležitým hlediskem především:

1. typ zdravotního znevýhodnění
2. rozsah handicapu
3. doba vzniku zdravotního postižení

Tyto tři faktory je možné vytknout jako podstatná biologická hlediska společenské integrace, která musíme zahrnout do uceleného pohledu na dané téma. V defektologické a speciálně pedagogické literatuře nalézáme dělení jednotlivých typů postižení. Odlišnosti nejsou podstatného charakteru, proto lze říci, že v zásadě typy handicapu dělíme do následujících oblastí:

1. tělesný či somatický handicap
2. mentální handicap
3. smyslový handicap – u kterého dále rozlišujeme varianty:
  - zrakové postižení
  - sluchové postižení
  - zrakové a sluchové postižení
4. handicap v oblasti percepční a komunikační
5. handicap v oblasti adaptability (poruchy chování a adaptace)
6. vícečetné handicap (kombinace jednotlivých typů handicapů)
7. socio-kulturní handicap

U jednotlivých typů zdravotního postižení vždy rozlišujeme stupně rozsahu v rámci daného handicapu. V tomto obecném pohledu lze konstatovat, že ve výše zmíněných oblastech rozlišujeme stupně jednotlivých handicapů na stupeň lehký, střední a těžký. Rozsah a typ handicapu podmiňuje podstatným způsobem také úspěšnost integrační

ního procesu a též určuje podobu a specifický průběh. Každá z jednotlivých oblastí zdravotního postižení má svou charakteristickou problematiku, metody a cíle, které řeší při svých integračních aktivitách či službách. Poslední oblast (socio-kulturní znevýhodnění) jsme si uvedli pro úplnost. Jde o samostatnou kategorii, kam především řadíme jedince různých minoritních etnik, ale v důsledku negativního dopadu zdravotního postižení se mohou i jedinci somaticky či smyslově handicapovaní stát součástí socio-kulturně znevýhodněné minority. Nejpočetnější skupinou z výše uvedeného výčtu, je skupina jedinců s mentálním postižením. V tomto případě se znevýhodnění a ohraničenost objevuje především v oblasti kognitivních procesů, komunikačních a řečových dovedností. Naopak nejméně početnou skupinou je skupina se smyslovým handicapem. Zde nacházíme především znevýhodnění v komunikačním a informačním deficitu, a to především u jedinců se sluchovým handicapem. U jedinců se zrakovým postižením jsou kompenzační snahy především nasměrovány na mobilitu, která je značným způsobem komplikována vlivem ztráty zrakové kontroly. Doba vzniku handicapu má též svůj význam při vytváření správných postojů. Je nutné akceptovat toto hledisko. Vrozený, nebo raně získaný handicap výrazným způsobem ovlivňuje rozvoj a vývoj kognitivních funkcí. Podstatným způsobem ovlivňuje i zkušenost a praktické stereotypy. Můžeme však hovořit o menší psychické náročnosti, která souvisí s akceptací vrozeného postižení. V případě získaného handicapu vykazuje tato situace vysoký stupeň náročnosti, jak je popsáno v příslušné odborné literatuře. V případě vrozeného handicapu se některé motorické návyky, dovednosti či schopnosti obtížněji rozvíjejí a získávají. To však neznamená, že v konečném důsledku není možné dosahovat v ucelené rehabilitaci shodných cílů a výsledků jako u jedinců se získaným handicapem. Okolnosti biologické vykazují též svůj vliv na úspěšnost či neúspěšnost společenské integrace. Je nutné zdůraznit individuální hledisko a jedinečnost každého jedince, spojenou s důkladnou anamnestickou znalostí. Pojem úspěšnosti společenské integrace je pojmem, který vztahený vždy ke konkrétnímu jedinci bude vykazovat jiné hodnoty či parametry. Úspěšnost či neúspěšnost musíme vždy poměřovat, kromě jiného především i těmito biologickými faktory, rozsahem, typem a stupněm handicapu. Úspěšná integrace jedince s těžkým kombinovaným handicapem bude mít jinou podobu a jiný cíl než v případě jedince s lehkým smyslovým postižením.

ZÁVĚR

Proces společenské integrace osob se zdravotním znevýhodněním determinují:

1. Faktory společenské – myšlenkové modely společnosti:
  - medicínský model handicapu
  - sociální model handicapu
  - multidimenzionální model handicapu (též adaptovaný model zdravotního postižení)
2. Faktory psychologické:
  - primární zdravotní postižení může způsobovat sekundární poškození psychiky jedince.
  - akceptace náročné životní situace se děje pomocí celé řady obecně platných psychologických mechanismů
  - obecně platné mechanismy se mohou vli-

vem dlouhodobého používání stát trvalými, naučenými vzorci chování

3. Faktory biologické:
  - typ zdravotního znevýhodnění
  - rozsah handicapu
  - doba vzniku zdravotního znevýhodnění

LITERATURA

Repková, K. 2002: Paradox zdravotního postižení. Speciální pedagogika 12: 36-39.

Titl, P. 2002: Paradox zdravotního postižení. Speciální pedagogika 12: 34-35.

Vágnerová, M. 2001: Psychologie handicapu. Karolinum, Praha.

Vágnerová, M. 1995: Oftalmopsychologie. Karolinum, Praha.

Radka Prázdná
radka.machova@quick.cz