

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2017-2020

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jiřina Honzigová

**Komplexní rehabilitace osob s tělesným postižením,
kompenzační a protetické pomůcky**

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2017-2020

BACHELOR THESIS

Jiřina Honziová

**Complexrehabilitatiton of physically handicapped people,
compensation and prosthetic aids**

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Milan Fleischmann

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky

Poděkování

Děkuji Mgr. Milanovi Fleischmannovi za odborné vedení a cenné rady, které mi pomohly tuto práci zkompletovat.

Anotace

Téma této bakalářské práce je Komplexní rehabilitace osob s tělesným postižením, kompenzační a protetické pomůcky. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá problematikou tělesného postižení, komplexní rehabilitací, vzděláváním osob s tělesným postižením a kompenzačními a protetickými pomůckami. Praktická část obsahuje výzkumné šetření ve formě dotazníku pro osoby s tělesným postižením starší patnácti let žijící na území Libereckého kraje. Cílem této práce je zjistit, jaká je úroveň informovanosti respondentů o komplexní rehabilitaci, dostupných službách a kompenzačních pomůckách.

Klíčová slova

Dostupné služby, informovanost, kompenzační a protetické pomůcky, komplexní rehabilitace, tělesné postižení, vzdělání

Annotation

The topic of this Bachelor's thesis is Complex rehabilitation of physically handicapped people, compensation and prosthetic aids. The thesis is divided into a theoretical and practical parts. The theoretical part deals with physically handicapped people, complex rehabilitation of them, their education and compensation and prosthetic aids. The practical part contains explorational survey – questionnaire for physically handicapped people older than age 15 living in Liberec region. The goal of this thesis is to find out awareness of respondents about complex rehabilitation, accessible services and compensation aids.

Keywords

Accessible services, awareness, compensation and prosthetic aids, complex rehabilitation, education, physical handicap

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 PROBLEMATIKA TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ.....	9
1.1 Obrny	10
1.2 Deformace	12
2 KOMPLEXNÍ REHABILITACE OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM ..	16
2.1 Léčebná rehabilitace	16
2.2 Sociální rehabilitace.....	18
2.3 Pracovní rehabilitace.....	22
2.4 Pedagogická rehabilitace.....	24
3 VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	25
4 KOMPENZAČNÍ A PROTETICKÉ POMŮCKY	31
PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
5 EMPIRICKÝ VÝZKUM.....	35
5.1 Vymezení výzkumného cíle	36
5.2 Hypotézy	36
5.3 Výzkumný vzorek.....	36
5.4 Výzkumná metodika dotazník.....	37
5.5 Časová organizace výzkumu podle jeho fází	37
5.6 Výsledky výzkumu	38
5.7 Interpretace a diskuze výsledků.....	47
5.8 Závěry výzkumu	49
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	52
SEZNAM ZKRATEK	56
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....	57
SEZNAM PŘÍLOH	59

ÚVOD

Pro účely této bakalářské práce jsem si vybrala téma Komplexní rehabilitace osob s tělesným postižením, kompenzační a protetické pomůcky zejména proto, že se jako fyzioterapeutka denně s těmito osobami setkávám a jsem součástí jejich léčebné rehabilitace, zároveň spolupracuji s odbornými poradci, především z oblasti sociální rehabilitace. Zaujala mě myšlenka, zda a jakým způsobem funguje návaznost jednotlivých složek rehabilitace a služeb, a na jaké úrovni je informovanost veřejnosti potažmo přímo osob s tělesným postižením, a to skupiny, které se tyto informace týkají přímo. Domnívám se, že v rámci vzdělávání dětí a dospělých není této problematice věnována pozornost a většina populace nemá dostatečné znalosti, ani potřebné množství informací, ale zejména ve vzdělávání dospělých by bylo třeba se na danou problematiku zaměřit, neboť se s ohledem na stále více stárnoucí populaci naprostá většina z nás ocitne v situaci, kdy tyto věci bude muset řešit, ať už kvůli svým rodičům, prarodičům, známým či sobě samým.

Bakalářská práce je rozdělena do pěti kapitol, z nichž čtyři jsou teoretické a jedna praktická. Teoretická část je věnována problematice tělesného postižení, komplexní rehabilitaci, vzdělávání osob s tělesným postižením a kompenzačním a protetickým pomůckám. Praktická část se zabývá výzkumným šetřením, které bylo provedeno prostřednictvím dotazníku a následným zpracováním. Dotazník byl určen osobám s tělesným postižením v Libereckém kraji a jeho cílem bylo zjistit, jak již bylo zmíněno výše, jak funguje návaznost jednotlivých složek rehabilitace a souvisejících služeb a jaká je celková informovanost. V praktické části jsou graficky zpracovány a interpretovány výsledky výzkumného šetření a jeho závěr. V příloze je uveden použitý dotazník.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

Úvodní kapitola vysvětlí termíny zdravotní a tělesné postižení (dále TP). V první podkapitole se detailněji seznámíme s klasifikací a etiologií tělesného postižení.

Zdravotním postižením je míněn dlouhodobý či trvalý stav charakteristický funkční nebo orgánovou poruchou, kterou není možné lékařskou péčí odstranit, popř. významně zmírnit, a jež se promítá a ovlivňuje několik oblastí běžného fungování člověka. Zde si můžeme představit soběstačnost, práceschopnost, společenské uplatnění a další oblasti mající vliv na celkovou kvalitu života. (Michalík a kol., 2011, s. 186)

Tělesné postižení můžeme vymezit jako dlouhodobé či trvalé odlišnosti v pohybových schopnostech (omezení hybnosti až znemožnění pohybu), jež mají výrazný, popř. stálý vliv na běžné fungování člověka a negativně tak ovlivňuje mnoho oblastí života. (Gruber a Lendl, 1992 In Čadová a kol., 2012, s. 7; Michalík a kol., 2011, s. 186-187)

Tělesné postižení rozdělujeme do několika skupin podle typu, doby vzniku a místa:

a) Typ TP:

Rozlišujeme dva typy tělesného postižení, chronické a pohybové. **Chronické** nebo také dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav – jedná se o poškození či oslabení fyziologických funkcí v takovém rozsahu, že významně snižuje kvalitu života člověka, omezuje jeho výkonnost, odolnost vůči zátěži. Postupně dochází ke snižování fyzické aktivity, a tím může dojít k omezení pohybu a následně k degenerativním změnám na pohybovém aparátu. **Pohybové** (lokomoční) – *„je omezení hybnosti, až znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vývojovou vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace nebo amputací či deformací části motorického systému.“* (Michalík a kol., 2011, s. 186-7) V tomto případě dochází k trvalému snížení výkonnosti a pohyblivosti, v některých případech může jít o částečnou, ale i úplnou nepohyblivost.

b) **Doba vzniku TP** – tělesné postižení dělíme na vrozené a získané.

c) **Místo vzniku TP:**

Tělesné postižení vzniklé v oblasti mozku a míchy, tedy poškozením centrální nervové soustavy, nazýváme **obrny**, nesprávně formované různé části těla **deformace**, nevratné oddělení končetiny nebo její části od těla **amputace** a patologický nárůst částí těla **malformace**. (Pipeková et al., 2010, s. 181)

1.1 Obrny

Obrny postihují centrální a periferní nervovou soustavu, dělíme je dle rozsahu a závažnosti na **parézy** (částečné ochrnutí) a **plegie** (úplné ochrnutí).

Mozková obrna (dříve DMO)

Patří mezi postižení centrální nervové soustavy projevující se narušenou hybností, neobratností, špatně vyvinutou jemnou motorikou, neklidem a s tím spojenou zvýšenou pohyblivostí, roztěkaností, malou představivostí, nesoustředěností, impulzivními reakcemi, výkyvy nálad, vadami řeči a jejím opožděným vývojem.

Dle doby vzniku příčin rozlišujeme prenatální, perinatální a postnatální.

Prenatální – vzniká v průběhu těhotenství v důsledku infekcí, oběhových poruch matky, kdy dochází k nedostatečnému okysličování mozku plodu.

Perinatální – v průběhu porodu, zejména z důvodu nedonošenosti, přenošenosti, jako následek protahovaných porodů, asfyxie (přidušení).

Postnatální – především v důsledku prodělaných infekcí zejména do šesti měsíců věku.

DMO dále dělíme na formu **spastickou** (křečovitou) s abnormálně zvýšeným svalovým tonem a **nspastickou** se sníženým svalovým tonem až ochablostí.

- **Spastická**

- Diparetická – obrna dolních končetin, bývají poškozeny svaly stehna, bérce ad., čímž dochází k deformování dolních končetin. Chůze může být tzv. nůžkovitá, kdy se kolena třou o sebe, lidoopí s pokrčenými koleny, digitigrádní – po špičkách.
- Hemiparetická – obrna postihuje pravou nebo levou stranu těla – horní i dolní končetinu. Větší poškození se ve většině případů objevuje u horní končetiny.
- Kvadruparetická – obrna horních i dolních končetin.

- **Nspastická**

- Hypotonická – vyznačuje se velkou ochablostí svalů, zvětšeným rozsahem pohybu u velkých kloubů. Ve většině případů je doprovázena těžkým mentálním postižením. Časem mění formu na spastickou či dyskinetickou.
- Dyskinetická – charakteristické jsou mimovolní pohyby – nejčastěji pomalé, hadovité, dochází ke stáčení hlavy, provázeno grimasami. (Pipeková et al., 2010, s. 181-184; Michalík a kol., 2011, s. 197-200)

Infekční obrna

Jedná se o virové onemocnění postihující děti i dospělé, při onemocnění dochází k napadení páteřní míchy, jež přímo odpovídá za aktivaci motorického svalstva. Nemoc se zpočátku projevuje jako chřipka, později přichází horečky, svalové křeče, potíže s dechem, problémy s koordinací pohybů. Projevuje se podobně jako DMO, následky onemocnění mohou přetrvávat. (Michalík a kol., 2011, s. 200-201)

Traumatické obrny

Vznikají při úrazech poraněním mozku a míchy.

Poranění mozku rozlišujeme dle poškození lebky na uzavřená a otevřená a dle závažnosti zranění na otřes, zhmoždění a stlačení. Poranění míchy vznikají při zúžení

míšního kanálu, krvácení do míchy, při zlomeninách páteře. I u míchy se rozlišují výše zmíněné stupně otřes, zhmoždění a stlačení, nejzávažnějším poraněním je přerušení míchy. U čtvrtého stupně dochází k nevratnému poškození, kdy dochází k částečnému či úplnému ochrnutí a ke zhoršení řady fyziologických funkcí. (Michalík a kol., 2011, s. 202-204)

Roztroušená skleróza

Onemocnění centrální nervové soustavy, při němž dochází k poškozování až rozpadu obalů nervových vláken, což způsobuje poruchu přenosu vzruchů. V důsledku toho může být narušena řeč, zhoršené dýchání, chuze, rovnováhy ad. Původ roztroušené sklerózy není známý, jde o autoimunitní onemocnění, jež probíhá ve vlnách stabilizace a následných atak, které vedou ke zhoršení zdravotního stavu a v případě těžkých záchvatů k rychlému nárůstu invalidity. (Michalík a kol., 2011, s. 201)

Cévní mozková příhoda a mozková embolie

Cévní mozková příhoda (dále CMP) je způsobena krvácením do mozku, jehož následkem dochází k ochrnutí zpravidla jedné poloviny těla. V případě rozsáhlého krvácení může dojít i k úplnému ochrnutí, dále pak k poruchám projevu – artikulace, vyjadřování. Příčin CMP je celá škála od nevhodné životosprávy, přes vysoký krevní tlak k přetěžování a závislostem.

Mozková embolie může mít velmi podobné následky v podobě pohybového postižení, zde se jedná o nedokrvování části mozku a její následné odumření. (Pipeková et al., 2010, s. 186; Michalík a kol., 2011, s. 202)

1.2 Deformace

Deformace můžeme definovat jako nesprávný tvar určité části těla. Dělíme je na vrozené a získané.

Mezi vrozené patří vývojové deformity lebky, kloubů, svalů a končetin. Řadíme sem malformace, amelie nebo dysmelie končetin, chybějící dlouhé kosti, vývojové anomálie

kloubů. V důsledku přebytku či nedostatku růstového hormonu dochází ke dvojnásobné deformaci lidské postavy – proporcionální a orgánové. Patří sem:

Nanismus – hypofýza produkuje malé množství růstového hormonu, lidé postižení touto chorobou mají nápadně malý vzrůst. Nanismus má několik různých forem – disproporcionální (malý vzrůst s dlouhým trupem a velkou hlavou), hypofyzární (malý vzrůst s normálním poměrem tělesných částí), nanismus se snížením intelektu.

Akromegalie – zde hypofýza produkuje nadměrné množství růstového hormonu i po ukončení růstu dlouhých kostí, dochází ke zvětšování okrajových částí těla, jako jsou obličej, prsty, jazyk ad.

Svalové kontraktury – jedná se o zkrácení motorických svalů, kvůli kterému dochází k omezení pohybových schopností.

Vrozené skrčeninny – postihují část krční páteře a její svaly.

Dále sem řadíme **vykloubení kyčlí, rozštěpy, luxace kloubů a změny struktury kostí** („papírové“ lámavé kosti, „křivičnaté“ kosti) **a svalů** (Duchennova svalová dystrofie). (Michalík a kol., 2011, s. 205-206; Čadová a kol., 2012, s. 9)

Získané mohou vzniknout jako následek špatného držení těla. (Pipeková et al., 2010, s. 187-188) „*Jde o škálu deformit páteře a hrudníku, obratlových těl a meziobratlových plotének, současně dochází k celkově abnormální konstituci (a prohnutí) trupu a k lokálním změnám svalového tonu.*

Rozeznáváme:

Vadné držení těla s typicky pokleslými rameny, plochým hrudníkem, kulatými zády (hrbením se), odstátými lopatkami, ochablým břišním svalstvem, zvětšenou bederní lordózou apod.;

Patologickou kyfózu – zvětšené zakřivení páteře dozadu, častá je dětská kyfóza („plochá“ záda u školních dětí), kterou lze rehabilitací napravit, avšak kolem 13.–14. roku věku se může fixovat v trvalý stav

Patologickou lordózu, hyperlordózu – bederní krajina je výrazně vyklenuta dozadu a břicho je vystouplé; vzniká při oslabení zejména zádového i břišního svalstva;

Skoliózu – vychýlení páteře do stran spojené zpravidla s rotací obratlů, bývá též kombinována s kyfózou (kyfoskolióza), u skoliózy typu C jde o obloukovité vychýlení páteřem u typu S je vychýlení kompenzováno prohnutím na druhou stranu.“ (Michalík a kol., 2011, s. 206-207)

Ke špatnému držení těla a patologickým odchýlkám v zakřivení páteře dochází v důsledku svalových onemocnění a postižení kvůli změnám svalového napětí (DMO, myopatie), taktéž v období růstu, kdy páteř musí nést váhu rychle rostoucího těla. (Michalík a kol., 2011, s. 207)

Svalová atrofie a myopatie

Jde o poškození nebo také úbytek příčně pruhované svaloviny. Vzniká následkem nečinnosti, poranění, přetěžování ad. V případě, že nedojde k poškození svalových a nervových vláken, a je zachován nervosvalový přenos, je možné dojít k nápravě. Naproti tomu existují svalové změny nevratné, mezi ně můžeme zařadit progresivní svalovou dystrofii, kdy se rozpadá svalová hmota, mění se na vazivovou a tukovou tkáň, jež postupně vede ke ztrátě hybnosti.

Postihuje ramenní a pánevní pletenec. Původ myopatie není jednoznačný. (Michalík a kol., 2011, s. 207-208)

Bechtěrevova nemoc

Jedná se o zánětlivé onemocnění kloubů, postihuje zejména páteř a velké klouby jako jsou ramena a kyčle. Projevuje se bolestmi v zádech, bolestmi končetin a v nejtěžších případech dochází postupně k tuhnutí páteře, srůstu obratlů, až k jejímu úplnému ztuhnutí. (Michalík a kol., 2011, s. 208)

Další degenerativní poškození

Zánětlivé kloubní choroby – artritidy – onemocnění pojivových tkání zasahuje klouby, vede k těžkému poškození a omezení pohyblivosti.

Tuberkulóza kostí a kloubů – postiženy jsou dlouhé kosti, klouby a těla obratlů. V případě napadení horní části hrudní páteře může vzniknout hrb v důsledku sesedání obratlů.

Artrózy, osteoartrózy – jedná se o degenerativní poškození kloubů, ke kterému dochází z důvodu odvápnění kostí a poškození chrupavek, vazů, následkem čehož je narušen povrch kloubu, dochází ke zhrubění, k tvorbě kostěných výrůstků na okrajích kloubu, bolestivosti a omezení pohybu. Onemocnění postihuje zejména kolenní, kyčelní, ramenní, loketní a hlezenní klouby a také drobné kosti na ruce. Příčin onemocnění je široká škála od úrazů, přes přetěžování, genetiku až po stárnutí.

Řadíme sem také malformace, patologický vývin nejčastěji končetin a amputace, kdy dochází k odejmutí končetiny. (Michalík a kol., 2011, s. 208-210; Pipeková et al., 2010, s. 189)

2 KOMPLEXNÍ REHABILITACE OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Rehabilitace si klade za cíl zamezit vzniku zdravotního postižení, případně jej minimalizovat. V případě již vzniklého zdravotního postižení je důležité zaměřit se v rámci rehabilitace na včasné zapojení osob do všech běžných aktivit s důrazem na socializaci a pracovní začlenění.

Můžeme se také setkat s pojmem ucelená rehabilitace, stejně jako slovo komplexní zahrnuje všestrannou, včasnou rehabilitaci, kdy na sebe všechny její oblasti plynule a přirozeně navazují.

Rozlišujeme dle Koláře et al. (2009, s. 2) čtyři základní oblasti rehabilitace:

- Léčebná
- Sociální
- Pedagogická
- Pracovní.

Níže si všechny postupně představíme.

2.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace patří ke zdravotní péči a řadíme sem rehabilitační, diagnostická, terapeutická a organizační opatření, jež vedou k maximální funkční zdatnosti člověka a vytváří takové podmínky, aby jí mohlo být dosaženo. (Kolář et al., 2009, s. 2) Léčebná rehabilitace je zajišťována týmem odborníků zahrnující lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, zdravotní sestry, popř. také psychologa, protetiky, mezi nezdravotní pracovníky řadíme sociálního pracovníka a speciálního pedagoga. Dle zákona můžeme zdravotnickou péči rozdělit na ambulantní a ústavní.

Do ambulantní péče řadíme například fyzioterapeuty a domácí péči, která nabízí jak ošetřovatelskou péči, tak fyzioterapii či ergoterapii. Do ústavní péče patří rehabilitační oddělení nemocnic, rehabilitační kliniky a ústavy, popř. lázně, léčebny a sanatoria. Mezi

odborné léčebné ústavy patří taktéž rehabilitační centra, jež zajišťují návaznost léčebné rehabilitace na další složky rehabilitace. Kromě klasické rehabilitace zde probíhá i diagnostika, vyšetření psycho-senzo-motorického potenciálu, zácvik v používání kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, odborné poradenství v oblastech vzdělávací, zdravotní a sociální. (Votava a kol., 2003, s. 24-69)

Rozlišujeme následující nástroje léčebné rehabilitace:

- a) Radikální nebo-li operativní – patří sem široká škála lékařských zákroků od prolongace Achillových šlach po neurochirurgické operace.
- b) Konzervativní – léčba prostřednictvím léků.
- c) Dietetické – léčba spočívající v úpravě stravy a stravovacích návyků.
- d) Psychologická léčba – řadíme sem psychodiagnostiku a psychologickou podporu.
- e) Fyzioterapie – dochází zde k aplikaci statických a dynamických sil, které působí z vnějšku na organismus, jenž zůstává pasivní, popř. jsou výsledkem aktivní činnosti organismu či kombinací obou možností. (Dvořák, 2007, s. 12)
- f) Ergoterapie – využitím dobře zvolených běžných činností dochází k zachování a využívání schopností člověka, které vykonává v každodenním životě, ať už na denní či pracovní nebo rekreační úrovni. (Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 3)
- g) Fyzikální terapie – jedná se hlavně o pasivní procedury, kdy pomocí fyzikálních podnětů dochází k žádoucím změnám v organismu člověka. (Komačková et al., 2006, s. 12-13)
- h) Zooterapie – terapie probíhající za účasti zvířat – hipoterapie, hiporehabilitace, při níž je prostředkem kůň, canisterapie probíhá ve spolupráci se psem, ve felinoterapii je hlavním aktérem kočka.
- i) Expresivní terapie – sem můžeme zařadit techniky, které pomáhají člověku s vyjádřením pomocí různých uměleckých procesů a děl. Řadíme sem arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii, tanečně-pohybovou terapii, biblioterapii či poetoterapii. (Müller et al., 2014, s. 61-63)
- j) Psychomotorické a psychorelaxační terapie – terapie zaměřené na tělesný prožitek, patří sem např. Snoezelen, bazální stimulace aj.

2.2 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitaci můžeme dle Votavy a kol. (2003, s. 70-73) vnímat v užším a širším kontextu. Širším kontextem se rozumí veškeré dostupné služby a metody práce s jedincem se zdravotním postižením či sociálním znevýhodněním tak, aby se pokud možno předešlo sociálnímu vyčlenění. V užším kontextu pak chápeme sociální rehabilitaci tak, jak je vymezena Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a Vyhláškou č. 505/2006 Sb. Zákon definuje sociální rehabilitaci jako „*soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 70)

Sociální rehabilitace je dle zákona poskytována jako terénní, ambulantní a pobytová služba.

Sociální služby zajišťují pomoc a podporu za účelem začleňování do společnosti a předcházení sociálnímu vyloučení osob. Dělíme je na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Sociální poradenství členíme na základní, jenž je povinen poskytovat každý poskytovatel sociálních služeb, a odborné, které je poskytováno na potřeby jednotlivých skupin osob – poradny pro rodiny, pro mezilidské vztahy, pro osoby se zdravotním postižením. K odbornému sociálnímu poradenství dle zákona patří sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, poradenství při výběru a získávání kompenzačních a rehabilitačních pomůcek.

Služby sociální péče dělíme na pobytové, ambulantní a terénní, dle Zákona č. 108/2006 Sb. (§38 - §62) sem patří dále uvedené služby: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy

se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Jak je výše uvedeno, služeb existuje celá řada, my si přiblížíme pouze některé z nich. Mezi pobytové služby patří zejména domovy pro osoby se zdravotním postižením. Poskytují služby osobám, které nejsou schopné žít ve svém přirozeném prostředí a zajišťovat své každodenní životní potřeby a zároveň jejich situace není zvládnutelná za pomoci rodiny a terénních sociálních služeb. Tyto instituce jsou obvykle zřizovány státem, krajem či obcí, popřípadě jako soukromé zařízení. Dochází zde k zajišťování individuálních potřeb od ubytování přes stravování, hygienu, vzdělávací a aktivizační činnosti, po zdravotní péči a pracovní rehabilitaci či pomoc se zajištěním chodu domácnosti, vždy s ohledem na zachování maximální samostatnosti jedince. (Novosad, 2009, s. 65-66)

Dále v souvislosti s pobytovou péčí můžeme hovořit o stacionářích, které zajišťují denní nebo týdenní pobyt s cílem odlehčit pečujícím osobám a zlepšit či udržet stávající kvalitu života uživatele.

Do pobytových služeb sociální, ale také zdravotní péče, řadíme hospice zabývající se paliativní péčí pro osoby nevléčitelně nemocné v posledním stádiu nemoci nebo trpícími těžkým funkčním postižením. Cílem je především zmírnit umírajícím jejich bolesti a strádání a poskytnout jim duchovní útěchu a podporu. (Novosad, 2009, s. 67-68)

Terénní sociální služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí člověka a pomáhají mu zůstat co nejdéle samostatný a zapojený do běžného společenského života. Patří sem pečovatelská služba, jež na základě nasmlouvaných úkonů pomáhá při zajištění chodu domácnosti, stravování, sebeobsluže, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím ad. činnosti dle Zákona 108/2006 Sb. Další službou s obdobnými poskytovanými činnostmi, avšak zcela jiným fungováním, je osobní asistence. Osobní asistent, který ke klientovi dochází, kompenzuje činnosti nebo jejich části, které už uživatel nevládá vykonávat sám a omezují ho tak v životě, pomáhá klientovi naplňovat jeho osobní potřeby a přání. Osobní asistence podporuje u uživatelů co nejvyšší míru soběstačnosti, klienti sami rozhodují, s jakými činnostmi potřebují

pomoci. Jedná se zpravidla o pravidelnou opakující se spolupráci v požadovaném čase a rozsahu.

Respitní (dále RP) nebo také odlehčovací péče nabízí pečujícím osobám možnost času na odpočinek, volnočasové aktivity, vyřízení běžných záležitostí a zároveň je v tomto čase postaráno o jejich blízkého člověka, o kterého dlouhodobě pečují. Podle Novosada (2009, s. 71-72) existují čtyři modely respitní péče:

- a) RP poskytovaná doma – konečný uživatel zůstává ve svém přirozeném prostředí a asistent k němu dochází. Nechozí tak k narušení chodu rodiny.
- b) RP poskytovaná v náhradní rodině – jedná se o krátkodobou pěstounskou péči, kdy je konečný uživatel na dobu několika dní až měsíce přesunut do náhradní speciálně vyškolené rodiny.
- c) RP poskytovaná v denních stacionářích – zařízení funguje jako školka na několik hodin denně, popř. některé dny v týdnu. Konečný uživatel je v podnětném společenském prostředí.
- d) RP poskytovaná mimo domov – určeno pro osoby s těžkým postižením a dlouhodobě či nevyлéčitelně nemocné, kteří potřebují lékařskou péči. Současně funguje také v rámci pobytových služeb např. v domovech pro seniory na dobu nezbytně nutnou k odpočinku pečující osoby, tj. od několika dnů po měsíc/e – záleží na jednotlivých zařízeních, jak mají toto ošetřené ve svých pravidlech.

Podporované a chráněné bydlení je služba určená osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění, které potřebují pomoc. Služba probíhá v bytě jedince a má za cíl podporovat jej v samostatném životě ve vlastním, nájemním bytě, kdy dochází k postupnému osvojování dovedností a v případě podporovaného bydlení i k možnosti úplného osamostatnění v rámci jednoho roku. Naproti tomu v chráněném bydlení může k podpoře docházet po neomezenou dobu. (Novosad, 2009, s. 71)

Služby sociální prevence „*napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a*

oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 53)

Mezi služby sociální prevence patří následující: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

Zákon o sociálních službách definuje ranou péči jako terénní službu (může být doplněná i ambulantně), jež se poskytuje dítěti se zdravotním postižením či s nepříznivým zdravotním stavem, jenž ohrožuje jeho vývoj, a jeho rodičům od narození do sedmi let věku s cílem podpory vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby a také se zaměřuje na podporu rodiny jako takové. Práce poradce v rané péči spočívá ve zprostředkování kontaktu s odborníky, v konzultacích, v posilování rodičovských kompetencí, v sociálně-právním poradenství, při zprostředkování návazných služeb, a pak samotné práci s dítětem, kdy je využíváno různých druhů terapie – zooterapie, expresivní terapie, terapie hrou, synergické reflexní terapie, bazální stimulace, Snoezelenu ad. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 54; Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 19)

Kromě výše zmíněných sociálních služeb patří mezi nástroje sociální rehabilitace také soubor různých příspěvků a dávek. Osoby s tělesným postižením mohou být uživateli invalidního důchodu, který dělíme na tři stupně dle poklesu pracovní schopnosti – 1. stupeň o 35-49 %, 2. stupeň o 50-69 %, 3. stupeň o 70 % a více (Invalidní důchod In ČSSZ, 2020), dále pak příspěvku na péči, díky kterému mohou hradit pomoc jiné osoby se základními životními potřebami, jež už nezvládají sami. Pomoc jim může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb (osobní asistence, odlehčovací služba, pečovatelská služba ad.) aj. Výše příspěvku závisí na posouzení stupně závislosti, která se posuzuje

dle schopnosti zvládat základní životní potřeby v těchto kategoriích: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologických potřeb, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Zvládání výše uvedených potřeb posuzuje po podání žádosti o příspěvek sociální pracovník z úřadu práce provedením sociálního šetření, jeho výsledky zasílá dále k posouzení okresní správě sociálního zabezpečení, kde spolu se zdravotní dokumentací a posudkem vyšetřujícího lékaře vytvoří posudek o výši stupně závislosti. *„Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka Úřadu práce vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává a v jakém stupni závislosti či nikoliv. Proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat. Odvolání se podává prostřednictvím úřadu, který napadené rozhodnutí vydal, o odvolání pak rozhoduje MPSV.“* (Příspěvek na péči In MPSV, 2020)

Jak již bylo zmíněno, výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti, jež jsou čtyři:

1. stupeň – lehká závislost – do 18 let věku ve výši 3300 Kč, nad 18 let 880 Kč,
2. stupeň – středně těžká závislost – do 18 let věku ve výši 6600 Kč, nad 18 let 4400 Kč,
3. stupeň – těžká závislost – do 18 let věku 9900 Kč v případě pobytových služeb (sociální, dětský domov, zdravotnické lůžkové oddělení jako hospice), 13900 Kč v ostatních případech; nad 18 let ve výši 8800 Kč v případě pobytových služeb a 12800 Kč v ostatních případech,
4. stupeň – úplná závislost – do 18 let věku i nad 18 let ve výši 13200 Kč v případě pobytových služeb a 19200 Kč v ostatních případech. (Příspěvek na péči In MPSV, 2020)

2.3 Pracovní rehabilitace

Práce je pro nás všechny důležitou součástí života, stejně tak pro osoby se zdravotním postižením, ovšem častokrát pro ně bývá mnohem obtížnější si práci najít a udržet než pro intaktní jedince. Pracovní rehabilitace si klade za cíl odstranit možné překážky a podpořit zaměstnanost osob se zdravotním postižením. Překážkou dle

Kantora a Jurkovičové (2013, s. 56) může být nedostatečná připravenost okolí – rodiny, zaměstnavatelů, úřadů, nebo jich samých, a to v rozsahu jejich schopností a dovedností. Negativní dopad na pracovní proces mohou mít architektonické bariéry, neupravené pracovní prostředí, absence asistenta, ale také nižší produktivita, popřípadě předsudky vytvořené ve spojitosti s nemocí.

Pracovní rehabilitaci zajišťuje na základě žádosti jedince, jenž má uznanou invaliditu I. – III. stupně úřad práce. Samotnému zařazení na pracovní místo může předcházet rekvalifikace jedince. Do pracovní rehabilitace řadíme dle Michalíka a kol. (2011, s. 75) tyto činnosti:

- poradenská činnost,
- volba zaměstnání,
- teoretická a praktická příprava,
- zprostředkování, udržení a změna zaměstnání,
- změna povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

„Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.“ (Pracovní rehabilitace In Zákon č. 435/2004 Sb., § 69)

V případě zájmu o pracovní rehabilitaci podá osoba se zdravotním postižením žádost na úřad práce (dále ÚP), který svolá odbornou pracovní skupinu, kde je žádost posouzena a je vydáno doporučení, zda danou osobu do pracovní rehabilitace zahrnout či nikoliv. Pověřený pracovník na ÚP sestaví individuální plán pracovní rehabilitace dle zdravotních možností, schopností a kvalifikace žadatele.

V rámci pracovní rehabilitace dochází k teoretické a praktické přípravě pro zaměstnání, řadíme sem činnosti jako je příprava na budoucí povolání, příprava k práci a rekvalifikační kurzy.

Příprava k práci trvá nejdéle dva roky a probíhá na pracovišti zaměstnavatele individuálně přizpůsobeném osobě s postižením, na chráněném pracovním místě, popř. ve vzdělávacím zařízení. Po absolvování přípravy získává osoba potvrzení ve formě osvědčení. Zaměstnavatel může po domluvě s ÚP zřídit chráněné pracovní místo určené přímo osobě se zdravotním postižením. Za zřízení takového místa získává zaměstnavatel příspěvek, vše je však podmíněno zřízením místa alespoň po dobu tří let. (Zákon č. 435/2004 Sb., § 71-75)

2.4 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace jako jediná z uvedených není definována zákonem, dle Kantora a Jurkovičové (2013, s. 50-51) však koresponduje se speciálně pedagogickým pojetím vzdělávání osob se zdravotním postižením, klade si za cíl pomocí pedagogických prostředků vychovávat, vzdělávat a rozvíjet osobnost žáka. Kromě vlastního vzdělávání sem řadíme i mimoškolní a volnočasové aktivity. Všechny činnosti by měly vést k co největší samostatnosti jedince a jeho nezávislosti. Pedagogická rehabilitace v současnosti probíhá především ve školských zařízeních v rámci vzdělávání, které si v následující kapitole více přiblížíme.

3 VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Vzděláváním a výchovou osob s tělesným postižením se zabývá speciálně pedagogický obor somatopedie a Zákon 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, dále pak Vyhláška 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných a Vyhláška 197/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. (Michalík a kol., 2011, s. 227-228; Vítková In Pipeková et al., 2010, s. 179)

Existuje několik forem možného vzdělávání, speciální vzdělávání probíhá jako individuální nebo skupinové integrace, vzdělávání ve speciální škole či jejich kombinaci, dále pak individuální vzdělávání u žáků prvního stupně.

Vzdělávání je dle Zákona č. 561/2004 Sb. realizováno v mateřské škole, základní škole, střední škole, konzervatoři, vyšší odborné škole, základní umělecké škole a jazykové škole. Do školských zařízení řadíme školská zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, školská poradenská zařízení, školská zařízení pro zájmové a další vzdělávání, školská účelová zařízení, výchovná a ubytovací zařízení, zařízení školního stravování a školská zařízení pro výkon ústavní výchovy, ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči. V souvislosti se vzděláváním učitelé spolupracují s poradenskými zařízeními, zejména s pedagogicko-psychologickými poradnami a speciálněpedagogickými centry.

Pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jsou vyhláškou 27/2016 Sb. určena podpůrná opatření, která jim mají pomoci s ulehčením vzdělávacího procesu, patří sem: sestavení individuálního vzdělávacího plánu, využívání speciálních metod, forem a prostředků, využívání kompenzačních, rehabilitačních a speciálních učebních pomůcek, používání speciálních učebnic a výukových materiálů, služby asistenta pedagoga nebo osobního asistenta, úprava organizace vzdělávání ad.

Školy přímo určené žákům s tělesným postižením můžeme stejně jako běžné rozdělit dle věku:

- MŠ pro tělesně postižené,

- ZŠ pro tělesně postižené,
- ZŠ praktická a speciální pro tělesně postižené,
- Gymnázia pro tělesně postižené, obchodní akademie pro tělesně postižené a praktické školy pro tělesně postižené

Zcela přirozeně v posledních letech převládá tendence vzdělávání osob s tělesným postižením v běžných školách. Záleží na vlastním rozhodnutí rodičů, potažmo pak dítěte, zda vzdělávání bude probíhat v běžné či speciální škole. Žáci jsou vzděláváni dle rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, s použitím kompenzačních pomůcek by měli být schopni zvládnout všechny oblasti, jež jsou v programu zahrnuty. Obsah výuky zůstává zachován, dochází však k využívání jiných postupů a metod výuky. Velkou roli v úspěšné integraci žáka hrají učitelé, jejich osobnost, ochota a profesionalita. Více než žádoucí je využívání speciálně pedagogických postupů, kam mimo jiné řadíme individuální přístup, přiměřené tempo a v případě potřeby také úprava rozsahu učiva, zvolení vhodného způsobu zkoušení a hodnocení. Nesmírně důležitá je vzájemná spolupráce školy, rodičů a školských poradenských zařízení. (Čadová, 2012, s. 25-26)

Vzdělávání osob s tělesným postižením je specifické s ohledem na jejich somatické a možné psychické odlišnosti. Jakékoliv zdravotní postižení ovlivňuje menším či větším způsobem celou osobnost daného jedince, což je třeba si v celém edukačním procesu uvědomovat a respektovat. Pro integraci v běžné třídě by měl mít žák určité vlastnosti, které mu proces usnadní, patří mezi ně sociální přizpůsobivost, potřebná míra volných vlastností důležitých k překonávání překážek.

Níže si uvedeme několik základních podmínek, na něž je při integraci třeba zaměřit pozornost:

- Bezbariérový přístup do zařízení,
- technické vybavení pro samostatný pohyb žáků po škole, popř. s dopomocí asistenta,
- možnost využívání informačních technologií a technických pomůcek k usnadnění získávání a uchování informací,
- didaktické pomůcky,

- pomůcky pro psaní, kreslení, pro rozvoj manuálních dovedností, pro tělesnou výchovu a relaxaci,
- kompenzační pomůcky. (Čadová, 2012, s. 27)

Na průběhu edukace žáků s tělesným postižením v běžné i speciální škole se významně podílejí i školská poradenská zařízení, která se školami spolupracují a metodicky je vedou. Mezi školská poradenská zařízení (dále ŠPZ) řadíme pedagogicko-psychologické poradny, speciálněpedagogická centra a střediska výchovné péče. Tato zařízení poskytují bezplatné poradenské služby žákům a jejich zákonným zástupcům. ŠPZ na základě diagnostiky zjišťuje, jaké speciální vzdělávací potřeby daný žák má a podle toho stanoví potřebná podpůrná opatření. (Čadová a Baslerová In Michalík a kol., 2015, s. 70-76)

Rozlišujeme následujících deset oblastí speciálněpedagogické podpory, které se vzájemně doplňují a prolínají: organizace výuky, modifikace vyučujících metod a forem, intervence, pomůcky, úpravy obsahu vzdělávání, hodnocení, příprava na výuku, sociální a zdravotní podpora, práce s třídním kolektivem, úprava prostředí. Někteří autoři uvádějí i jedenáctou oblast implementace podpůrných opatření, kam řadí personální a organizační opatření. (Valenta a Potměšil In Michalík a kol., 2015, s. 100)

Níže si přiblížíme, jaká opatření do jednotlivých oblastí patří:

- a) Organizace výuky – opatření, jež vedou k plnému využití různých forem práce s přihlédnutím k danému předmětu, klimatu třídy a schopností učitele. Opatření: úprava režimu výuky časovou i prostorovou; vytvoření dalšího pracovního místa pro žáka ve třídě i mimo ni tak, aby mohl střídat pracovní prostředí a pozice; jiné prostorové uspořádání výuky oproti běžnému; úprava zasedacího pořádku; snížení počtu žáků ve třídě; vzdělávání v jiném než školním prostředí; mimoškolní pobyty a výcviky; volný čas ve školním prostředí.
- b) Modifikace vyučovacích metod a forem – zaměření především na didaktické prostředky a jejich variantnost. Opatření: způsoby výuky adekvátní pedagogické situaci; individuální práce s žákem; strukturalizace výuky; kooperativní učení; metody aktivního učení; výuka respektující styly učení; podpora motivace žáka;

prevence únavy a podpora koncentrace pozornosti; pravidelná kontrola pochopení osvojovaného učiva.

- c) Intervence – zásah vedoucí k pozitivnímu ovlivnění žáka, vzdělávacího a sociálního prostředí. Opatření: spolupráce rodiny a školy; rozvoj jazykových kompetencí; intervenční techniky; intervence nad rámec běžné výuky; rozvoj specifických dovedností a poznávacích funkcí; nácvik sebeobslužných dovedností, sociálního chování; zvládání náročného chování; metodická intervence směrem k pedagogům ze ŠPZ a ŠPP; výuka prostřednictvím podporující a alternativní komunikace.
- d) Pomůcky – jedná se o didaktické pomůcky využívané učitelem k výuce a žáky pro učení. Opatření: didaktické pomůcky; speciální didaktické pomůcky; kompenzační a reedukační pomůcky.
- e) Úpravy obsahu vzdělávání – obsah vzdělávání je dán rámcovým vzdělávacím programem, kde jsou jasně popsány výstupy z jednotlivých předmětů a v každé škole pak také školním vzdělávacím programem. Opatření: respektování specifík žáka; úprava rozsahu a obsahu učiva; rozložení učiva z důvodu těžkého deficitu; rozložení učiva pro žáky ohrožené předčasným odchodem ze vzdělávání; obohacování učiva; modifikace podávané informace.
- f) Hodnocení – evaluace a klasifikace. Opatření: individualizace hodnocení; podmínky a metody dlouhodobého sledování žáků; rozšířené formy hodnocení; posílení motivační funkce hodnocení.
- g) Příprava na výuku – příprava na vyučování může velmi často významně ovlivnit a v nějaké míře kompenzovat deficit žáka. Opatření: jiné formy přípravy na vyučování.
- h) Podpora sociální a zdravotní – opatření: léčebná režimová opatření; odlišné stravování; podávání medikace; spolupráce s externími poskytovateli služeb; reedukační a socializační pobyty.
- i) Práce s třídním kolektivem – zde je jediné opatření, které se zabývá a řeší klima třídy.
- j) Úprava prostředí – prostředí má vliv na výsledky žáků, vytváří podmínky pro vyučování a učení, patří sem materiální i sociální prostředí. Opatření: úprava

pracovního prostředí; stavební úpravy, bezbariérovost. (Valenta, Potměšil In Michalík a kol., 2015, s. 100-121)

- k) Implementace podpůrných opatření – organizační a personální opatření. Organizační opatření: individuální vzdělávací plán; plán pedagogické podpory; případová konference; krizový scénář; uzpůsobení zkoušek při vstupu na střední školu a při jejím ukončování; karta žáka. Personální opatření: asistent pedagoga; druhý učitel; školní speciální pedagog; školní psycholog; koordinátor žákovského parlamentu; komunikátor „škola – rodina“; sociální pedagog; poradenský pracovník ŠPZ; přepisovatel mluveného slova; instruktor prostorové orientace; tlumočnický českého znakového jazyka; školní logoped. (Michalík a kol., 2015, s. 125-188)

Tato opatření jsou v menší či větší míře ve vzdělávání žáků s tělesným postižením uplatňována, naprosto nedostatečná je dostupnost odborných pracovníků, ať už hovoříme o personálním obsazení ve školách, kde se ve větší míře z výše uvedených pracuje pouze s asistentem pedagoga, či nedostatečné kapacitě ŠPZ, dlouhých čekacích dobách na objednání a s tím spojená leckdy nedostatečná připravenost učitelů na práci se žáky se specifickými vzdělávacími potřebami, pomalé reakce školního prostředí na nastalou situaci a potřeby jedince.

Často dochází k mylné záměně pojmů „osobní asistent“ a „asistent pedagoga“. Asistent pedagoga je pedagogický pracovník, který pomáhá se vzděláváním žáka, při školní práci; musí být doporučen ŠPZ a schválen krajem; vždy je přiřazen jednomu konkrétnímu žákovi. Osobní asistent není pedagogický pracovník, jedná se o pracovníka v sociálních službách, nijak nezasahuje do vzdělávacího procesu, může klienta doprovázet do školy, ze školy, pomáhat při přesunech, sebeobsluze, hygieně, stravování aj. (Baslerová In Michalík a kol., 2015, s.146; Michalík a kol., 2011, s. 232)

V ČR existuje několik středních škol přímo určených pro osoby s tělesným postižením, v Brně jsou hned tři, dále vzdělávání probíhá na běžných středních školách, je zde na výběr nepřehledné množství studijních oborů. Z vysokých škol u nás žádnou speciální nenajdeme, ovšem fungují zde střediska podpory studentů se zdravotním postižením, která zajišťují zlepšení studijních podmínek. Jmenujme si

několik z nich: ELSA středisko pro podporu studentů se specifickými potřebami na ČVUT, Teiresiás Masarykovy univerzity, Centrum Carolina Univerzity Karlovy, Centrum podpory studentů se specifickými potřebami Univerzity Palackého a Akademické poradenské centrum UJAK.

Další formou vzdělávání je tzv. celoživotní vzdělávání, do kterého dle Michalíka a kol. (2011, s. 235) patří formální, a především neformální učení a osvojování si nových informací, zkušeností a jejich následné aplikace v životě. Při vzdělávání je kladen důraz na přemýšlení nad danou problematikou z různých úhlů, jejich analýza a porovnávání s pohledy a názory ostatních lidí, a dochází tak k motivaci získávat více informací, jejich ověřování a kritickému zkoumání. Při vzdělávání dochází také k posílení osobních kompetencí, komunikačních dovedností a funkční gramotnosti. Do celoživotního vzdělávání můžeme zařadit různě zaměřené kurzy, rekvalifikace, nácvikové aktivity, ale také univerzity třetího věku aj.

4 KOMPENZAČNÍ A PROTETICKÉ POMŮCKY

V této kapitole vysvětlíme pojmy kompenzační a protetické pomůcky, jejich význam, členění a proces získávání – v souvislosti s tím představíme nový systém v úhradách a získávání kompenzačních pomůcek (dále KP).

Protetické pomůcky jsou převážně vyráběny přímo na míru, protože jsou používány povětšinou v delších časových úsecích a jsou v přímém kontaktu s povrchem těla. Votava (2009, s. 42-43) rozděluje protetiku do pěti oblastí:

- a) Vlastní protetika – výroba náhrad horních a dolních končetin. Protézy jsou vyráběny vždy individuálně jako funkční náhrady i s klouby, a v případě ruky i s úchopovou schopností, buď mechanicky, nebo bioelektricky prostřednictvím zbylých potenciálů svalů. Na protézu si musí uživatel zvyknout a její používání si osvojit, existuje tzv. škola chůze a škola úchopu.
- b) Ortotika – výroba podpor – ortézy, dlahy, fixační límce, měkké bandáže aj. Nejčastěji určeny ke korekci držení těla, jako kompenzace ochrnutí, k odlehčení u dolních končetin. Použití pro horní a dolní končetiny, šíjí a trup.
- c) Kalceotika – ortopedická obuv, vložky do bot.
- d) Epletika – výroba kosmetických náhrad částí těla – plní estetickou funkci. Nejčastěji náhrada prsu po nádorovém onemocnění, ale také prsty, lýtka, uši, nos nebo paruky.
- e) Adjuvatika – kompenzační pomůcky, kterým se budeme dále věnovat podrobněji. Místo adjuvatiky se uvádí na pátém místě protetometrie, jež shromažďuje podklady pro výrobu individuálních protetických pomůcek.

Kompenzační pomůcky

Pomůcky určeny k používání při činnostech, jež jsou pro uživatele obtížné, nezvládá je již sám a pomůcky mají nahrazovat chybějící schopnosti. Pomůcky je možné dělit do několika kategorií dle postižení, jejich výroby a dostupnosti nebo denních činností, při kterých jsou používány. Pro naše účely zvolíme poslední dělení, jak jej uvádí Votava (2009, s. 44-53):

Pomůcky pro hygienu – patří sem pomůcky do koupelny a na wc pro činnosti s tím spojené: toaletní křesla pevná/pojízdná, toaletní nádoby, nástavce na wc, madla, sedačky do vany, sedačky do sprchy přenosné/sklonné, židle do sprchy, křesla do sprchy pevná/pojízdná, křesla do sprchy kombinovaná s wc, stupínky a stoličky, protiskluzové podložky, držák na toaletní papír k očištění konečníku, kartáč a žínka na dlouhé rukojeti k mytí zad, hřeben s dlouhou rukojetí, vanička pro mytí hlavy.

Pomůcky pro lokomoci – poskytují oporu při chůzi a patří sem hole, vícebodové hole, francouzské berle, podpažní berle, chodítka čtyřbodová pevná a skládací, chodítka dvoukolová, tříkolová, čtyřkolová a s vysokou oporou (podpažní). Vozíky jsou lokomoční pomůckou pro osoby s těžším tělesným postižením, kteří nezvládají chůzi s oporou. Existují dva základní typy vozíků – mechanický a elektrický. Mechanické vozíky jsou většinou skládací s velkými zadními a malými předními koly, s odklopnými opěrkami rukou a nohou, nožními pákami vzadu ke snazšímu naklonění, brzdami na kolech a někdy i přídavnými brzdami nahoře u držadel, hnacími obručemi na kolech a bezpečnostními pásy, dále transportní vozíky, bariatrické, polohovací, aktivní vozíky pro trávení volného času, ke sportovnímu využití. Elektrické vozíky jsou dále děleny na interiérové a exteriérové, nejsou skládací. K jejich vybavení patří nabíjecí baterie, světla, klakson, joystick k ovládní (může být i varianta ovládní bradou či dechem), opěrka hlavy. Další variantou jsou elektrické skútry.

Pomůcky pro polohování na lůžku, sezení na vozíku, prevenci dekubitů – polohovací lůžka, hrazdy, hrazdičky, stolky k postelím, polstrované postranice, opěradlo pod záda, žebříček k lůžku, antidekubitní matrace, antidekubitní podložky pro polohování, antidekubitní podložky do vozíků. Do polohovacích pomůcek bývají dále řazeny i vertikalizační stojan.

Oblékání – zapínač knoflíků, navlékač ponožek, navlékač punčoch a různé typy podavačů.

Konzumace potravy a práce v kuchyni – ergonomicky upravené příbory, upravené otvíráky, kuchyňské prkénko s protiskluzovou úpravou, bodci a

zarážkami, talíře a misky s vyvýšeným okrajem, dělený talíř, termomiska, hrnek s výřezem pro nos, hrnek s pítkem, držák hrnku, protiskluzové podložky.

Ovládání prostředí – pomůcky k otáčení klíčem, vodovodním kohoutkem, systémy pro automatické otvírání dveří a oken. Tísňová signalizace v případě nevolnosti nebo úrazu – S.O.S tlačítko na telefonu, hodinky/náramek detekující nehybnost.

Komunikace, vzdělávání, profesní činnosti – mobilní telefon, počítač, obraceč stránek knih, pomůcky pro držení tužky/štetce, rukavice pro fixaci nástrojů na dlani, ergonomicky upravené myši a klávesnice.

Pomůcky pro matky s postižením – usnadnění péče o dítě – univerzální ták k připevnění na vozík, bryndák na gumu, postýlka s bočními vrátky, vodítko pro chůzi venku aj.

Langer a kol. (2013, s. 104, 111) uvádí také pomůcky pro bezbariérový přístup – rampy, plošiny schodolezy, ale i výtahy – a speciálně upravené dopravní prostředky – nízkopodlažní autobusy a tramvaje, mikrobusey s plošinou, osobní automobily s úpravou na řízení pouze pomocí horních končetin, nebo naopak pouze dolních.

Možnosti získání pomůcky

Většina kompenzačních pomůcek je hrazena zdravotními pojišťovnami buď plně, nebo jen částečně, některé pomůcky si uživatel musí plně hradit sám. Pomůcky hrazené pojišťovnou předepisují lékaři, ale ne všechny mohou předepsat všichni lékaři. Základní pomůcky předepisují praktičtí lékaři, ty ostatní odborníci – neurolog, ortoped, chirurg, rehabilitační lékař, geriatr, internista, revmatolog ad. Některé typy pomůcek ještě navíc po předepsání musí být schváleny revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Pomůcku uživatel získá po předložení poukazu v lékárně či ve zdravotnických potřebách. Pokud jde o nehrazenou pomůcku, nebo příliš vysoký doplatek, je možné požádat o jednorázový příspěvek některou z nadací např. Nadace Charty 77, Český červený kříž, Výbor dobré vůle Olgy Havlové, Nadační fond Kapka naděje ad. Na stavební a jiné

bezbariérové úpravy je možné dle Zákona č. 329/2011 Sb. požádat o Příspěvek na zvláštní pomůcku. (DMA Praha s.r.o., 2020, s. 1, 124)

V minulém roce došlo k velkému množství změn v úhradovém systému pomůcek v souvislosti s novým zákonem č. 282/2018 Sb. Od počátku roku byl omezen výdej v prodejnách zdravotnických potřeb, ty mohou vydávat pouze zákonem předepsané pomůcky a pouze za předpokladu, že jsou smluvním výdejcem. Nemohou tak například na poukaz vydávat pomůcky pro inkontinenci, kompresi, stomiky, diabetiky (k dostání pouze v lékárnách a výdejnách zdravotnických pomůcek). Největší změnou je, že pomůcky už nadále nejsou předepisovány dle číselníku pojišťovny, ale dle nového kategorizačního stromu nyní spadajícího pod Státní úřad pro kontrolu léčiv s novými preskripčními kódy. Došlo k úplnému zrušení úhrady holí a tzv. bílého programu, kam patří pomůcky do koupelny a toaletní židle s výjimkou nástavců na wc. Naopak přišlo zvýšení úhrad antidekubitního programu včetně antidekubitních pomůcek pro polohování, které až doposud hrazeny nebyly. Několik změn také proběhlo v předepisování pomůcek u jednotlivých lékařů, praktičtí lékaři mají nyní možnost předepisovat více pomůcek, konkrétně tam patří chodítka, základní mechanické vozíky, lůžka, vanové zvedáky a závěsy k pojízdným zvedákům. (DMA Praha s.r.o., 2019)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 EMPIRICKÝ VÝZKUM

Praktická část se věnuje stanovení vymezení výzkumného cíle, uvádí hypotézy, výzkumný vzorek, zvolenou výzkumnou metodu, kterou je dotazníkové šetření, dále popisuje časové rozvržení sběru dat a jeho výsledky s následnou interpretací, potvrzením či vyvrácením hypotéz, shrnutím celého výzkumu a porovnáním s teoretickou částí práce.

Empirický výzkum slouží k ověřování teoretických hypotéz, je založen na různých technikách sběru informací. Výzkum může být dvojího typu, a to kvalitativní a kvantitativní. Pro účely této bakalářské práce se autorka rozhodla použít kvantitativního výzkumu. *„Ve výzkumu se řeší buď jeden, nebo více (zpravidla spolumisejících) problémů. Řešení vědeckého problému potom představuje řadu navzájem propojených a na sobě závislých kroků a činností. Jednotlivé výzkumy se mohou navzájem lišit co do posloupnosti jednotlivých realizovaných činností, ale základní schéma postupu bývá následující:*

- *stanovení problému,*
- *formulace hypotézy,*
- *testování (verifikace, ověřování) hypotézy,*
- *vyvození závěrů a jejich prezentace.* (Chráška, 2007, s. 12)

Stanovení problému vychází z tzv. předběžné teoretické analýzy, kdy dochází k získávání informací o vybrané problematice zejména studiem odborné literatury, konzultacemi s odborníky, přímým pozorováním následované formulací problému. Poté přichází na řadu formulace hypotéz, jež jsou jádrem kvantitativních výzkumů a v průběhu procesu jsou ověřovány, potvrzovány či vyvracovány. Gavora (2000, s. 53) uvádí „*zlatá pravidla hypotézy*“, a to že hypotéza je ověřitelné tvrzení vyjadřující vztah mezi dvěma proměnnými, které musí být měřitelné nebo kategorizovatelné. Na konci výzkumu dochází k jejímu přijetí či vyvrácení. Vyslovená hypotéza nesmí být v rozporu s empirickými fakty, což je při kvantitativním výzkumu zjistitelné pouze rozsáhlým studiem a shromažďováním, zpracováváním a vyhodnocováním výzkumných metod,

kam řadíme pozorování, dotazník, škálování, rozhovor, testy aj. (Chráška, 2007, s. 12-19)

5.1 Vymezení výzkumného cíle

Hlavním cílem bylo zjistit, jaká je úroveň informovanosti respondentů o komplexní rehabilitaci, dostupných službách a kompenzačních pomůckách.

5.2 Hypotézy

Hypotézy byly stanoveny na základě předpokladů a zkušeností autorky, že informovanost o dostupných službách, příspěvcích, pomůckách apod. není dostatečná, především z důvodu roztržitosti informací, nedostatečného vzdělávání naší populace v této problematice, ať už v průběhu základního, středního či vysokého vzdělávání nebo osvětových programů, veřejných přednášek apod., a nedostatečné návaznosti jednotlivých složek v systému rehabilitace.

H1: Většina respondentů nezná termín komplexní rehabilitace a absolvovali jen nějakou její část.

H2: Každý respondent používá alespoň jednu kompenzační pomůcku a většina z nich si ji pořídila na své vlastní náklady.

H3: Většině respondentů chybí informace o návaznosti služeb a o službách, které jim mohou pomoci v jejich situaci.

5.3 Výzkumný vzorek

Respondenty dotazníku byly osoby s tělesným postižením starší 15 let. Výzkumné šetření probíhalo na území Libereckého kraje ve spolupráci s klienty nemocnic, škol, pobytových zařízení a uživatelů sociálních služeb organizací zapojených do komunitního plánování. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, vyplněno a vráceno bylo 74.

5.4 Výzkumná metodika dotazník

Jednou z metod empirického výzkumu je dotazník. Gavora (2000, s. 99) uvádí, že dotazník patří mezi nejpoužívanější metody, jež plní funkci hromadného zjišťování údajů.

Chráska (2016, s. 169-170) uvádí následující pravidla na sestavení dotazníku:

- formulovat otázky jasně a srozumitelně,
- formulace otázek musí být jednoznačná
- není vhodné užívání přímé otázky „proč“, na tuto otázku by měl zpravidla odpovídat výzkumník při analýze šetření,
- dotazník by neměl být příliš rozsáhlý a měly by být zjišťovány pouze podstatné údaje,
- otázky by za žádnou cenu neměly být sugestivní, aby nepředurčovaly odpověď,
- jednou z klíčových částí je motivace respondentů a jejich ochota ke spolupráci,
- naprostou nutností jsou jasné pokyny k vyplnění dotazníku,
- dotazník je třeba zkonstruovat tak, aby získané údaje bylo možné snadno roztrždit a zpracovat,
- otázky je nutné řadit strategicky, ne však logicky, většinou se začíná jednoduchými konkrétními otázkami, otázky zásadní pro výzkum by měla obsahovat střední část dotazníku.

5.5 Časová organizace výzkumu podle jeho fází

Vlastnímu výzkumu předcházela fáze předvýzkumu, kdy došlo k otestování první verze dotazníku na skupince deseti náhodných osob různého pohlaví, věku, vzdělání, profese, zda porozuměly pokynům, položeným otázkám, kolik času jim vyplnění zabralo. Bezprostředně poté došlo k úpravě hypotéz a přeformulování některých položek v dotazníku. Vlastní dotazníkové šetření probíhalo v prosinci 2019. Dotazníky byly rozdány klientům prostřednictvím pracovníků vybraných nemocnic, škol,

pobytových zařízení a sociálních služeb organizací zapojených do komunitního plánování na území Libereckého kraje, stejným způsobem se dotazníky i navracely. Ke zpracování získaných dat a jejich vyhodnocení došlo v lednu 2020.

5.6 Výsledky výzkumu

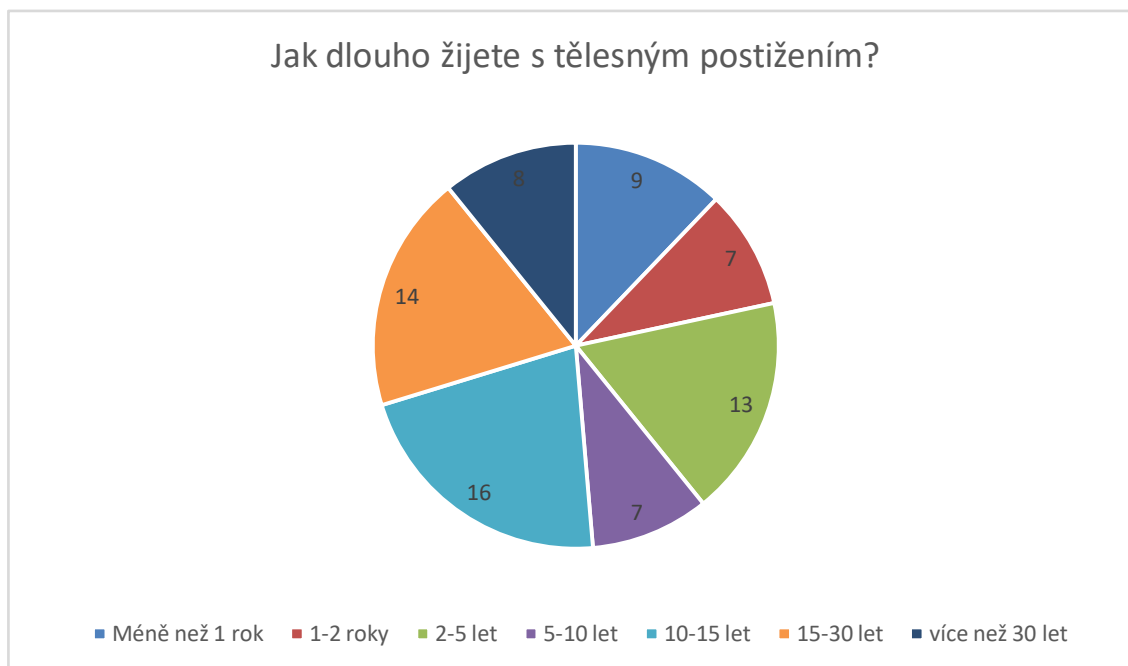
Vyobrazení výsledků výzkumu pomocí tabulek a grafů.

Tabulka 1: Pohlaví, věk a typ tělesného postižení respondentů

		Počet respondentů	Podíl
Pohlaví	žena	46	62%
	muž	28	38%
Věk	15-30 let	5	7%
	31-45 let	5	7%
	46-60 let	15	20%
	61-75 let	26	35%
	76-90 let	12	16%
	90 a více let	11	15%
Typ tělesného postižení	amputace	6	
	artróza	15	
	hemiparéza	24	
	kvadruparéza	7	
	paraplegie	9	
	paréza peroneu	1	
	roztroušená skleróza	4	
	snížená svalová síla	6	
	zakrnělá horní končetina	2	

Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 1: Jak dlouho žijí respondenti se svým postižením?



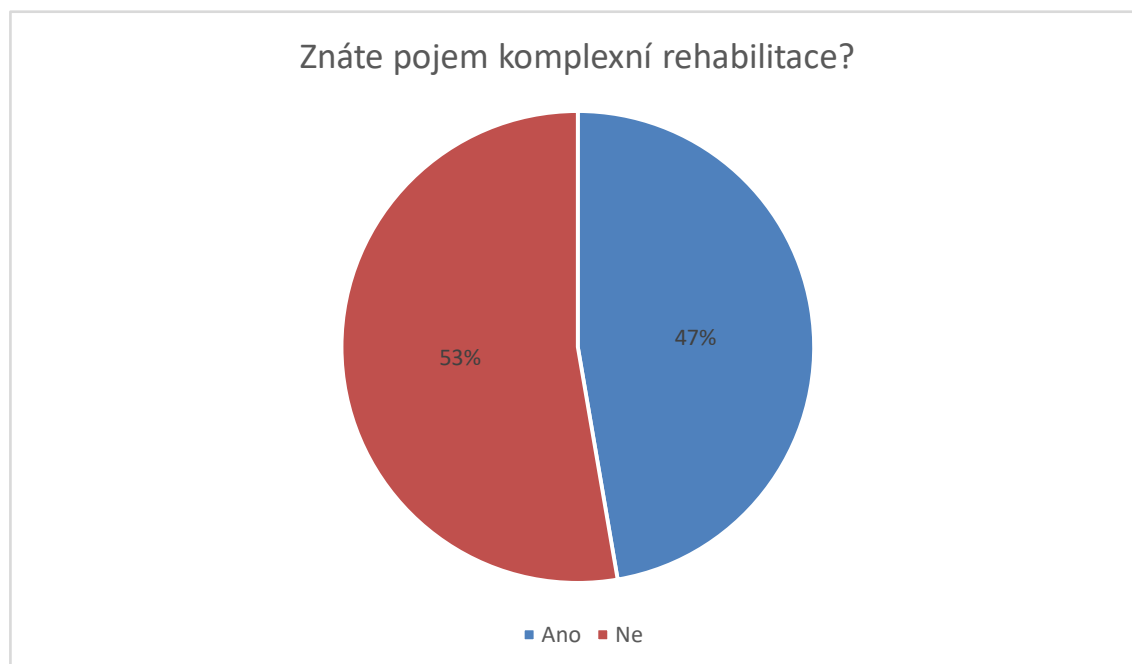
Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 2: Způsob vzniku tělesného postižení u jednotlivých respondentů

Způsob vzniku tělesného postižení	autonehoda	15
	CMP	12
	diabetes	3
	DMO	5
	nevím	6
	operace s komplikacemi	4
	úraz	13
	z důvodu věku	16

Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 2: Znalost pojmu komplexní rehabilitace u respondentů



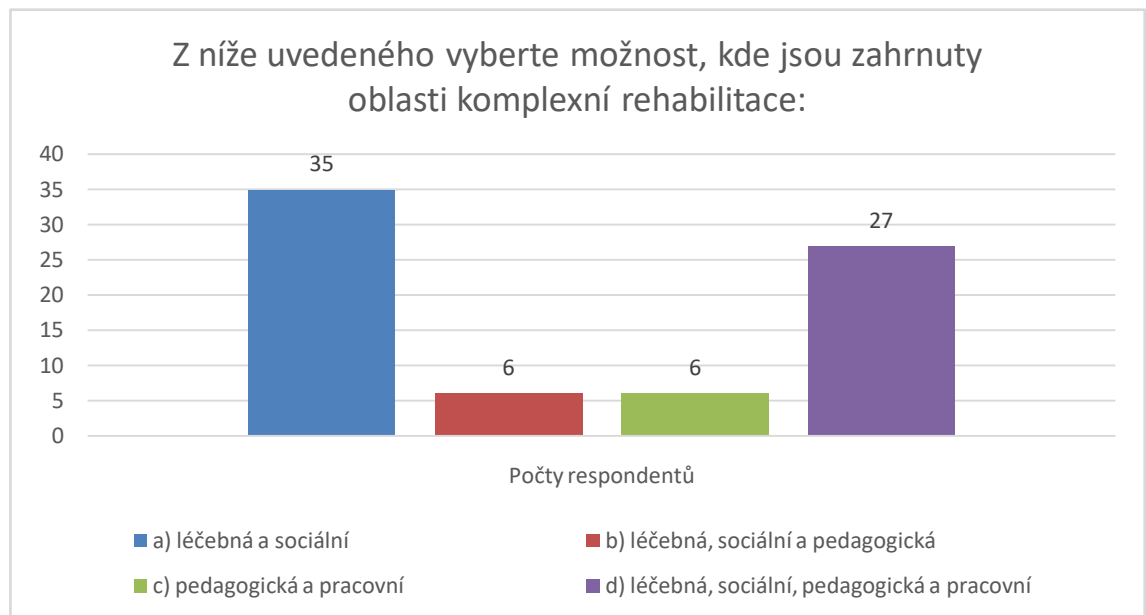
Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 3: Komplexní rehabilitace dle respondentů

	Odpovědi respondentů	Počet respondentů
Význam pojmu komplexní rehabilitace	léčba, socializace, vzdělávání, zaměstnání	19
	rehabilitace, lázně, cvičení	13
	rehabilitace, pomoc při běžných činnostech	4
	fyzioterapie, sociální služby, protetické pomůcky	2
	nevím	24
	neodpovědělo	12

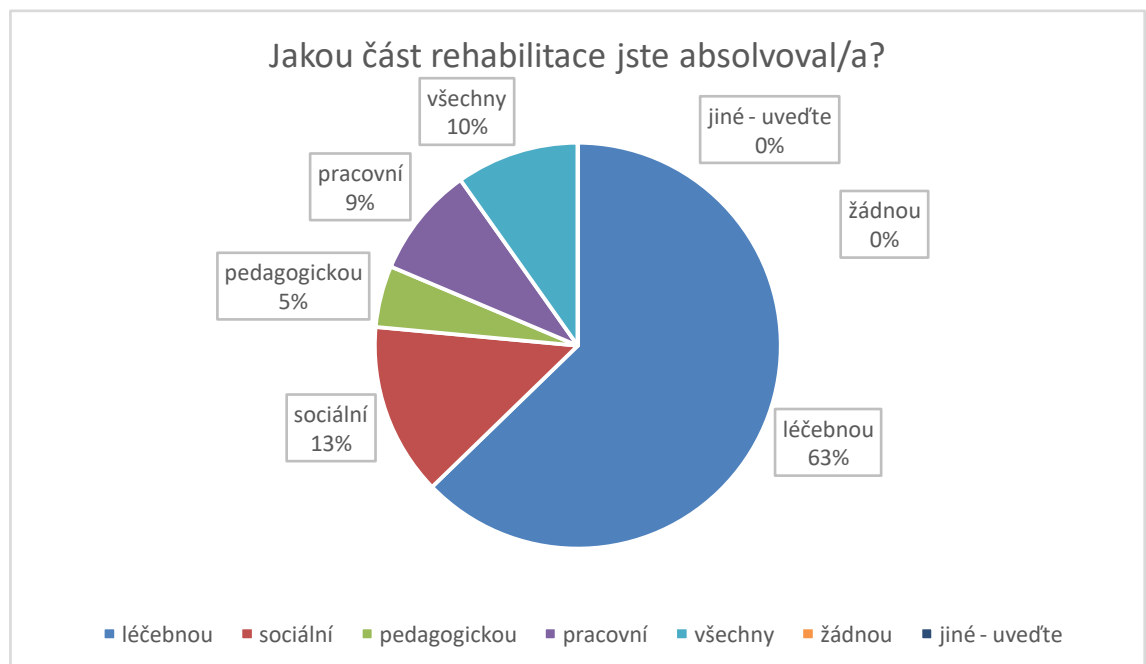
Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 3: Výběr oblastí komplexní rehabilitace



Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 4: Absolvovaná rehabilitace



Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 4: Kompenzační pomůcky

	Odpovědi respondentů	Počet respondentů	Podíl
Kompenzační pomůcka	Ano	70	95%
	Ne	4	5%
Typ KP	Hůl	3	
	Vozík	25	
	Chodítko	27	
	Polohovací postel	18	
	Zvedák do vany	3	
	Závěsné zařízení	4	
	Toaletní židle	13	
	Korzet	1	
	Polohovací dlahy	1	
	Peroneální páska	2	
	Neodpovědělo	4	
	Zdroj informací o KP	Lékař	32
Ergoterapeut		4	
Fyzioterapeut		6	
Rehabilitační pracovník		4	
Pojišťovna		4	
Rodinní příslušníci		20	
Žádný		1	
Neodpovědělo		3	
Získání KP	Koupě	21	
	Poukázka - přes pojišťovnu	24	
	Nemocnice	11	
	Zapůjčení	14	
	Neodpovědělo	4	

Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 5: Užívání sociální služby

	Odpovědi respondentů	Počet respondentů
Uživatel sociální služby	Ano	42
	Ne	32
Typ sociální služby	Osobní asistence	22
	Pečovatelská služba	20
	Neodpovědělo	32

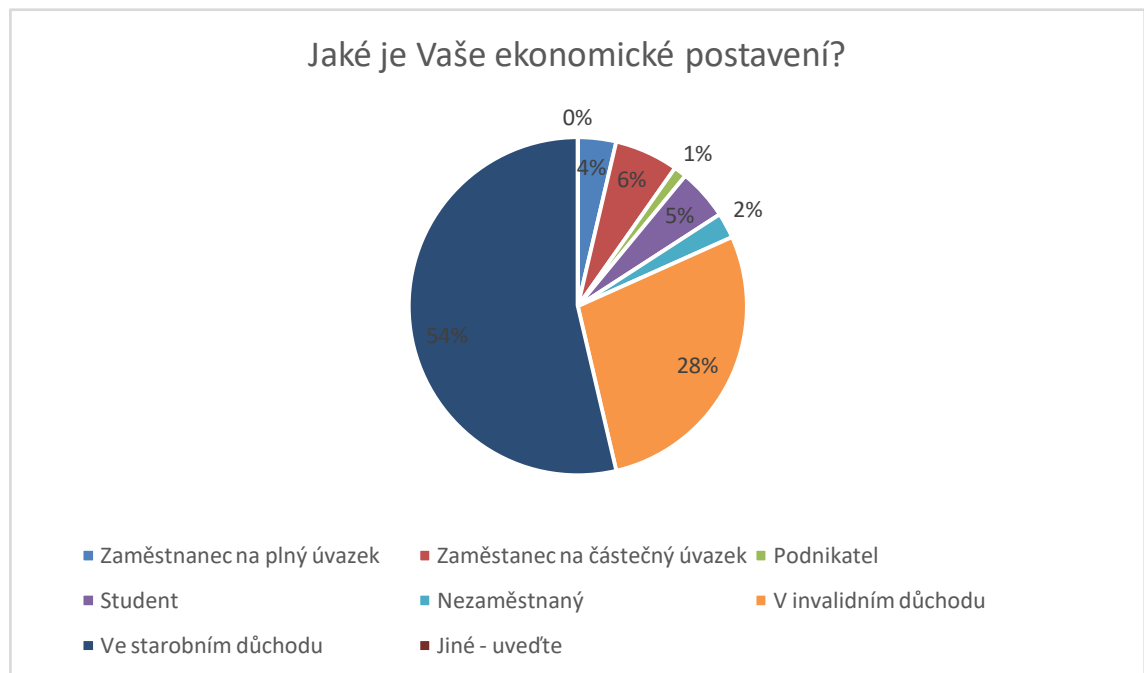
Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 6: Invalidní důchod, příspěvek na péči

	Odpovědi respondentů	Počet respondentů
Uživatel invalidního důchodu, příspěvku na péči	Ano	58
	Ne	16
Informace o možnosti důchod, příspěvek získat	Úřad práce	9
	Lékař	26
	Sociální pracovník	8
	Osobní asistent	8
	Pojišťovna	3
	Neodpovědělo	16
Uživatel podal žádost sám	Ano	31
	Ne	21
	Nežádal/a	2
	S pomocí rodiny	6
	Neodpovědělo	14

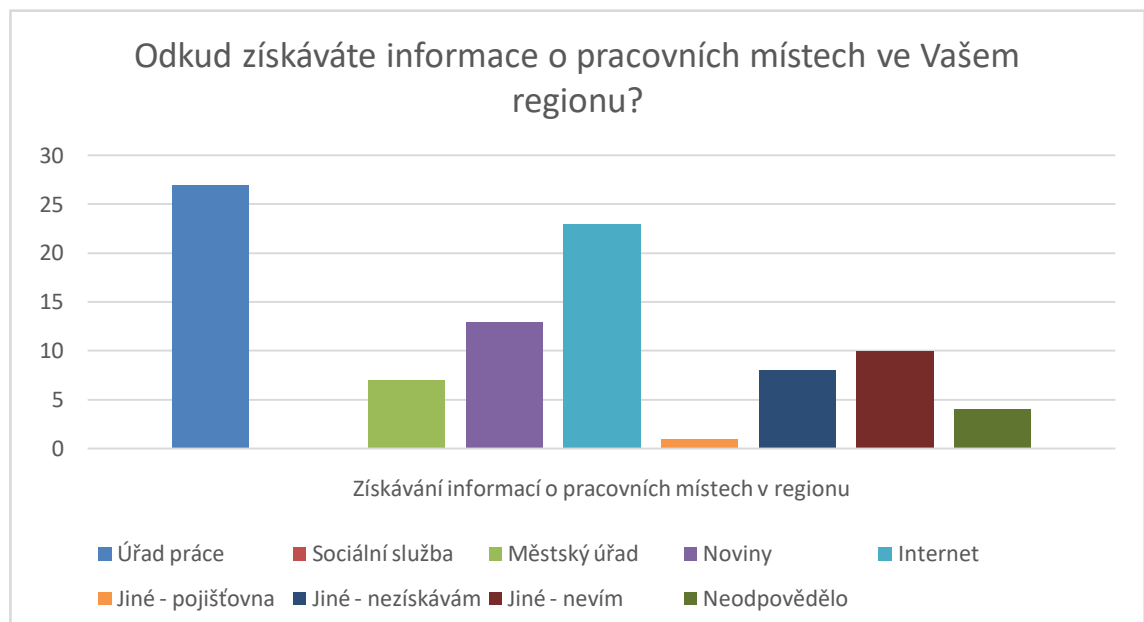
Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 5: Ekonomické postavení respondentů



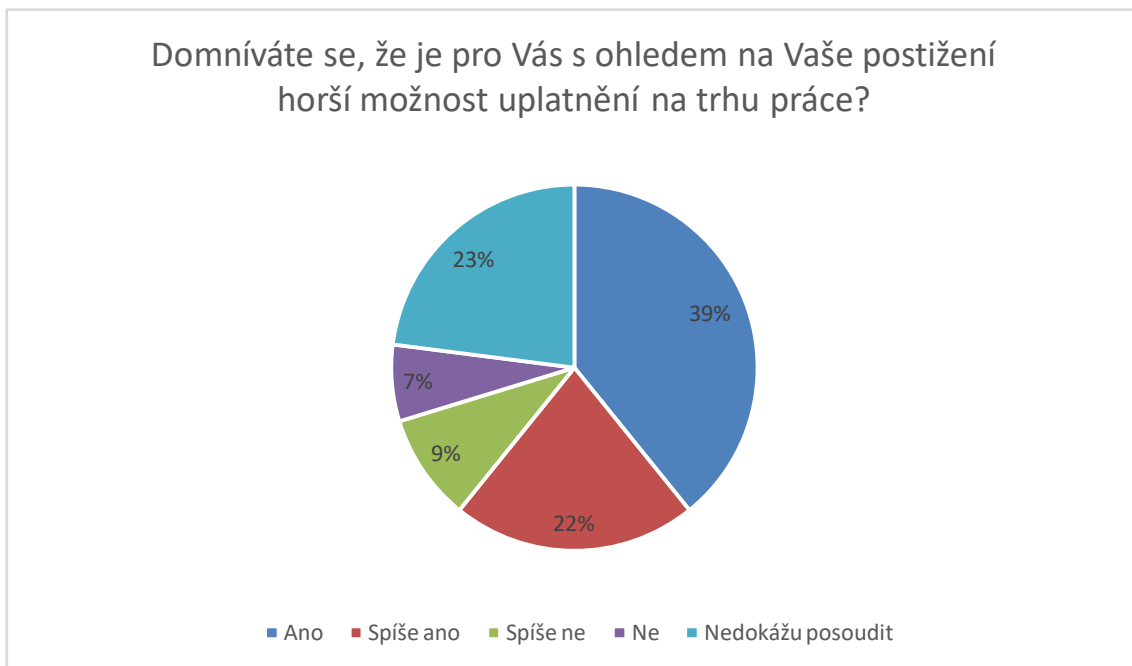
Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 6: Zdroj informací o pracovních místech v regionu



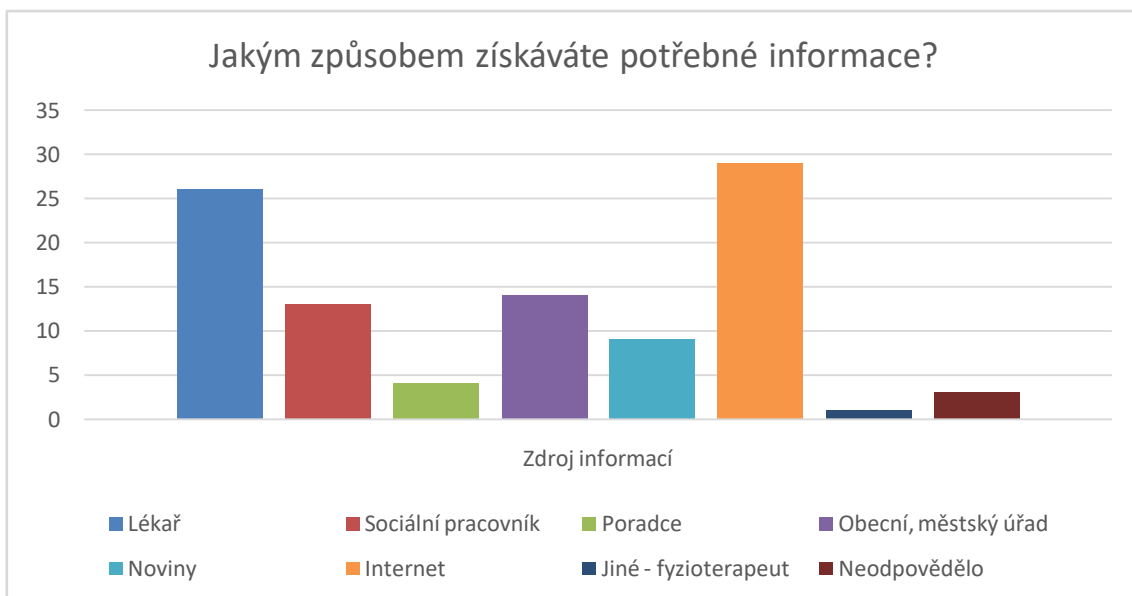
Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 7: Možnost uplatnění na trhu práce



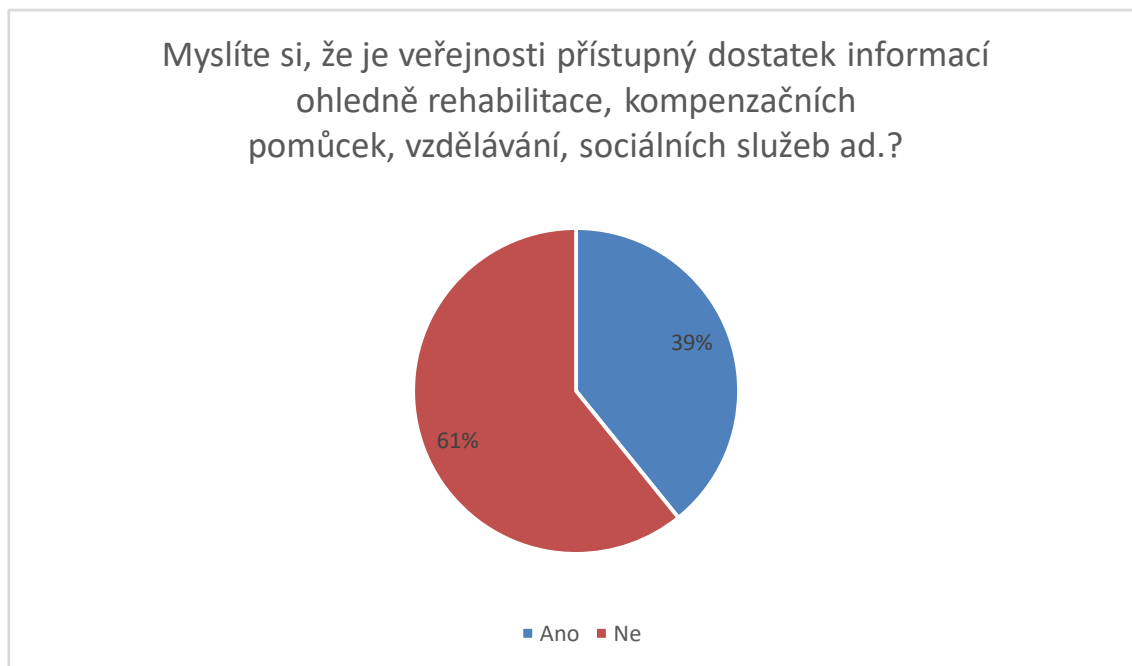
Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 8: Způsob získávání potřebných informací



Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 9: Mínění respondentů o dostupnosti informací



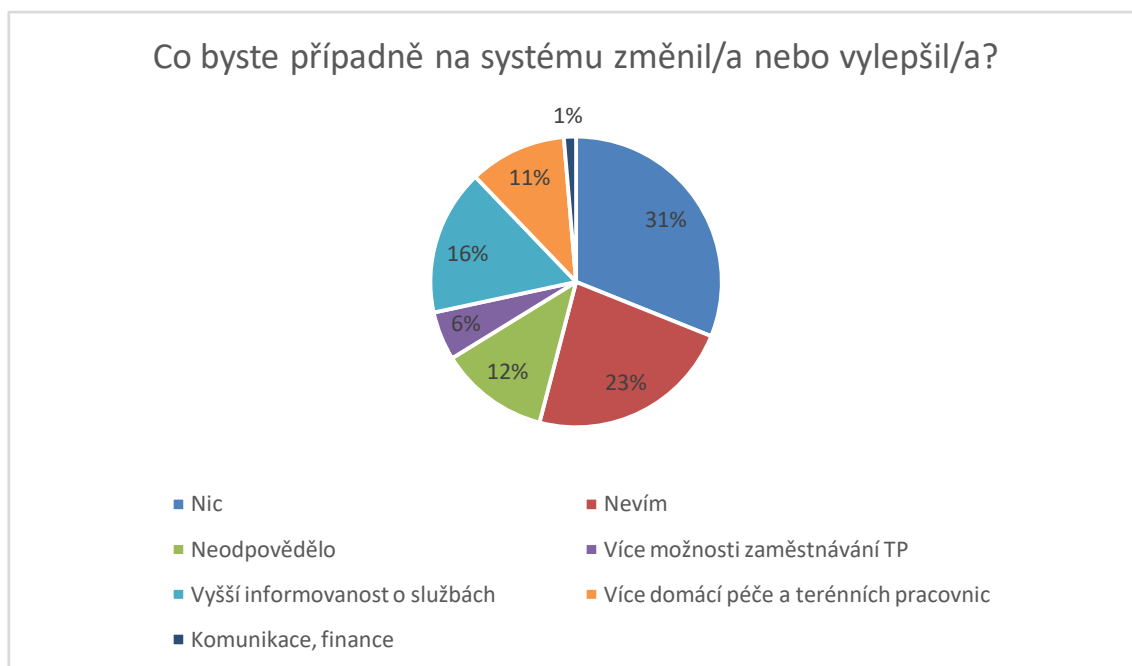
Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 7: Chybějící informace

	Možné odpovědi	Počet respondentů
Chybějící informace	Žádné informace mi nechybí	18
	Přehled služeb, které mi pomohou v mé situaci	24
	Informace o podmínkách využívání služeb	9
	Informace o návaznosti služeb	27
	Informace o vzdělávání	0
	Informace o možnostech zaměstnání	11
	Informace o příspěvcích, dávkách, kde je možné je získat a jakým způsobem žádat	16
	Jiné - uveďte	0

Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 10: Návrhy respondentů na změnu či zlepšení systému



Zdroj: autorka práce, 2020 (vlastní šetření)

5.7 Interpretace a diskuze výsledků

Vyhodnocení hypotéz a zjištění, zda předpoklady autorky byly potvrzeny či vyvráceny a zda bylo dosaženo cíle práce.

Dotazníkové šetření bylo rozdáno sto dvaceti osobám s tělesným postižením, celkový počet respondentů, kteří se do šetření aktivně zapojili, bylo sedmdesát čtyři. Z toho bylo čtyřicet šest žen a dvacet osm mužů ve věku mezi patnácti a devadesáti a více lety, nejvíce zastoupené věkové kategorie byly 61–75 let a 46–60 let, dále pak téměř shodně 76–90 let a 90 a více let, nejméně bylo respondentů v kategoriích 15–30 a 31–45 let. V dotaznících se objevilo devět typů tělesného postižení, a to v pořadí dle početnosti: hemiparéza, artróza, paraplegie, kvadruparéza, snížená svalová síla a amputace, roztroušená skleróza, zakrnělá horní končetina a paréza peroneu. Šestnáct respondentů žije se svým postižením 20–25 let, čtrnáct 15–30 let, třináct 2–5 let, devět pak méně než rok, osm více než 30 let a sedm shodně 1–2 roky a 5–10 let.

Respondenti uváděli jako příčiny vzniku jejich postižení tyto důvody (v pořadí dle četnosti): věk, autonehoda, úraz a CMP, nevím, DMO, operace s komplikacemi, diabetes.

Na otázku, zda respondenti znají pojem komplexní rehabilitace, odpovědělo čtyřicet sedm procent kladně a padesát tři procent záporně. V následující dotazníkové položce, kde měli svými slovy vysvětlit, co podle nich komplexní rehabilitace znamená, uvedlo správnou odpověď pouze devatenáct osob, dvacet čtyři jich uvedlo, že neví, dvanáct neodpovědělo a třináct neodpovědělo zcela správně. V následující otázce měli respondenti na výběr z možností, kde měli označit odpověď, jež zahrnuje všechny oblasti komplexní rehabilitace. Správnou možnost zvolilo dvacet sedm respondentů, třicet pět se jich domnívá, že komplexní rehabilitace zahrnuje pouze léčebnou a sociální oblast, šest pak, že tam patří léčebná, sociální a pedagogická a shodně uvedli pedagogickou a pracovní. Pouze deset procent respondentů absolvovalo všechny složky rehabilitace, šedesát tři procent pak léčebnou, třináct procent sociální, devět procent pracovní a pět procent pedagogickou. Výše uvedené plně potvrzuje **H1: Většina respondentů nezná termín komplexní rehabilitace a absolvovali jen nějakou její část.**

Devadesát pět procent respondentů používá alespoň jednu kompenzační pomůcku. Mezi nejčastěji zastoupené pomůcky patří chodítka, vozík, polohovací postel a toaletní židle. O možnosti získat KP se většina respondentů dozvěděla od lékaře a od rodinných příslušníků. KP dvacet čtyři respondentů získalo na základě poukázky přes pojišťovnu, dvacet jedna si ji koupilo za svoje prostředky, čtrnáct si pomůcku zapůjčilo, jedenáct ji získalo v nemocnici a čtyři neodpověděli. Tímto můžeme za nepravdivou označit **H2: Každý respondent používá alespoň jednu KP a většina z nich si ji pořídila na své vlastní náklady.**

Sociální služby využívá čtyřicet dva respondentů, dvacet dva z nich osobní asistenci a dvacet pečovatelskou službu. Mezi příjemce invalidního důchodu či příspěvku na péči patří padesát osm respondentů. Informace o možnosti získat důchod či příspěvek se dozvěděli, v pořadí dle četnosti, od lékaře, úřadu práce, sociálního pracovníka, osobního asistenta a pojišťovny. Žádost o důchod, příspěvek si samo podalo třicet jedna z nich.

Největší zastoupení měli v šetření respondenti, kteří jsou již ve starobním důchodu, a to konkrétně padesát čtyři procent, druhou nejpočetnější skupinou s dvaceti osmi procenty byli lidé v invalidním důchodu. O pracovních místech v regionu získávají respondenti nejčastěji informace prostřednictvím úřadu práce, internetu a novin. Třicet devět procent respondentů se domnívá, že je pro osoby s tělesným postižením horší možnost uplatnění na trhu práce.

Potřebné informace v jejich životní situaci získávají v nejvyšší míře na internetu a u lékaře. Šedesát jedna procent má pocit, že veřejnosti není dostupné dostatečné množství informací týkajících se rehabilitace, KP, vzdělávání, sociálních služeb ad. V pořadí dle četnosti odpovědí dvaceti sedmi respondentům chybí informace o návaznosti služeb, dvaceti čtyřem přehled služeb, které jim mohou pomoci v jejich situaci, osmnácti žádné informace nechybí, šestnácti pak informace o příspěvcích, dávkách, kde je možné je získat a jakým způsobem žádat, jedenácti o možnostech zaměstnání a devíti o podmínkách využívání služeb. Na otázku, co by případně na systému změnili či vylepšili, reagovalo třicet jedna procent odpovědí nic, dvacet tři procent neví a šestnáct by uvítalo vyšší informovanost o službách. Tímto můžeme zcela potvrdit **H3: Většině respondentů chybí informace o návaznosti služeb a o službách, které jim mohou pomoci v jejich situaci.**

5.8 Závěry výzkumu

Z výsledků šetření vyplývá, že pojem komplexní rehabilitace stále není v povědomí respondentů zakořeněný a většina stále vnímá pod názvem rehabilitace pouze její léčebnou část, která patří mezi nejvíce absolvované. Jednou možností je, že ostatní složky daní respondenti z velké části nepotřebovali, druhou, že systém návaznosti jednotlivých složek rehabilitace není funkční, jak by měl být. Kompenzační pomůcky využívá devadesát pět procent respondentů, což je drtivá většina, ovšem počet, kteří ji získali poukázkou přes pojišťovnu a těch, kteří si ji financovali sami, je srovnatelný. Nasnadě je otázka, zda se jednalo o jejich rozhodnutí, či neměli v danou chvíli dostatek informací, jak jinak lze pomůcku získat. Stejně bychom se mohli ptát v případě zbývajících pěti procent uvádějících, že žádnou pomůcku nepoužívají, zda ji

nepotřebují, nebo nevěděli o její dostupnosti. Variabilita odpovědí ohledně získávání informací o důchodech, příspěvcích, KP a službách pravděpodobně vypovídá o jejich nedostatečnosti, roztržitosti, možné nejistotě veřejnosti, kam se obrátit, a nefunkčnosti návaznosti služeb. Po získání poznatků při psaní teoretické části práce můžeme konstatovat, že systém komplexní rehabilitace je dobře popsán, avšak chybí zde fungující propojení jednotlivých složek mezi sebou a sjednocení v přístupu k veřejnosti, předávání informací a vzdělávání v této problematice.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Komplexní rehabilitace osob s tělesným postižením byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první kapitole teoretické části se práce věnovala problematice tělesného postižení, ve druhé kapitole komplexní rehabilitaci a jejím složkám, ve třetí kapitole vzdělávání osob s tělesným postižením a ve čtvrté kapitole kompenzačním a protetickým pomůckám. Praktická část byla postavena na výzkumném šetření ve formě dotazníku určeného osobám s tělesným postižením starším patnácti let žijícím na území Libereckého kraje.

Z provedeného šetření bylo zjištěno, že většina respondentů nezná pojem komplexní rehabilitace a všechny její složky a absolvovali pouze nějakou část rehabilitace. Ne všichni dotázaní používají kompenzační pomůcky, a pokud ano, získali je různými způsoby, ať už poukazem přes pojišťovnu, zakoupením či zapůjčením. Většině respondentů chybí informace o návaznosti služeb a o službách, jež jim můžou pomoci v jejich situaci. Výsledky šetření potvrzují, že v rámci vzdělávání dětí a dospělých není této problematice věnována pozornost a většina populace nemá dostatečné znalosti, ani potřebné množství informací, a bylo by třeba, zejména ve vzdělávání dospělých, se na danou problematiku zaměřit. V průběhu života se každý z nás přímo či zprostředkovaně setká s nějakou složkou komplexní rehabilitace a věci, informace, činnosti, jež nyní považujeme za samozřejmost, můžeme v nastalé situaci vnímat zcela odlišně. Správná informace, kam se obrátit pro pomoc a v jaké šíři pomoc spočívá, co vše do ní patří, může zcela zásadním stylem ovlivnit těžkou životní situaci, v níž se člověk ocitne.

Přestože tato práce nedává detailní vhled do problematiky a nelze z výsledků vytvořit žádný celoplošný údaj, mohla by podnítit zájem o problematiku informovanosti široké veřejnosti o komplexní rehabilitaci tak, aby došlo k pozitivním změnám ku prospěchu všech, kteří tyto informace budou potřebovat.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 107 s. ISBN 978-80-244-3308-0.

DMA Praha s.r.o. *DMA Kompenzační pomůcky*. Vyd. 2. Kunice: DMA Praha s.r.o., 2020. 124 s.

DVOŘÁK, Radmil. *Základy kinezioterapie*. 3. vyd., (2. přeprac.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 104 s. Skripta. ISBN 978-80-244-1656-4.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.

KANTOR, Jiří a JURKOVICHOVÁ, Petra. *Základy speciální pedagogiky osob s omezením hybnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 91 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3710-1.

KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2009. xxxi, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

MICHALÍK, Jan a kol. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění: obecná část*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 221 stran. Ostatní odborné publikace. ISBN 978-80-244-4654-7.

MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. 508 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4172-7.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0708-5.

VOTAVA, Jiří. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. 71 s. ISBN 978-80-7372-449-8.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

KOMAČEKOVÁ, Dagmar a kol. *Fyzikální terapie*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 363 s. ISBN 8080632308.

Seznam použitých internetových zdrojů

DMA Prahas.r.o. *Zdravotnické prostředky 2019: Jak se neztratit v nastávajících změnách* [online].2019, s. 2 [cit. 2020-01-29]. Dostupné z: https://www.dmapraha.cz/data/files/dma_letak_legislativa_2019.pdf

JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. *Koncepce oboru ergoterapie* [online]. ČAE, 2007, s. 16 [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf

Příspěvek na péči. In: *MPSV* [online]. [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

Invalidní důchod. In: *ČSSZ* [online]. [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/invalidni-duchod>

Ostatní zdroje

Vyhláška 197/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, a některé další vyhlášky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2016, částka 74/2016. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-197>

Vyhláška 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2016, částka 10/2016. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Zákon 282/2018 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2018, částka 142/2018. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-282>

Zákon 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 143/2004. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. s. 1257-1289. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115/2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190. s. 10262-10324. Dostupné z: https://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/archiv/sb190-04.pdf

SEZNAM ZKRATEK

ad. – a další

aj. – a jiné

apod. – a podobně

CMP – cévní mozková příhoda

ČVUT – České vysoké učení technické

DK – dolní končetina

DMO – dětská mozková obrna

KP – kompenzační pomůcka

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠ – mateřská škola

popř. – popřípadě

RP – respitní péče

ŠPP – školní poradenské pracoviště

ŠPZ – školské poradenské zařízení

TP – tělesné postižení

tzv. – tak zvaný

UJAK – Univerzita Jana Amose Komenského

ÚP – úřad práce

ZŠ – základní škola

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Pohlaví, věk a typ tělesného postižení respondentů	38
Tabulka 2: Způsob vzniku tělesného postižení u jednotlivých respondentů	39
Tabulka 3: Komplexní rehabilitace dle respondentů	40
Tabulka 4: Kompenzační pomůcky	42
Tabulka 5: Užívání sociální služby	43
Tabulka 6: Invalidní důchod, příspěvek na péči	43
Tabulka 7: Chybějící informace	46

Seznam grafů

Graf 1: Jak dlouho žijí respondenti se svým postižením	39
Graf 2: Znalost pojmu komplexní rehabilitace u respondentů	40
Graf 3: Výběr oblastí komplexní rehabilitace	41
Graf 4: Absolvovaná rehabilitace	41
Graf 5: Ekonomické postavení respondentů	44
Graf 6: Zdroj informací o pracovních místech v regionu	44
Graf 7: Možnost uplatnění na trhu práce	45
Graf 8: Způsob získávání potřebných informací	45
Graf 9: Mínění respondentů o dostupnosti informací	46

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník.....	I
----------------------------------	----------

Příloha A - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jiřina Honzigová a jsem studentkou Univerzity Jana Amose Komenského v Praze. Provádím výzkum v rámci své bakalářské práce na téma Komplexní rehabilitace osob s tělesným postižením, kompenzační a protetické pomůcky a tímto bych Vás chtěla požádat o pomoc s vyplněním následujícího dotazníku. Cílem práce je zjistit informovanost respondentů o komplexní rehabilitaci, dostupných službách a kompenzačních pomůckách. Dotazník je zcela anonymní a je určen osobám s tělesným postižením starším patnácti let, které žijí na území Libereckého kraje.

Děkuji Vám za ochotu a za Váš čas.

1. Jakého jste pohlaví?

.....

2. Kolik je Vám let?

.....

3. Jaké tělesné postižení máte?

.....

4. Jak dlouho žijete s tělesným postižením?

- méně než 1 rok
- 1-2 roky
- 2-5 let
- 5-10 let
- 10-15 let
- 15-30 let
- více než 30 let

5. Jakým způsobem jste ke svému postižení přišel/ přišla?

.....

6. Znáte pojem komplexní rehabilitace?

Ano

Ne

7. Co podle Vás znamená?

.....

8. Z níže uvedeného vyberte možnost, kde jsou zahrnuty oblasti komplexní rehabilitace:

a) léčebná a sociální

b) léčebná, sociální a pedagogická

c) pedagogická a pracovní

d) léčebná, sociální, pedagogická a pracovní

9. Jakou část rehabilitace jste absolvoval/a?

Léčebnou

Sociální

Pedagogickou

Pracovní

Všechny

Žádnou

Jiné – uveďte

10. Používáte nějakou kompenzační pomůcku?

Ano

Ne

11. Jakou?

.....

12. Jak jste se o možnosti získat kompenzační pomůcku dozvěděl/a?

.....

13. Jak jste kompenzační pomůcku získal/a?

.....

14. Jste uživatelem nějaké sociální služby?

Ano

Ne

15. Jaké?

.....

16. Jste uživatelem invalidního důchodu, popř. příspěvku na péči?

Ano

Ne

17. Jak jste se dozvěděl/a o možnosti důchod/ příspěvek získat?

.....

18. Podával/a jste žádost sám/a?

Ano

Ne

Jiné – uveďte

19. Jaké je Vaše ekonomické postavení?

- Zaměstnanec na plný úvazek
- Zaměstnanec na zkrácený úvazek
- Podnikatel/ka
- Student/ka
- Nezaměstnaný/á
- V invalidním důchodu
- Ve starobním důchodu
- Jiné – uveďte

20. Odkud získáváte informace o pracovních místech ve Vašem regionu?

- Úřad práce
- Sociální služba
- Městský úřad
- Noviny
- Internet
- Jiné – uveďte

21. Domníváte se, že je pro Vás s ohledem na Vaše postižení horší možnost uplatnění na trhu práce?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nedokážu posoudit

22. Jakým způsobem získáváte potřebné informace?

- Lékař
- Sociální pracovník
- Poradce
- Obecní, městský úřad
- Noviny
- Internet

Jiné – uveďte

23. Myslíte si, že je veřejnosti přístupný dostatek informací ohledně rehabilitace, kompenzačních pomůcek, vzdělávání, sociálních služeb ad.?

Ano

Ne

24. Jaké informace Vám chybí?

Žádné informace mi nechybí

Přehled služeb, které mi mohou pomoci v mé situaci

Informace o podmínkách využívání služeb

Informace o návaznosti služeb

Informace o vzdělávání

Informace o možnostech zaměstnání

Informace o příspěvcích, dávkách, kde je možné je získat a jakým způsobem žádat

Jiné – uveďte

25. Co byste případně na systému změnil/a nebo vylepšil/a?

.....

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jiřina Honzigová

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Komplexní rehabilitace osob s tělesným postižením, kompenzační a protetické pomůcky

Rok: 2020

Počet stran textu bez příloh: 43

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 15

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 4

Počet ostatních zdrojů: 8

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann