

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**  
Dana Maďaričová

**DOSPĚLÝ JEDINEC SE ZÍSKANOU PORUCHOU MOBILITY**

Olomouc 2013

Vedoucí práce: Mgr. Vojtech Regec, Ph. D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Dospělý jedinec se získanou poruchou mobility“ vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Přerově dne 18.6.2013

.....  
Dana Mařaričová

Poděkování:

Děkuji Mgr. Vojtechu Regecovi, Ph.D. za pomoc, čas a odborné vedení bakalářské práce i za cenné rady, které mi poskytl při jejím zpracování. Mé poděkování patří také všem dotazovaným za jejich ochotu a vstřícnost při realizaci praktické části mé bakalářské práce.

# OBSAH

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	7
1.1 Porucha, vada, defekt	8
1.2 Získané postižení	9
2 DOSPĚLOST A ZÍSKANÁ PORUCHY MOBILITY	14
2.1 Fyzické a psychické změny v důsledku získané poruchy mobility	14
2.2 Reakce dospělého jedince na změny vzniklé následkem získané poruchy mobility	16
2.3 Okolní reakce na změny v životě dospělého jedince vzniklé následkem získané poruchy mobility	18
2.4 Adaptace jedince na získanou poruchu mobility	20
2.5 Vliv společnosti na dospělého jedince se získanou poruchou mobility	22
2.6 Formování nového životního stylu	25
2.7 Kompenzační pomůcky osob se získanou poruchou mobility	26
2.8 Bydlení doma	27
PRAKTICKÁ ČÁST	29
3 PŘÍPADOVÁ STUDIE DOSPĚLÉHO JEDINCE SE ZÍSKANOU FORMOU KVADRUPLEGIE	30
3.1 Hlavní cíl a dílčí cíle	30
3.2 Metody případové studie	31
3.3 Vzorek šetření	32
3.4 Kazuistika	32
3.5 Závěr šetření	37
ZÁVĚR	38
SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY	39



## ÚVOD

*„Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoli na beznaději.“*

*Svatošová, 1999, s. 35*

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala na základě osobní zkušenosti s člověkem se získanou poruchou mobility. Vzhledem k současnému vyspělému lékařství a medicíně vůbec je podle mě stále více lidí s podobným problémem, kteří se budou moci za jistých podmínek vrátet do života a kteří by dříve nejspíš zůstali připoutáni na lůžko a odkázáni na ústavní péči, pokud by vůbec bez náročných operací, dnes již běžně vykonávaných, přežili. Stejně tak si myslím, že se toto téma týká i stále se rozšiřující seniorské populace, u které problémy se získanou poruchou mobility také nejsou výjimkou.

Bakalářská práce je rozdělená do několika kapitol, kde jsem se snažila zpracovat nejdříve obecnou problematiku věci a odbornou terminologii, dále jsem se snažila popsat situace, s jakými se musí jedinec se získanou poruchou mobility pasovat a to jak po fyzické, tak i po psychické stránce a také jsem chtěla nastítnit další možný vývoj v životě jedince se získanou poruchou mobility.

V empirické části práce pak popisují případovou studii mladého muže se získanou formou kvadruplegie následkem úrazu páteře. Ke zpracování praktické části jsem využila metody rozhovoru, pozorování, osobní a rodinnou anamnézu a studium lékařských zpráv.

Cílem práce bylo popsat postupně veškeré změny, probíhající v životě dospělého jedince postiženého poruchou mobility a také reakce jeho i jeho okolí na tyto změny.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Ve většině dostupných slovníků je pojem *mobilita* uváděn jako synonymum pro označení schopnosti pohybu neboli pohyblivost. Dále je mobilita popisována jako stav, při kterém je subjekt v pohybu. V takovémto případě se tedy jedná o člověka zdravého, co se somatického hlediska týče.

Na druhou stranu opačný stav, kdy dochází k omezení pohybu se nazývá *imobilita*. Tento pojem pak bývá dle defektologických slovníků definován jako nehybnost, neschopnost pohybu, nepohyblivost. V takovém případě mluvíme většinou o jedinci tzv. tělesně postiženém. Renotiérová (2006) rozděluje tuto nehybnost ještě z hlediska následných příznaků, kdy hovoříme o:

- imobilitě (neschopnosti pohybu),
- hypomobilitě (snížení pohyblivosti),
- asynergii (poruše souhybů jednotlivých svalových skupin).

Osoby s *tělesným postižením* představují velmi heterogenní skupinu, kdy jejich společným znakem je omezení pohybu, postihující člověka v celé jeho osobnosti. Dle Rentiérové (2006) má „toto znevýhodnění sekundárně nepříznivý vliv na psychický, smyslový i mentální stav. Po fyzické stránce se projevuje celkovým slábnutím, nedostatečností a atrofií svalového aparátu, který není dostatečně funkčně zatížen. Z hlediska mentálního a smyslového rozvoje je ztíženo poznávání, což souvisí pak i s dalším omezením získávání praktických zkušeností.“ (Renotiérová, 2006, s. 20)

Jak uvádí Mlýnková, pohyb patří k člověku jako noc ke dni a končí se zánikem jeho života, je základní lidskou potřebou. „Tělesná postižení nebo omezení představují velkou emocionální zátěž pro samotné postižené i jejich rodinné příslušníky. Pohyb je podmínkou pro vykonávání jednotlivých činností. Znamená možnost být užitečný sobě i druhým, něco pro druhé zajistit a vykonat. Pohyb je podmínkou uplatnění se na trhu práce, čímž si saturujeme nejvyšší potřeby společenského uplatnění a uznání. Bez pohybu je saturace těchto potřeb omezená, ne-li nemožná.“ (Mlýnková, 2010, s. 143)

„Motorika, vnímání, kognice, a emoce jsou od sebe neoddělitelné a vzájemně propojené. Tělesná motorika může být postižena jen mírně, při těžším motorickém postižení jsou však pohybové možnosti člověka omezeny podstatně. Jako tělesně postižený je



označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození. Omezená pohybová schopnost a změna vnějšího klinického obrazu může ztížit sebeuplatnění – seberealizaci v sociální interakci. Pohyb se dá chápat jako spouštěč procesů, které jsou řízené mozkiem. Pro pohyb jsou v mozku důležité tři lokality: mozková kůra, mozkový kmen a mozeček. Impulzy potřebné pro jednotlivé cílené pohyby vychází z mozkové kůry velkého mozku. Pro diferencované pohyby jsou důležité nepodmíněné pohybové podněty přicházející z mozkového kmene (subkortex) a procházející extrapyramidovými nervovými dráhami. K mozkovému kmeni patří: střední mozek, Varollův most a prodloužená mícha. Nemalou roli hraje rovněž mozeček (cerebellum), přičemž důležitými funkcemi je pohybová koordinace a jemná diferenciací pohybu.“ (Pipeková, 2006, s. 168)

Dle Bendové se člověk, jako specifický živočišný druh, již v průběhu svého vývoje začal pohybovat po dvou končetinách (tzv. bipedálně), čili jeho motorická kompetence působila jako přirozený evolučně – selekční podnět i činitel. (Bendová, 2007)

Jiné zdroje popisují pohyb a jeho význam tak, že „někdy se někomu může zdát, že redukce pohybových možností jedince není nic tak závažného, a proto je namístě si připomenout význam pohybu pro život člověka. Pohyb se v průběhu vývoje člověka stal nejen nositelem a zprostředkovatelem života, ale je v mnoha podobách výrazem lidské snahy o „přesahování všednosti“ a současně člověka „zásobuje“ zážitky, jež jsou zdrojem radosti a štěstí.“ (Kolektiv autorů, 2005, str. 204)

## **1.1. Porucha, vada, defekt**

Defekt neboli vada, porucha, úbytek nebo poškození se projevuje jako vážný a relativně trvalý nedostatek, ztráta nebo nepřítomnost určité funkce nebo orgánu. (Kolektiv autorů, 2012)

Tyto poruchy jsou buď přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou bývají změny na pohybovém aparátu, způsobené dědičností, nemocí nebo

úrazem. Za tělesná postižení jsou považovány vady pohybového a nosného ústrojí, pokud se projevují porušenou hybností. (Renotíerová, Ludíková, 2003)

„Tělesné resp. lokomoční nebo pohybové postižení je omezení hybnosti až znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace nebo amputací či deformací části motorického systému. Takové vady či dysfunkce jsou obvykle patrné na první pohled a mají charakter trvalého snížení funkcí výkonnosti i ztráty schopnosti v některé oblasti nebo ve více oblastech lokomoce. Společným rysem takto postižených lidí je primární redukce obvyklých pohybových aktivit a v některých případech i částečná až úplná mobilita, což má zásadní vliv na kvalitu života, soběstačnost a přístup k životním příležitostem u těchto občanů.“ (Kolektiv autorů, 2005, str. 200)

Novosad popisuje současné pojetí tělesného postižení takto: „V naší době se za tělesné postižení považuje dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit. Takový stav znamená postižení některé či více oblastí obvyklého fungování člověka, přináší výraznou redukci jeho reálných možností i životních šancí, omezuje jeho práceschopnost a negativně zasahuje do mnoha stránek kvality jeho života.“ (Novosad, 2011, s. 85)

Dle Renotíerové, Ludíkové (2003) se nejčastěji tělesná postižení člení na:

- vrozené (ev. i raně získané)
- získané po úraze
- získané po nemoci

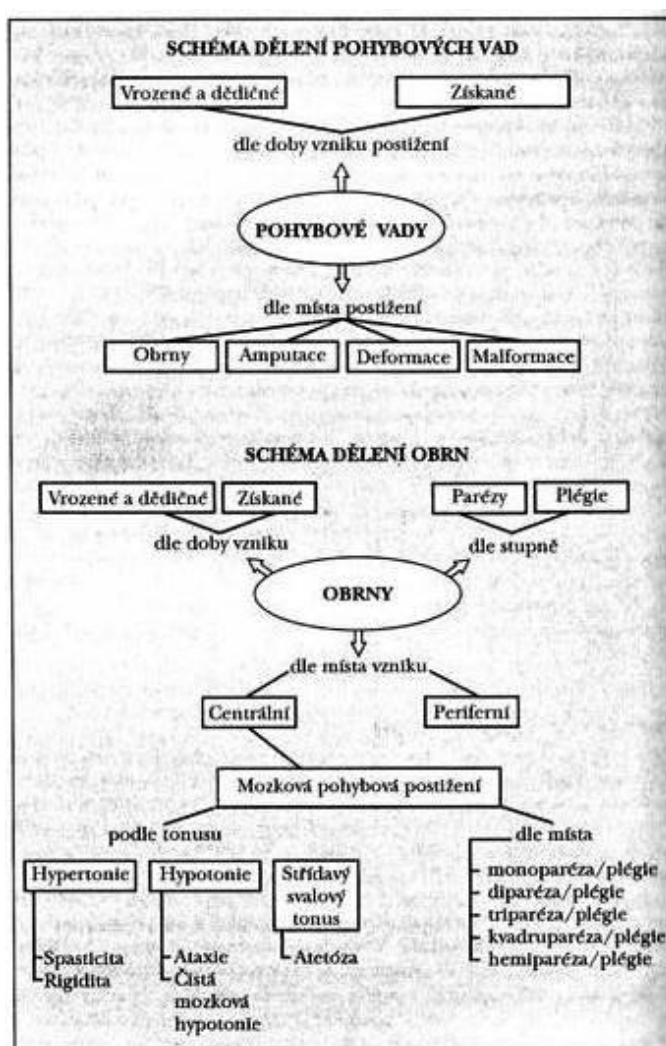
Získaná tělesná postižení, kterým se budeme v textu dále věnovat, mohou tedy vzniknout v kterémkoli věkovém období buď jako následek úrazu nebo jako důsledek onemocnění. (Renotíerová, Ludíková, 2003)

## 1.2. Získané postižení

„Získané postižení méně zasahuje vývoj funkcí osobnosti, které se až do doby vzniku postižení mohly vyvíjet normálně, klade však daleko větší nároky na adaptaci, zvláště v oblasti postižené funkce. Získané postižení znamená obvykle velký zásah do osobnosti, způsobuje duševní trauma a subjektivně je velice hluboce prožíváno“ (Kolektiv autorů, 2005, str. 23)

Příčinami získaných tělesných postižení mohou být deformace, různé typy úrazů a řada nemocí. Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace, viz. obr.1 (Pipeková, 2006)

**Obr. 1 – Schéma dělení pohybových vad (Pipeková, 2006)**



*Deformace* jsou charakteristické neobvyklým tvarem některé části těla. Jejich příčinou bývá nejčastěji nesprávné držení těla. Deformity páteře jsou charakteristické trvalostí a stálostí. Příčiny vadného držení těla mohou být vnitřní (tj. růstové, dědičné vlivy, konstituce, výživa, nerovnoměrnost ve vývoji a růstu) nebo vnější, na jejichž vznik má vliv prostředí (nedostatek pohybu, dlouhotrvající sezení, obezita, předčasné posazování kojence, atd.). (Renotiérová, Ludíková, 2003)

Znaky vadného držení těla podle Dvořákové (1989):

- **Zvýšená hrudní kyfóza** – ohnutí hrudní části páteře, odstálé lopatky a sevřený hrudník mezi rameny, s ní bývá spojena zvětšená krční lordóza.
- **Zvětšená krční lordóza** – předsunutí a prohnutí krční páteře spolu s předsunutím a zakloněním hlavy
- **Zvětšená bederní lordóza** – zvětšené prohnutí v bederní páteři spolu s uvolněným břichem a hýžděmi a nesprávným sklonem pánve.
- **Skoliotické držení těla** – je způsobeno rotací páteře a projevuje se nesymetrickým obrysem těla a různou výškou ramene a lopatek.
- **Bočitost kolen vnitřní nebo zevní** – je často spojena se špatným postavením hlezenních kloubům kdy především vyvracení kotníků dovnitř má negativní vliv na postavení dolních končetin a pánve.
- **Plochá noha** – se projevuje poklesem až vymizením klenby nožní (podélné nebo i příčné).

*Tělesná postižení po úraze* vznikají např. při dopravních nehodách, zasažení elektrickým proudem, živelných katastrofách, výbuchem munice atd. Trvalé následky mohou výrazně omezit mobilitu člověka, ztěžovat výchovu a vzdělávání, ale i kvalitu celého jeho dalšího života. Nejzávažnější bývají úrazová onemocnění mozku a míchy. (Renotiérová, Ludíková, 2003)

Úrazy mohou být také příčinou amputací, kdy k amputaci končetin může dojít v okamžiku úrazu nebo těsně po něm. Amputací rozumíme umělé odnětí části končetin od trupu. V těchto případech je nezbytná spolupráce s plastickou chirurgií nebo s protetickým oddělením, kde se volí nejvhodnější řešení pro postiženého jedince. (Pipeková, 2006)

Z *tělesných postižení po nemoci* uvádím alespoň ty nejzávažnější, a to jsou dle Renotiérové a Ludíkové (2003) revmatická onemocnění, Dětská infekční obrna, Perthesova nemoc a Myopatie (progresivní svalová dystrofie).

Tělesná postižení jsou spojena s mnoha omezeními, která mohou představovat dlouhodobý stres. Možné důsledky lze diferencovat takto:

- **pohybový defekt**, tj. funkční handicap,
- **tělesná deformace**, tj. estetický handicap. (Vágnerová, 2008)

U osob se získanou poruchou mobility se může projevit i tzv. **imobilizační syndrom**. Jedná se o tyto znaky:

- následek imobilizace, vynucené nebo nutné pro stav nemocného,
- celková odezva organismu na klidový režim – imobilitu,
- stav, při kterém je jedinec ohrožen poškozením jedné nebo několika orgánových soustav,
- první následky – po několika hodinách, k patologickým změnám dochází již v průběhu 7 dní.

Projevy tohoto syndromu jsou:

- různé poruchy jedné nebo několika orgánových soustav,
- projevy mohou probíhat **skrytě** – může dojít k prodlevě řešení nebo i zanedbání těchto projevů, které bývají odhaleny pozdě a pro pacienta znamenají velké nebezpečí,
- nebo **viditelně** např. dekubity a opruzeniny. (Mlýnková, 2010)

Autorka (tamtéž) dále zmiňuje, že prevence je v pravidelném polohování nemocného (zpravidla přes den po 2 hodinách, v noci po 3-4 hodinách, dále dle stavu nemocného), k tomuto využití polohovacích pomůcek, dále pasivní rehabilitace (pokud není nemocný schopen aktivních pohybů), aktivní rehabilitace spojená s kondičním cvičením, spolupráce fyzioterapeuta a ošetřovatelského týmu, podpora soběstačnosti na lůžku nebo při pohybu a činnostech okolo lůžka, posazovat nemocného v křesle během dne, snaha o včasnou

vertikalizaci, dostatečný příjem vápníku a eventuálně vitamínu D, přiměřený pohyb a zátěž, pobyt na slunci – pacienti vyvážet ven – slouží ke zlepšení psychické pohody a komunikace s ostatními. (Mlýnková, 2010)

Psychosociální reakce na imobilitu:

- zhoršení rozhodovacích schopností a porušená schopnost koncentrace
- ztráta sebevědomí, pocity bezcennosti
- složitá pracovní a finanční perspektiva
- apatie
- projevy nepřátelství, agresivity
- zhoršení nálady, smutek, deprese
- bezmocnost, beznaděj, pocit prázdnoty
- zmatenost, ztráta orientace (především u starých lidí)
- poruchy spánku

Prevencí je v tomto případě vřelý přístup, komunikace, aktivizace psychiky, návštěvy rodiny a další faktory. (Mlýnková, 2010)

## 2 DOSPĚLOST A ZÍSKANÁ PORUCHA MOBILITY

„*Dospělost* lze definovat jako období svobody rozhodování spojeného s odpovědností za svá rozhodnutí a schopností získat a plnit příslušné role. Dospělý postižený člověk prokáže svou zralost mimo jiné tím, že si vytvoří určitou identitu, jež zahrnuje i jeho handicap. A počítá s omezením, která mu přináší. Jestliže to dokáže, může usilovat o dosažení dalšího vývojového stupně, stadia intimity, to znamená, že může být na psychické úrovni rovnocenným partnerem (a není jen závislým objektem něčí péče). Dospělost potvrzuje i schopnost generativity, tj. vytváření něčeho užitečného. Dosažení této úrovně je nezbytné pro přijatelné zvládnutí rodičovské i profesní role. Dospělý je schopen pracovat a mít určité výsledky. Je schopen dítě nejen zplodit, ale také vychovat. Postižený jedinec není vždycky schopen zvládnout všechny požadavky dospělosti. Může zůstat závislý, nesoběstačný, nemůže či ani nechce o sobě rozhodovat a nést za svá rozhodnutí odpovědnost.“ (Vágnerová 2008, s. 183)

Renotiérová (2006) k tomuto též uvádí: „Raná dospělost je rizikovým obdobím z hlediska zvýšené pravděpodobnosti úrazu, který může vést k některému z trvalých postižení motoriky. Jistou výhodou takového pohybového omezení je skutečnost, že již vzniklé sociální vztahy zásadním způsobem nepoškodí. (Renotiérová, 2006, s. 27)

V této kapitole se budeme věnovat fyzickým i psychickým změnám dospělého jedince důsledkem získané poruchy mobility, jeho reakci na tyto změny, stejně tak reakcí lidí z jeho blízkého okolí, dále také adaptací jedince na získané postižení až v dospělém věku, vlivem společnosti na něj, následným formováním nového životního stylu a kompenzačními pomůckami včetně úprav bydlení, které může jedince se získanou poruchou mobility využívat.

### 2.1 Fyzické a psychické změny v důsledku získané poruchy mobility

Velmi výstižně nás do problematiky uvádí Novosad, který popisuje, že lidé, kteří se ocitnou v situaci prudké a náhlé změny zdravotního stavu, funkčnosti i sociálního statusu nemají výše zmíněnou možnost či příležitost (nikoli výhodu) postupné adaptace, proto bývá

tvrzeno, že jedny z nejnáročnějších tlaků na lidskou psychiku v období úrazu, které vedou k získanému postižení, jsou nečekaný přechod zdraví v „nezdraví“, funkční nedostatečnost a odlišnost vzhledu. Krizová situace většinou nastává u lidí, kteří do vzniku úrazu nebo prudkého vypuknutí nemoci neměli větší zdravotní problémy a kterým i přes veškerou léčebnou péči zůstanou trvalé následky s charakterem chronické nemoci či tělesného postižení. Postižení znamená velký zásah do kvality života a omezení aktivit a příležitostí, což se negativně promítne do sociální, osobní, rodinné a profesní stránky jejich života a vynutí si změnu postojů k životu. Může to vést až k rozpadu rodiny, ztrátě materiálního zajištění plynoucího z práce nebo ke změně postojů sociálního prostředí k člověku s postižením. Zmíněné změny bývají výrazné zejména u klientů s amputacemi končetin, se závažnými poraněními obličeje, s deformací či znetvořením, po úrazech mozku a poranění míchy s následnou paraplegií či kvadruplegií. (Novosad, 2011)

Somatická choroba působí také na psychiku nemocného, má tedy svůj sociální význam vyjádřený rolí a postavením nemocného. Nemoc lze obecně chápat jako narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu života nemocného jedince. Chronické onemocnění či postižení představuje trvalé znevýhodnění. Může sice dojít ke zlepšení, resp. úpravě stavu, ale chronicky nemocného nelze nikdy zcela vyléčit, měl by onemocnění přijmout jako součást své identity a měl by se s ním naučit žít. Jakékoli závažné onemocnění je velkou životní zátěží, která nějakým způsobem ovlivní i psychiku nemocného. Může změnit nejenom aktuální prožívání a reagování, ale i některé vlastnosti jeho osobnosti. Naopak, mnohé tělesné potíže mohou být v závislosti na špatném psychickém stavu nemocného udržovány, či zhoršovány, zatímco dobrý psychický stav může přispět k jejich zlepšování nebo dokonce vymizení. Mezi tělesnou a psychickou složkou totiž existuje reciproční vztah. (Vágnerová, 2008)

Jak dále autorka (tamtéž uvádí, každé somatické onemocnění tedy ovlivňuje i psychiku. Aktuální prožívání, uvažování a z toho vyplývající chování nemocného. Významným aspektem je vědomí choroby, představa o míře ztrát, které jsou jejich důsledkem, i ohrožení vlastní budoucnosti a života, tak jak je nemocný ochoten a schopen si ji připustit. Nemoc egocentrizuje a izoluje, stává se dominantním osobním tématem, které činí všechno ostatní méně významným. Může docházet k idealizaci minulosti, kdy jedinec byl zdravý a neměl tak zásadním způsobem omezené možnosti. Z hlediska přítomnosti závažná choroba redukuje pozitivní zážitky a přináší mnoho nepříjemných podnětů. Celková bilance je



nepříznivá a stejně tak i vyhlídka do budoucnosti. Pod vlivem choroby samé, i v důsledku jejího, převážně negativního sociálního významu se mění sebepojetí nemocného - zhoršuje se jeho sebehodnocení a snižuje sebeúcta. Postoj k vlastní chorobě může v různé míře vést ke změně identity nemocného člověka, k jejímu rozkladu či pocitu ztráty její podstatné části. Projevuje se i v tom, jak přijímá nebo nepřijímá roli nemocného, to znamená, zda se s ní identifikuje, či nikoli, a následkem toho různým způsobem jedná. Postoj k vlastní nemoci závisí na mnoha subjektivních i objektivních faktorech. Zahrnuje emoční prožívání, rozumové hodnocení a chování.

Novosad (2011) popisuje psychické změny jako řadu zkušeností a jiných více či méně pozitivních i nepříznivých faktorů, působících zákonitě na psychiku jedince. „Vyrovná-li se s nimi, či je dokonce zužitkuje ve svůj prospěch, nebo některé situace nezvládne a bude opravdu v něčem deprivován či frustrován, to záleží na jeho osobnostní výbavě, kompetencích pro zacházení s vlastním životem, kvalitě i zaměření poskytované podpory, včetně podpory rodinné, speciálněpedagogické a zdravotně-sociální.“ (Novosad, 2011, s. 106)

Pod vlivem onemocnění se tedy mění základní psychické potřeby a hodnoty, které s nimi souvisejí. Může se měnit jejich hierarchie, preferovaný způsob uspokojování, převažující aktuální motivace apod. Zdraví se obvykle stává hlavní potřebou.

- Potřeba stimulace a nových zkušeností se v závislosti na různých potížích a celkové vyčerpanosti zpravidla snižuje.
- Nemocný jedinec má potřebu se ve své situaci orientovat, znát svůj zdravotní stav, vědět, co jej čeká a proč to je nutné.
- Potřeba citové jistoty a bezpečí se pod vlivem nemoci zvyšuje.
- Potřeba sociálního kontaktu může být obtížněji uspokojována, nemocný bývá více izolován, setkává se s omezenou skupinou lidí.
- Pod vlivem onemocnění se mění i potřeba seberealizace.
- Potřeba otevřené budoucnosti, tj. pozitivní prognózy, bývá závažným onemocněním vždycky více či méně frustrována. (Vágnerová, 2008)

## 2.2 Reakce dospělého jedince na změny vzniklé následkem získané poruchy mobility

Dle Vágnerové má každé onemocnění symptomy, které mohou být subjektivně nepříjemné a omezující. Vzhledem k tomu, že kvalita života je vyjádřitelná mírou subjektivní spokojenosti, její objektivní charakteristika nemá smysl, protože lidé prožívají svá onemocnění a s nimi spojené potíže každý jinak. Tudíž je vždy třeba si uvědomit, do jaké míry nemoc ztěžuje jejich život, případně ve kterých oblastech je limituje a znevýhodňuje. (Vágnerová, 2008)

Později vzniklé postižení představuje silné emoční trauma. Způsob, jakým se jedinec s takovou zátěží vyrovnává, závisí na dosažené vývojové úrovni, jeho osobnostních vlastnostech i sociální podpoře nejbližších lidí. Prožitek ztráty vyvolává negativní emoční reakce, jako je deprese, úzkost, postižený člověk se trápí, vtírají se mu různé negativní myšlenky, kterých se nemůže zbavit, koncentruje se na tento problém a neustále se jím zabývá, cítí se ve své nové situaci osamělý. Pokud ztráta zdraví vznikla náhle, představovala větší zátěž, než kdyby šlo o důsledky dlouhodobě působícího onemocnění, na něž se nemocný mohl alespoň částečně adaptovat. (Karlsson in Vágnerová, 2008)

Reakce dle Vágnerové (2008) na nově vzniklé postižení a zvládání této zátěže probíhá ve čtyřech fázích:

1. **Fáze latence**, resp. nedostatečné informovanosti. Člověk ví, že utrpěl úraz, leží v nemocnici, ale zatím neví přesně, co se mu stalo a jaké to bude mít následky. Pokud je při vědomí, myslí si, že jde o přechodný problém a věří, že se uzdraví. Zraněný jedinec zpravidla nebývá o svém stavu plně informován. Neví sice, co se s ním děje, ale nemyslí si, že by byl takto omezen trvale, a proto nemá důvod uvažovat o změně svých životních plánů a hodnot. Může mít bolesti, strach z budoucnosti, strádá nucenou nečinností, ale jeho postoj se v zásadě nemění: cílem je úplné uzdravení.
2. **Fáze pochopení traumatizující reality**. Pacient prochází léčbou, ale po určité době, když se jeho stav nemění, sám pochopí, že se pravděpodobně nikdy neuzdraví nebo je v tomto směru informován lékařem. Reakcí na toto zjištění

je šok, člověk své trauma často řeší tím nejjednodušším způsobem: popírá, že by něco takového bylo vůbec možné.

3. **Fáze protestu a smlouvání.** Pacient v této fázi neguje všechno, co není návratem k původnímu stavu. Odmítá kontakt s lidmi, nechce žít, nechce rehabilitovat, protože život postiženého je pro něj nepřijatelný. Teprve postupně se smiřuje se svým stavem, ale také s osudem smlouvá a snaží se uchovat naději na lepší výsledek, někdy i nepřiliš realistický. Mohou se objevit různé maladaptivní obranné strategie, jako je udržování pocitu hořkosti a obviňování ostatních, sebelítost a pocity bezmocnosti v nové situaci, ale i hledání účelnějších řešení.
4. **Fáze postupné adaptace,** kdy se postižený učí různým kompenzačním způsobům pohybu, sebeobsluhy, orientace v prostředí apod. Vědomí omezení mnohdy zbytečně blokuje rozvoj těchto kompetencí. Nemocný si nevěří, netroufá, neví, co všechno je za daných okolností možné, protože většinou nikoho podobně postiženého nezná. Někdy si naopak potřebuje dokazovat, že může víc, než je mu doporučováno, a posiluje si tak svou narušenou sebeúctu. Teprve v tomto období si většina postižených připustí, že došlo k zásadní změně jejich kompetencí a že na tom nemohou nic změnit. Této skutečnosti je nutné přizpůsobit i další směřování. Sociální adaptace je spojena s přechodovými rituály, které symbolizují změnu identity postiženého. Může to být např. návrat do zaměstnání, mezi přátele, na ulici města, kde žije, apod. Člověk se vrací do společnosti, ale za jiných okolností, v jiné pozici.

### **2.3 Okolní reakce na změny v životě dospělého jedince vzniklé následkem získané poruchy mobility**

Vágnerová uvádí, že nemoc je třeba posuzovat nejenom jako biologickou odchylku, ale také jako určitý druh sociální deviace. Kromě medicínského kritéria bývá totiž kategorie nemoci spoluurčována i sociálně. Když někdo závažněji onemocní, změní se nejen po stránce fyzické nebo psychické, ale změní se i jeho postavení a identita. Toto může mít v závislosti na

sociokulturním kontextu různý rozsah. Hranice mezi zdravím a nemocí není určena jednoznačně a s definitivní platností. Závisí na tom, co je považováno za nemoc na dané úrovni vědění. Somatická nemoc je jednou z mála odchylek sociální identity, která svému nositeli zaručuje i určitá privilegia, jako například ohledy, sympatii, trpělivost a ochotu tolerovat některé nedostatky. Somatická nemoc, dalo by se říct, je takovou odchylkou od normy, která bývá sociálně tolerována. Tento postoj je dán faktem, že každý člověk si uvědomuje svou zranitelnost, tedy i vysokou pravděpodobnost takového ohrožení, potvrzovanou četností výskytu nemocných lidí v populaci. Nemoc jako taková je pak samozřejmou součástí života, zejména starších lidí. Vágnerová tedy uvádí, že snad právě proto si společnost uchovala tendenci pomáhat a brát ohled na nemocné jako svou normu pozitivně hodnoceného chování. (Vágnerová, 2008)

Můžeme souhlasit s autorkou v tvrzení, že rodina je pro nemocného člověka jedinou sociální skupinou, která mu umožňuje dostupnou a zvládnutelnou sociální integraci, může mu poskytnout potřebné emoční zázemí a podporu. Nakonec bývá jediným prostředím, v němž nemocnému zůstávají individuálně specifické role, kde není anonymizován. Rodina je v případě těžkého onemocnění jedinou alternativou sociální izolace. Občas jí mohou být i přátelé. Přesto nemocní trpí pocity osamělosti a izolovanosti. Jejich utrpení s nimi nemůže sdílet nikdo jiný, život zdravých má jiný obsah i perspektivu, přestože žijí v jedné domácnosti. Postupně může dojít v rámci rodiny k odcizení, jehož příčinu nemocný ani zdraví lidé mnohdy plně nechápou.

Pipeková k tomuto uvádí, že „je důležité realistické ohodnocení situace postižených a respektování jejich identity a jedinečnosti, včetně jejich postižení.“ Dále poukazuje na to, že „postižení se považuje stále méně za neměnný stav individua, které vyžaduje stálou nabídku opatření. Mnohem častěji vychází z toho, že stav postižení se může měnit podle účelové nabídky podpory, že potřebám jedinců s postižením nejlépe odpovídá kontinuum nabídek a že postižení mohou a mají vést v co nejvyšší možné míře „normální život“.“ (Pipeková, 2006, s.168)

Jakákoli závažnější nemoc není jen záležitostí jedince, ale ovlivní život celé rodiny. Je to zátěž, která mění situaci a mnohé aspekty, na nichž závisí další rozvoj vztahů v této skupině. Pod vlivem změn daných chorobou se nemění jenom postavení nemocného, ale i obsah rolí ostatních členů rodiny a jejich celkový životní styl, někdy i jejich hodnoty a normy. Postoje společnosti k postiženým lidem bývají odmítavé či ambivalentní, často vycházejí

z nedostatku porozumění jejich problémům. Postoje se vždy vytvářejí jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Mají svou racionální a emotivní složku a projevují se v chování. Rozumová složka zahrnuje znalosti a informace, které člověk o problému má. Citová složka vyjadřuje jakési základní hodnotící kritérium, odmítání či přijetí, jež nabývá na významu zejména tehdy, když lidé o daném problému mnoho nevědí. Tak tomu bývá i v případě postojů k postiženým lidem. Vzhledem k tomu, že tato problematika byla po dlouhou dobu tabuizována, měla laická veřejnost o problémech, možnostech a omezeních handicapovaných lidí jen velmi málo informací. (Vágnerová, 2008)

Působením médií může dojít k informačnímu šumu, jak uvádí Novosad, kdy zkratkovitým, nepřiliš objektivním zpravodajstvím v médiích ovlivněná veřejnost získává dojem, že lidé s postižením dostanou peníze od státu na auto, pomůcky, dopravu, úpravu bytu, osobní péči apod. a mají nárok na řadu zdravotních i sociálních služeb. Veřejnost netuší, že prostředky od státu jsou na úrovni příspěvků, jenž zdaleka nepokrývá skutečnou výši nákladů a nedosáhne na ně každý. Ve svých důsledcích takové zpravodajství přispívá k narušování konsenzuálního principu sociální solidarity, na němž stojí každá civilizovaná společnost a jehož hodnotu nijak nesnižují diskuze (často politicky účelově deformované) o krizi sociálního státu. (Novosad, 2011)

Důležité také je si uvědomit, že v kontaktu s osobami s poruchou mobility musíme zohledňovat základní lidská práva, a to:

- Právo být odlišný
- Právo na důstojný a odpovídající způsob života
- Právo na integraci do společnosti
- Právo na svůj názor a na jeho splnění
- Právo na rovnoprávné občanství a na nezávislý výběr způsobu života i místa, kde chce jedinec žít (Bendová, 2007)

## 2.4 Adaptace jedince na získanou poruchu mobility

V dospělosti je dle Vágnerové (2008) důležité zvládnutí tří základních rolí: profesní, partnerské a rodičovské.

### *Profesní role*

Dospělý člověk uspokojuje svou potřebu seberealizace v profesní oblasti. Závažně postižený jedinec nebývá omezen jen při volbě povolání, ale i při hledání vhodného místa. Dost často se stává, že tyto lidé nemohou sehnat přijatelné zaměstnání nebo nejsou schopni zvládnout jeho požadavky bez úpravy pracovních podmínek. Nástup do zaměstnání a nová konfrontace s majoritní, tj. zdravou, populací představuje určitou zátěž, je obdobím druhé krize identity postiženého jedince.

Riziko nezaměstnanosti je v případě zdravotně znevýhodněných lidí mnohem vyšší než u zdravých. Frustrace, kterou nezaměstnaný prožívá, může vést ke stimulaci reakcí různého druhu. Závislost na invalidním důchodu bývá subjektivně nepříjemná a degradující, může vyvolávat pocity méněcennosti. Zbavuje handicapované možnosti sociálního kontaktu a může vést k tělesnému a psychickému chátrání (pokud si nenajdou vhodnou náhradní náplň).

### *Partnerská role*

Pro postiženého člověka má získání partnera ještě větší význam než pro zdravého. Kromě uspokojení v intimní oblasti jde ve větší míře i o sociální hodnotu partnerského vztahu, o jeho symbolický význam. Získání partnera funguje jako důkaz normality.

Jakékoli postižení je faktorem, který může měnit mezilidské vztahy. Ve vztahu může převažovat autoritářská manipulace, potřeba pečovat, soucit, pocity viny a mnohé další emoce, které jej činí asymetrickým, a tudíž snadno zranitelným. Navíc ani chování handicapovaného, vycházející z odlišného sebehodnocení, nemusí být zcela adekvátní. Závažněji postižený jedinec má omezenější možnost získat partnera, pro kterého by byl přijatelný. Určitou překážkou se stává skutečnost, že postižení je dominantním znakem identity, který překrývá gender (pohlavní) roli. Ostatní lidé vnímají tohoto jedince především jako handicapovaného, a teprve pak jako muže či ženu.

### *Rodičovství*

Rodičovství je další alternativou uspokojení seberealizace, která je zdánlivě snadno dostupná i postiženým lidem. Děti jsou možným důkazem normality a potvrzením hodnoty člověka v rodičovské roli.

Tlak na bezdětnost, pokud by bylo riziko postižení dítěte hodně vysoké, může postižený dospělý interpretovat jako další omezování jeho osobní svobody zdravými. V rámci generalizované obrany někdy handicapovaní prosazují své právo stát se rodiči za každou cenu a dosažení tohoto cíle pro ně představuje symbol výhry nad zdravými, kteří by je chtěli omezovat v jejich právech. Na druhé straně nejde o necitlivost k riziku postižení vlastního dítěte, něco takového si nechtějí ani připustit. Může jít i o projev adaptace na život postiženého, který jim nepřipadá zase tak hrozivý, jako se jeví zdravým. Postoje postižených v této situaci poněkud připomínají chování menšin, jimiž v určitém smyslu také jsou. (Vágnerová, 2008)

Dle Novosada můžeme rozdělit determinanty ovlivňující život lidí s postižením na subjektivní a objektivní činitele, z nichž některé je možné měnit či pozitivně ovlivnit, jiné jsou v podstatě neměnné a můžeme je pouze kompenzovat nebo částečně omezovat jejich negativní působení. Většina faktorů, činitelů nebo aspektů, působících na kvalitu života s postižením, má smíšený charakter, prolínají se a jejich následky se kombinují, jak lze vyčíst z tabulky uvedené níže. (Novosad, 2011)

Subjektivní činitelé	Objektivní činitelé
Zdravotní stav a omezení, která z něho vyplívají. Tím máme na mysli chronické onemocnění nebo trvalé zdravotní postižení, jež není možné plně terapeuticky zvládnout, které zásadním způsobem ovlivňuje lokomoci, mobilitu, vnímání a komunikativnost, chápání, emocionalitu, chování a jednání jedince a které jej může znevýhodňovat oproti lidem bez postižení.	Politická kultura a hodnotová orientace společnosti, společenské vědomí, postoje k lidem s postižením, předsudky a stigmatizační procesy.
Osobnostní rysy jedince dané souhrnem vrozených dispozic a zásadně ovlivněné zejména působením rodiny, školy, komunity, kultury a společnosti.	Stav životního prostředí posuzujeme z hlediska: <ul style="list-style-type: none"> <li>• podílu na četnosti výskytu populace lidí s postižením</li> </ul>

	<p>vlivem zhoršujícího se životního prostředí (biopatogeneze),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• přímého vlivu na existenci a život těchto lidí.</li> </ul>
Vlastní sebehodnocení a aspirace ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění a k reálným možnostem dosahování životních cílů.	Sociální politika a sociální služby, rovné příležitosti a prostředí pro všechny ( design for all).
Schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci, která je dána hlavně charakterovými vlastnostmi, volní a motivační složkou osobnosti a adaptačními schopnostmi člověka s tělesným postižením.	Vzdělávací politika.
Vnější vlivy, které jedince determinují, resp. Může být na nich závislý, jako je rodina či osobní zázemí (tzv. sociální opora) a užší sociální prostředí, komunita.	Zdravotní péče, včetně dostupné rehabilitace.
	Politika zaměstnanosti.
	<p>Globální vlivy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• politické,</li> <li>• geopolitické,</li> <li>• národní,</li> <li>• filozoficko-etické normy,</li> <li>• ekonomické,</li> <li>• legislativní,</li> <li>• kulturní.</li> </ul>

## 2.5 Vliv společnosti na dospělého jedince se získanou poruchou mobility

Postižení jsou samozřejmou součástí každé společnosti, ale ne vždy jsou zde uspokojivě přijímáni. Aby to bylo možné, je třeba se naučit jim rozumět, chápat příčiny jejich



odlišnosti a přijímat je jako jednu z variant široké normy. Integraci lze definovat jako začlenění postiženého jednice do společnosti zdravých, kdy v ní dovede bez problémů žít, cítí se jí přijat a sám se s ní identifikuje. Integrace je vždycky dvoustranným procesem, důležité jsou postoje postižených i zdravých a z nich vyplývající chování. Je výsledkem procesu učení, resp. adaptace na kognitivní i emotivní úrovni. Vzhledem k tomu, že jde o náročný proces, musí být postižený člověk dostatečně motivován. Pokud je zátěž spojená s integrací příliš velká a motivace slabá, zůstávají raději v izolaci nebo v minoritě podobně znevýhodněných, kde se cítí jistější a jejich potřeby mohou být uspokojovány snáze, než kdyby byli vystaveni tlaku zdravé populace. Preference společnosti stejně postižených souvisí s efektem similarity. Lidé si lépe rozumějí s tím, kdo má obdobné problémy a reaguje na ně podobným způsobem. Takto se vytvářejí sociální skupiny, které mají charakter minority se všemi jejími důsledky, výhodami i nevýhodami. Vlivem izolace a určitého způsobu života si bývá jednání postižených skutečně více podobné. Tím se laická veřejnost dále utvrzuje v představě stereotypu v projevu postižených lidí. Izolace může zvýšit pravděpodobnost takové změny jejich postojů i chování, která bude na překážku přijatelné integrace. Důležitým předpokladem začlenění do společnosti zdravých je schopnost komunikace, porozumění pravidlům, která zde platí, a jim odpovídající chování. (Vágnerová, 2008)

„Veškeré terapeutické metody jsou zaměřeny na podporu přijatelného rozvoje pohybových kompetencí, ale někdy i na změnu postoje k vlastním problémům.

- **Medicínská léčba.** Může být důležitá pro zlepšení, resp. udržení přijatelného stavu, v závislosti na typu postižení.
- **Rehabilitační péče.** Různé formy fyzioterapie slouží k dosažení maximálně možného stupně hybnosti, resp. k uchování stávajícího stavu, pokud by existovalo riziko jeho zhoršení.
- **Kompenzační pomůcky** (např. berle, vozík) umožňují dosáhnout alespoň určitého stupně pohybové samostatnosti.
- **Psychoterapeutická péče.** Je indikována u starších dětí a dospělých, kteří mají v důsledku svého postižení problémy v kontaktu s ostatními lidmi, v navazování vztahů a ve svém začlenění do širšího sociálního prostředí. K tomuto účelu jsou využívány behaviorální metody, nedirektivní nácvik sociálních dovedností, skupinová

psychoterapie apod. Psychoterapeutické vedení se často zaměřuje na změnu postoje k vlastním potížím.

- **Terapeutická práce s rodinou** je velmi důležitá – pomoc potřebují i ostatní členové rodiny, protože zvládnutí této situace není snadné ani pro ně. Užitečné mohou být svépomocné skupiny rodičů nebo partnerů tělesně postižených, jejichž terapeutický efekt spočívá v podpoře této skupiny, sdílení obdobných problémů, mnohdy i v získání užitečných informací a zkušeností.
- **Socioterapie.** Člověk s poruchou hybnosti může potřebovat pomoc při hledání bezbariérového bydlení, vhodného zaměstnání apod. V dětském věku je důležitá mimoškolní činnost – podpora různých dostupných aktivit těchto dětí, letních táborů apod.“ (Vágnerová, 2008, str. 261)

## 2.6 Formování nového životního stylu

Člověk se získaným postižením musí najít nový smysl svého života, nový cíl svého směřování, s tím souvisí změna jeho životních hodnot i jeho sebepojetí. Choroba, event. úraz s trvalými následky obvykle původní identitu rozbije. Murphy (2001, s.75) říká: „Od doby, kdy byl u mne poprvé diagnostikován nádor, až ke vstupu do života vozíčkáře, jsem si stále silněji uvědomoval, že jsem ztratil mnohem víc než schopnost plně ovládat nohy. Přišel jsem také o část svého já. Nešlo jen o to, že se ke mně lidé chovali jinak, ale také o to, že jsem se jinak cítil já ve vztahu k sobě samému.“ Obnova přijatelného sebepojetí vyžaduje stejné úsilí jako rehabilitace somatických funkcí, někdy bývá i delší a obtížnější. Jde o vymezení nové identity, pochopení, kým je člověk nyní. V případě úrazu dochází k velice rychlé a náhlé ztrátě zdraví, takže u těchto lidí přetrvávají po určitou dobu dřívější postoje a teprve postupně dochází k přizpůsobení novým okolnostem. Postižený člověk musí překonávat mnoho překážek a potíží, a záleží na něm, jak je bude chápat a jaký pro něho budou mít smysl. Aby všechny problémy zvládl, musí si vybudovat novou sebedůvěru. Mnozí z dobře adaptovaných postižených, kteří tuto zátěž zvládli, interpretují tuto situaci jako výzvu. Jejich problémy pro ně měly smysl jako pobídka k hledání nového řešení, byly podnětem k osobnostnímu rozvoji. (Vágnerová, 2008)

Velký význam má podle autorky (tamtéž) sociální a emoční zázemí, podpora blízkých lidí. V závislosti na nově získaném postižení, event. změně celkové situace se určitým způsobem mění i tyto vztahy:

- **Vztahy s rodiči.** Rodiče se obvykle vrátí k pečovatelskému postoji, jaký zaujímal k malému dítěti, kdy postižený jedinec je manipulován do role ochraňovaného a závislého jedince, od kterého se žádná aktivita neočekává.
- **Vztahy s vrstevníky,** přátelské či partnerské, bývají také ohroženy změnou potřeb a hodnot, rozdílností postoje ke světu atd. Navzdory často oboustrannému úsilí zachovat dřívější role a úroveň vztahů vede změna osobnosti postiženého postupem času ke vzájemnému odcizení. Tyto vztahy musí rovněž projít proměnou, nemohou zůstat takové, jaké byly. Člověk po zranění, s nějakým trvalým omezením, se může stát pouhým pasivním příjemcem informací o dění, které ho dříve sice zajímalo, ale kvůli trvalému omezení už pro něho není důležité. Jeho možnosti i zájmy se změnily. Mnohá přátelství a partnerství končí z důvodu rozdílnosti ve stylu života, která u něj nastala, stejně tak i v názorech a potřebách. Zpravidla nejde o rozchod, resp. opuštění kvůli sobectví zdravých, ale o ztrátu možností sdílení něčeho společného. Často o dřívější přátele nemá zájem ani sám postižený, protože se musí zabývat problémy, jimž oni nemohou rozumět. Důležité jsou dle Vágnerové zachované kompetence, které umožní sdílet společné aktivity a tak si uchovat i přátelské vztahy. (Vágnerová, 2008)

## **2.7 Kompenzační pomůcky osob se získanou poruchou mobility**

V běžných životních podmínkách mohou být osoby s poruchou mobility znevýhodněny ve srovnání s intaktní populací ve svém pohybu. Mnohé z nich tedy nedokáží provést běžné denní činnosti nebo je provádí nedokonale nebo výrazně pomaleji či neobvyklým způsobem. Z toho vyplývá v mnoha případech jejich závislost na používání nejrůznějších technických pomůcek i za účasti tzv. fyzické asistence (pomoci druhé osoby). Úspěšnost socializace či resocializace člověka s fyzickým handicapem závisí na úrovni sociální a materiálně technické vybavenosti prostředí. Lidem s poruchou mobility napomáhá v oblasti materiálně technické vybavenosti medicínsko – technický obor ortopedická protetika. (Jonášková in Renotiérová, Ludíková a kol., 2003)

Mezi nejběžněji používané pomůcky patří berle, hole, chodítka, kozičky a ortopedické vozíky, které dále můžeme dělit na vozíky pro děti a dospělé, vozíky standartní a speciální, vozíky mechanické a elektrické, vozíky s vlastní obsluhou samotného uživatele a vozíky transportní nebo ještě vozíky polohovací.

Dle Michalíka (2005) lze technické pomůcky pro osoby s omezením hybnosti rozlišovat takto:

- Pomůcky pro lokomoci,
- Pomůcky pro rehabilitaci a polohování,
- Pomůcky pro běžné denní činnosti,
- Pomůcky pro osobní hygienu,
- Pomůcky pro práci ve škole,
- Počítačovou techniku,
- Zdravotnické technologie.

Dá se říci, že kompenzační pomůcky představují pro osoby s omezením hybnosti velmi důležitý způsob kompenzace pohybových funkcí a funkce mnohých tělesných systémů. Pro českého uživatele však stále zůstává problematická dostupnost mnohých pomůcek. Zdaleka ne všechny kompenzační pomůcky jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami a pro potencionální uživatele zůstávají finančně nedosažitelné, ovšem problematické je také vlastní zakoupení mnohých pomůcek, jelikož se jedná o sortiment, který v ČR využívá tak omezená část populace, že firmám se nevyplatí tyto pomůcky vyrábět. Uživatelé jsou proto odkázáni na nákup potřebných kompenzačních pomůcek v zahraničních zemích s širší nabídkou. Nezanedbatelným faktorem je i malé povědomí uživatelů o široké škále kompenzačních pomůcek, se kterými se můžeme u osob s omezením hybnosti setkat. (Bendová, 2006)

Pomůcky mohou být hrazené ze systému sociálního zabezpečení a to díky příspěvku na opatření zvláštních pomůcek, kdy dávku poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností nebo v rámci pomůcek pro zdravotně postižené v systému zdravotního pojištění, pak se jedná o ty zdravotnické prostředky, které předepíše lékař. Jsou to tedy zdravotnické prostředky předepisované na poukaz. (Michalík, 2005)

## 2.8 Bydlení doma

Pokud používá člověk nějakou kompenzační pomůcku, je třeba přizpůsobit byt tak, aby byl přístup do domu i bytu bezbariérový a s kompenzační pomůckou, ať už je jakákoli, bylo možné pohybovat se jak v interiéru bytu, tak venku.

Prostranství kolem domu musí být rovné a zpevněné, aby se jedinec s kompenzační pomůckou mohl pohybovat bez potíží. Všechny schody před a v domě musí být zaměněné např. za rampy nebo může být bezbariérový přístup řešený výtahovými plošinami či výtahem, dveře musejí být dostatečně široké, pokud je u dveří práh, pak je třeba jej odstranit nebo ho překlenout malým nájezdem, klika dveří musí být umístěná vzhledem ke druhu postižení člověka (např. postižený jedinec na vozíku ji musí mít umístěnou níže než je standardní umístění) a musí se lehce pohybovat. Pokoje, stejně jako koupelna a WC musejí být dostatečně velké, aby se člověk, využívající kompenzační pomůcku, mohl volně pohybovat, vše potřebné musí mít v dosahu (jako patřičně upravená kuchyňská linka nebo umístění umyvadla a zrcadla v koupelně). Všechny podlahy musejí být vodorovné a hladké s tvrdým povrchem, nábytek musí být umístěn tak, aby se dalo kolem něj bez potíží pohybovat při využívání kompenzační pomůcky. (Centrum Paraple s podporou MZ ČR, 2004)

Jak uvádí Šnajdarová, mezi základní pravidla, která musí být obecně bezbariérového užívání staveb respektována, patří navrhování minimálních výškových rozdílů, dále snažit se zajistit dostatečnou manipulační plochu před manipulačními body a dostatečnou průchozí či průjezdnou šířku komunikací. (Šnajdarová, 2007)

Více se problematikou bezbariérového bydlení a realizací staveb zabývá zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), který přesně popisuje potřebné rozměry a vzdálenosti, týkající se bezbariérových staveb.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3 PŘÍPADOVÁ STUDIE DOSPĚLÉHO JEDINCE SE ZÍSKANOU FORMOU KVADRUPLEGIE**

V případové studii jsou popsány poznatky a postřehy o životě dospělého jedince se získanou formou kvadruplegie následkem úrazu. Jedná se o muže, který měl vážný úraz páteře ve svých dovršených 18 letech. V současné době je mu 21 let a již rok žije s tímto získaným postižením v pronajatém bezbariérovém bytě se svou matkou, která je zároveň jeho pečovatelkou.

V této části práce bylo snahou popsat postupně veškeré změny, probíhající v životě dospělého jedince postiženého nenadálou a neočekávanou poruchou mobility a také reakce jeho i jeho okolí a změny v životech jeho nejbližších. Snahou bylo popsat rodinné prostředí jedince se získanou formou kvadruplegie, jeho projevy a chování v průběhu běžného dne, jeho dosavadní vývoj, nastínit jeho prognózu.

#### **3.1 Hlavní cíl a dílčí cíle**

Hlavním cílem je deskripce empirických zjištění o dospělém jedinci se získanou poruchou mobility a poukázat na vybrané a rozhodující faktory determinující jeho život.

Dílčí cíle:

- Jaký vliv má získané postižení na člověka?
- Jaký vliv má získané postižení na situaci v rodině?
- Jaké jsou možnosti v prožívání života se získanou poruchou mobility?
- Jaká je prognóza zkoumaného jedince?

## 3.2 Metody případové studie

Jak uvádí Sedláček (in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007) „v odborné literatuře nepanuje mezi jednotlivými autory vždy bezvýhradná shoda ve vymezení případové studie. Hranice mezi jednotlivými pojetími však nejsou ostré a v zásadě lze říci, že případová studie je empirickým designem, jehož smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málo případů.“ (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 97)

Jak dále autor (tamtéž) uvádí, jejím cílem je interpretovat interakce mezi případem a okolím. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007)

Pro účely výzkumu byl jako případová studie vymezen sběr dat těmito formami:

- *Studium a analýza lékařských vyšetření* – což je dle Šed'ové (in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007) „systematické nenumerné organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvality a vztahy. Termín nenumerný se zde vztahuje jednak na data, jednak na práci s nimi.“ (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 207)
- *Rozhovor s fyzioterapeuty a specialisty v jednotlivých zařízeních,*
- *Rozhovor s dotyčným a jeho ošetřovatelkou* – jak v tomto, tak v předchozím případě použité metody se jednalo o rozhovor nestrukturovaný, což znamená, že znění otázek ani jejich pořadí nebylo předem připravené. Dle Gavory (2008) má tato metoda často neformální a uvolněný charakter. Dále uvádí, že má vlastnost přátelského rozhovoru a atmosféra má být příjemná a uvolněná. Doporučuje se provádět ji v prostředí, které není zkoumanému jedinci / jedincům cizí. Často může přerůst do souvislého vyprávění jedince a stává se tak monologem. (Gavora, 2008)

Jak dále uvádí Chráska (2007) „jeho výhodou je především to, že umožňuje snadnější navázání kontaktu mezi tazatelem a respondentem, což může znamenat jeho bezprostřednější a upřímnější projev“ (Chráska, 2007, s. 183)



- *Pozorování* – jež je definováno jako „sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména osob, průběhů dějů aj.“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2009)

Své šetření jsem prováděla ve volném čase v zařízeních, institucích a organizacích navštěvovaných dotyčným a v rodině dotyčného.

### **3.3 Vzorek šetření**

Dospělý muž se získanou formou kvadruplegie následkem úrazu páteře a částečného poškození míchy.

### **3.4 Kazuistika**

Osobní anamnéza:

Muž, 21 let, do úrazu bez obtíží, operace: žádné, úrazy: žádné.

Rodinná anamnéza:

Matka 54let zdravá, otec 53let zdravý, 4 sourozenci zdraví.

Fyzická a psychická.

Vyučený kuchař – číšník, studoval střední zemědělskou školu obor podnikání, žije s matkou a bratrem v bezbariérovém nájemním bytě.

Popis úrazu a následků úrazu:

Úraz byl způsoben skokem do bazénu, který si pacient zcela jasně nepamatuje, ale v bezvědomí nebyl. Z bazénu vylezl sám a posadil se, postupné snižování hybnosti. Fraktura C7 s prominencí zadní hrany do páteřního kanálu 5-6mm a lese obratlového oblouku dorzálně, intrakraniálně, bez známek hemorhagie. Ve FN Olomouc provedena přední korporektomie C7, dlaha Vectra. Převoz na Spinální jednotku Brno – Ponávka, kde provedeno urodynamické vyšetření a přechodně provedena epicystomie.

Farmakoterapie.

Trittico AC 150mg tbl., Baclofen 25mg tbl., Spasmed 15mg tbl., Bisacodyl supp., Gutron 5mh tbl., Sirdalud 4mg tbl., Lyrica 75mg tbl., Augmentin 625mg tbl., Warfarin 3mg tbl., Summetrolin tbl., Amikin 500mg i.m., Ketonal inj., Clexane 0,4ml, Ofloxin 200mg tbl.

Reakce jedince:

Dle výpovědi muže si ještě několik dní po úraze neuvědomoval a ani nepřipouštěl vážnost situace a rozsah poškození. Postupně mu jeho ošetřující lékař za pomoci psychologa vysvětloval, co se mu vlastně přihodilo, jaký to bude mít dopad na jeho zdraví a co ho v nejbližších dnech čeká. Jak sám pacient popisuje, dlouho nedokázal vstřebat fakt, že by se už nikdy nemusel postavit na nohy. Vlastně si tuto alternativu stále nepřipouští a snaží se dělat vše proto, aby byl schopen samostatné chůze alespoň za pomoci berlí. Jak sám říká, pobyt v nemocnici a pocity naprosté bezmoci, kdy ležel sám na pokoji a bez pomoci se nemohl ani otočit na druhý bok, přežil jen díky myšlence, že se již brzy dostane domů do svého prostředí.

Reakce okolí:

Vzhledem k neočekávatelnosti této situace byli všichni blízcí zprávou o jeho úraze šokováni. Dle výpovědi matky a sourozenců se rodina v počátečních dnech mimořádně semkla a snažili se podporovat jak sami sebe navzájem, tak muže, za kterým denně dojížděli do FN v Olomouci, následně na Spinální jednotku do Brna a následně do Rehabilitačního ústavu v Kladrubech. Za mužem dojížděli již v menších intervalech také přátelé a vzdálenější rodina, jakmile se o události dozvěděli, za což byl podle svých slov také rád, protože mu to krátilo dlouhé a nepříjemné chvíle samoty. Matka po prvotním šoku začala dle mého názoru velmi rychle řešit potřebné formální záležitosti jako žádost o bezbariérový byt, žádost o mužův invalidní důchod, žádost o kartu ZTP nebo žádost o pečovatelský, aby bylo pokud možno vše potřebné vyřízeno, než se muž vrátí domů. Z výpovědi matky ovšem vyplývá, že ne vždy a všude se setkala s pochopením a ochotou pomoci.

Využívání terapií:

Plavání PARA, cvičební blok, žíněnky TETRA, ergoterapie, tkalcovská dílna, nácvik nezávislosti, stojan, psaní a uchopování, motomed, fitness

Kompenzační pomůcky:

Mechanický vozík, polohovací postel, koupací židle, vyprazdňovací stolička.

Jak bylo uvedeno na začátku, před úrazem se jednalo o zcela zdravého mladého muže, který měl spoustu aktivit, ať už školních či sportovních a také spoustu snů a plánů. Jako profesionální nohejbalista a kapitán nohejbalového týmu mířil v tomto směru vysoko. Ve škole ho čekal poslední studijní rok, čili maturita.

V roce 2011 o letních prázdninách došlo nepovedeným skokem do bazénu, při kterém došlo dle výpovědi muže ke kontaktu mužova temene se dnem bazénu, k vážnému poškození míchy. Následovala operace páteře, dvouměsíční pobyt na spinální jednotce v Brně a poté půlroční pobyt v rehabilitačním ústavu v Kladrubech. Během tohoto pobytu prováděl muž pod dohledem odborníků potřebná fyzioterapeutická cvičení pro obnovu nebo podporu zachované hybnosti alespoň v horních končetinách. Učil se znovu základní dovednosti jako držet přibor, pít, čistit si zuby a podobné úkony pro podporu co největší soběstačnosti.

Po půlročním pobytu, plném cvičení a terapií, byl muž schopný sám sedět na vozíku, sám již ovládal některé jednoduché úkony, jako drobnou osobní hygienu nebo ovládání dotykového telefonu nebo počítače. Což mu velice usnadnilo život, jak sám říká, protože již mohl být častěji v kontaktu s rodinou, která za ním nemohla vzhledem k velké vzdálenosti dojíždět často nebo si také mohl používáním těchto technologií krátit dlouhé chvíle na nemocničním lůžku. Stále však potřeboval však dle doporučení lékařů pečovatelku. Této úlohy se zhostila mužova matka. Potřebné záležitosti kolem tohoto začala zařizovat již během mužova pobytu v Kladrubech, jak již bylo uvedeno. Zároveň začala řešit otázku bydlení, jelikož před úrazem žili oba ve společné domácnosti ve dvoupokojovém bytě ve druhém podlaží v panelákovém bytě bez výtahu, což by pro muže na vozíku byl značný problém.

Po návratu domů se tedy muž mohl nastěhovat do nového třípokojového bezbariérového bytu společně se svou matkou. Vzhledem k nově nastalé situaci chvíli trvalo, než se oba společně takzvaně „sehráli“ a vytvořili si nějaký pravidelný režim. V současné době (rok po nastěhování do nového bytu) již zvládají všechny záležitosti všedního dne bez větších problémů. Muž je velmi houževnatý a pilně cvičí a snaží se stále zlepšovat a zdokonalovat po všech směrech. Jeho pečovatelka také plní veškerá doporučení lékařů a hlavně fyzioterapeutů a s mužem pravidelně cvičí doporučené cviky alespoň 2 hodiny denně.

Výsledky jsou viditelné, po roce pobytu v domácím prostředí udělal muž značný pokrok, po fyzické stránce je stále více samostatnější a šikovnější, po psychické stránce pomalu znovu získává zdravé sebevědomí a dokáže opět mít i radost ze života. Aktivně využívá dostupné kompenzační pomůcky, jako motomed nebo vertikalizační stojan, které si pořídil i domů a snaží se díky nim neustále podávat lepší výkony.

Co se týče prognózy, názory lékařů se různí, nicméně úplné zavržení samostatné chůze nevyslovil žádný z nich. Největší somatické změny probíhají obvykle v průběhu tří let od úrazu, poté zůstává ve většině podobných případů stav již nezměněný. V případě mého respondenta tedy zbývá ještě zhruba rok.

### **Moje praktická účast při činnostech vykonávaných dotyčným:**

Dotyčného znám už od jeho narození, takže i v době před úrazem. Jako zdravý byl velice aktivní, společenský, měl spoustu zájmů a spoustu přátel.

Stejně tak jsme udržovali kontakt i v době po úraze, kdy jsem jej navštívila nejdříve ve FN Olomouc na neurologickém oddělení, kde byl hospitalizován na oddělení JIP. Dále jsem ho několikrát navštívila i na Spinální jednotce v Brně, kde pobýval přibližně dva měsíce. Odtud byl poté přivezen do Rehabilitačního ústavu v Kladrubech, také na spinální jednotku, kde prožil nejdelší část své léčby. I zde jsem za ním několikrát byla, účastnila jsem se některých jeho cvičení a terapeutických programů a již během těchto 6 měsíců, které zde strávil, jsem u něj pozorovala velký pokrok. Jak říkali jeho ošetřující lékaři, vzhledem k vážnosti a rozsahu jeho zranění až nečekaný. Lékaři připisují rychlost a schopnost regenerace těla jeho nízkému věku a celkově dobré fyzické kondici před úrazem. Samozřejmě ne malou roli zde hraje jeho pevná vůle a odhodlání stále se zlepšovat.

Po propuštění do domácí péče začal muž nepravidelně docházet do místního aktivačního centra „Jsme tady“, kde má k dispozici podobné stroje ke cvičení, jako v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech a to například motomed nebo nově také vertikalizační stojan, které si v současnosti pořídil i domů. Dále začal muž pravidelně docházet na fyzioterapii na místní polikliniku, kde cvičí s fyzioterapeutkou v pravidelných sériích, které mu po domluvě předepíše. Zatím jednou si koupil třítydenní pobyt v pražském Centru Paraple, což je obecně prospěšná společnost, která pomáhá lidem ochrnutým po poškození míchy následkem úrazu nebo onemocnění v průběhu života a jejich rodinám překonat těžkou životní situaci a najít cestu dál. Využil zde nabídky respitních služeb, které jsou dle zákona

108/2006 Sb. O sociálních službách „poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí.“ Tento pobyt si muž velice pochvaloval, jelikož měl možnost zde vyzkoušet věci, ke kterým se běžně nedostane, ať už to bylo potápění nebo například pozemní hokej pro vozíčkáře, ale také pozoroval velký rozdíl v chování a přístupu personálu oproti personálu pracujícímu ve zdravotnických zařízeních.

S dotyčným mužem se setkávám pravidelně i nadále, a to převážně v jeho domácím prostředí, kde pomáhám mu při určitých činnostech, pokud potřebuje.

### 3.5 Závěr šetření

Vyhodnocení mé zkušenosti s člověkem se získanou poruchou mobility až v dospělosti je takové, že se každodenně musí potýkat se spoustou nelehkých situací, jelikož i běžná všední věc pro něj může představovat problém. Je pro něj důležité vědomí, že se může na někoho obrátit a požádat o pomoc, i když se snaží být samostatný a obstarat si co nejvíce záležitostí sám.

Z práce vyplynulo také to, že i tak vážná a nepříjemná změna v životě, jakou jistě získaná porucha mobility je, nemusí nutně jedinci zabránit prožívat pocity štěstí a úspěchu a prožít spokojený a plnohodnotný život. Řekla bych, že velký vliv na následný životní vývoj po získání poruchy mobility má nejenom jedinec sám (jeho vůle a chuť žít dál), ale také jeho okolí, zejména to nejbližší - rodina.

## ZÁVĚR

*„Proč bychom si měli vůbec klást otázky, zda lidé s postižením patří mezi nás, Proč by měl být někdo více nebo naopak méně člověkem jen proto, že nechodí, obtížně komunikuje nebo má jinou funkční nedostatečnost? Není lepší, když budeme všichni lidmi bez přívlastku, o tom, jací jsme lidé bude vypovídat náš život, naše postoje a skutky, naše odvaha a úsilí?“*

Novosad, 2001, str. 70

Ve své práci jsem se snažila zmapovat úskalí, s jakými se musí člověk po získání poruchy mobility potýkat, ať už z hlediska změn fyzických, kdy je odkázán na pomoc druhých nebo z hlediska změn psychických, kdy se vůbec musí s novým způsobem života vyrovnat, přijmout jej a snažit se jej žít co nejlépe. Snažila jsem se popsat dlouhou a strastiplnou cestu od získání poruchy mobility a následné hospitalizace až po propuštění do domácího prostředí a nastínit další možnosti života s tímto postižením. Chtěla jsem poukázat také na důležitost pevné vůle a pozitivního myšlení, nejen jedince samotného ale i jeho okolí.

V teoretické části. Která je rozdělena do několika kapitol, se věnuji odborné terminologii, adaptaci jedince i jeho okolí na získanou poruchu mobility a také jeho integraci zpět do běžného života. Rozepisuji zde psychické i fyzické změny a jejich působení na jedince a zároveň jeho vyrovnávání se s těmito změnami. Také se věnuji vlivu a možném dopadu této problematiky na rodinu a okolí jedince. V praktické části pak popisují konkrétní případovou studii dospělého jedince se získanou formou kvadruplegie.

Díky této práci jsem si nejen utřídila terminologii a problematiku získaného typu postižení, kterou se mimo jiné somatopedie zabývá, ale také jsem si uvědomila další rozměr samotného studia oboru speciálněpedagogická andragogika, jelikož přibližovat již dospělým jedincům život s jakýmkoli získaným typem postižení bude podle mého názoru potřebné vždy.

## SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY

- BENDOVIÁ, P. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s tělesným postižením*. UP OL, Olomouc, 2007. ISBN 978 – 80 – 244 – 1631 – 1
- BENDOVIÁ, P., JEŘÁBKOVÁ, K., RŮŽIČKOVÁ, V. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. VUP, Olomouc, 2006. ISBN 80 – 244 – 1436 – 8
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Univerzita Komenského Bratislava, 2008. ISBN 978 – 80 . 223 – 2391 – 8
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Grada, 2007. ISBN 978 – 80 – 247 – 1369 – 4
- KOLEKTIV AUTORŮ. 1000 pojmů ze speciální pedagogiky. *Terminologický slovník*. UP OL, Olomouc 2012. ISBN 978 – 80 – 244 – 3218 – 2
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha, Portál 1999. ISBN 80 – 717 – 150 - 9
- KUDLÁČEK, M. et. al. *Pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc, VUP 2007. ISBN 978 – 80 – 244 – 1655 – 7
- MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. UK Praha, 2005. ISBN 80 – 7184 – 67 - 0
- MICHALÍK, J. a kol. *Občané se zdravotním postižením a státní správa*. Olomouc, UP OL 2005. ISBN 80 – 244 – 1168 – 7
- MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelsví I. díl*. Grada, 2010. ISBN 978 – 80 – 247 – 1
- MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelsví II. díl*. Grada, 2010. ISBN 978 – 80 – 247 – 3185 - 8
- NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha, Portál 2001. ISBN 978 – 80 – 9357 – 873 – 9
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha, Portál 2000. ISBN: 80-7367-174-3



- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Paido, Brno 2006. ISBN 80 – 7315 – 120 – 0
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha, Portál 2009. ISBN 978 – 80 – 7367 – 647 - 6
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. UP OL, Olomouc 2002. ISBN 80-244-0532-6.
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedie – andragogika*. UP OL, Olomouc, 2006. ISBN 80 – 244 – 1203 - 9
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. UP OL, Olomouc 2003. ISBN 80 – 244 – 0646 – 2
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. GRADA, 2007. ISBN 978 – 80 – 247 – 1733 – 3
- SVAZ PARAPLEGIKŮ A CENTRUM PARAPLE S PODPOROU MZ ČR. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. 2004
- ŠNAJDROVÁ, H. *Bezbariérové stavby*. Brno, Era 2007. ISBN 978 – 80 – 7366 – 084 – 0
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál, Praha 2007. ISBN 978 – 80 – 7367 – 313 - 0
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2008. ISBN 978 – 80 – 7367 – 414 – 4
- Zákon č. 20/1966 Sb. *O péči o zdraví lidu*.
- Zákon č. 108/2006 Sb. *O sociálních službách*.
- Zákon č. 183/2006 Sb. *O územním plánování a stavebním řádu*.
- **Internetové zdroje:**
  - *Centrum Paraple* [online]. [cit. 2013-16-6]. Dostupné na [www http://www.paraple.cz/nase-sluzby.html](http://www.paraple.cz/nase-sluzby.html)
  - *Spolek Trend vozíčkářů Olomouc* [online]. [cit. 2013-13-5]. Dostupné na [www http://www.trendvozickaru.cz/pujcovna-kompenzacnich-pomucek](http://www.trendvozickaru.cz/pujcovna-kompenzacnich-pomucek)

- Rehabilitační ústav Kladruby [online]. [cit. 2013-10-6]. Dostupné na [www  
http://rehabilitace.cz/czech/index.php?page=spinalni-rehabilitacni-jednotka](http://rehabilitace.cz/czech/index.php?page=spinalni-rehabilitacni-jednotka)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 Lékařská zpráva

Příloha č. 2 RTG

Příloha č. 3 Vyjádření OSSZ k žádostem

Příloha č. 4 Fotodokumentace

# Příloha č. 1

Rehabilitační ústav Kladruby, Kladruby 30, KLADRUBY 25762

Datum tisku: 02.04.2012

████████████████████ chorobopis č. 23702

## Propouštěcí / překládová zpráva

Datum příjmu:	09.11.2011 12:11	Oddělení:	Spinální jednotka
Datum propuštění:	03.04.2012	Pojišťovna:	201
Trvalé bydliště:	████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████		

### Anamnestické údaje:

**RA:** matka 52let zdravá, otec 53 let zdravý, 4 sourozenci zdraví

**OA:** do úrazu bez obtíží, diabetes nekuje, hypertenzi nekuje operace: do úrazu sine úrazy: sine

**PSA:** vyučený kuchař číšník, nyní studoval střední zemědělskou školu obor podnikání, žije s rodiči v bytě ve zvýšeném podlaží, bez výtahu, asi 25 schodů

**FA:** do úrazu sine, nyní: Trittico AC 150mg tbl.p.o. 1-0-0-0, Baclofen 10mg tbl.p.o. 2-1-2-0, Clexane 0,4ml s.c. 1-0-0-0, Spasmed 15mg tbl.p.o. 1-0-1-0, Bisacodyl supp.p.r. 2-3 dny dle potřeby

**AA:** nekuje abusus: nekuřák, alkohol příležitostně, káva 1-2 denně

**NO:** 6.8.2011 v ebrietě skočil po hlavě do bazénu, zcela jasně si úraz nepamatuje, ale v bezvědomí nebyl. Z bazénu vylezl sám a posadil se, postupně snižování hybnosti. Volána RZS, převoz do Pterova, dle CT kominutivní fraktura C7 s prominencí zadní hrany do páteřního kanálu 5-6mm a lese obratlového oblouku dorzálně, intrakraniálně bez známek hemorhagie. Podán bolus Solu-Medrolu 1g a poté přeložen do FN Olomouc, zde dovyšetřen včetně MRI, kde výrazné zúžení míchy a komprese míchy, mícha v etáži C6-Th1 kontusní změny. Dále doplněno CT hrudníku a břicha, nález bez průkazných traumatických změn. Oběhové sklon k hypotenzii s nutností vasopresorické podpory NOAD v nízké dávce. Překlad na Neurochirurgický JIP FN Olomouc, 6.8.2011 provedena přední korporektomie C7, dlahy Vectra, po operačním výkonu ponechán na UPV, 7.8.2011 extubace, dle kontrolního RTG provedeno 8.8.2011 postavení uspokojivé, započata rehabilitace, nasazena ATB terapie. 10.8.2011 překlad na Spinální Jednotku Brno Ponávka, kde porvedno urodynamické vyšetření a přechodně zavedena punkční epicystostomie, vertikalizován, derivate moči asistované SIK. Dnes 9.11.2011 překlad na Spinální Rehabilitační Jednotku RÚ Kladruby

**Subj:** cítí se dobře, občas spazmy

**Pomůcky a sociální výhody:** nemá

**Objektivní nález při přijetí:** výška: 186cm hmotnost: 58kg TK: 110/95 TF:46°

Kardiopulmonálně komp., hydratace dobrá, bez cyanosy, bez ikteru, bez otoků, BMI 17, podvýživa

Hlava: poklep nebol., mozkové nervy intaktní.

Krk: hrdlo klidné, štítnice a uzliny ne zvětšeny, jizva klidná zhojená

Hrudník: dýchání skřípkové, čisté, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené bez alterace.

Břicho: palp. měkké, bez resistance, hepar a lien ne zvětšeny, peristaltika klidná, tapott. negat., kostoabdominální reflexy výbavné, břišní reflexy vybavují vpravo, vlevo ne vybavují, břišní svaly zapínají v horním segmentu, ve středním náznakem

**HK:** hypotrofnické, pasivní hybnost v normě oboustranně, aktivní hybnost v ramenních kloubech, flexe a extenze v loketních kloubech, na akrech náznaky pohybů, jemná motorika nelze, reflexy C5-8 zvýšené oboustranně, pyramidové iritační jevy nevybavují oboustranně

**DK:** hypotrofnické, spíše spastické, pasivní hybnost v normě, aktivní hybnost nelze, reflex L2-4 nevybavují oboustranně, reflex L5-S2 nízký oboustranně, vpravo pyramidové iritační jevy flekčního typu a klonus přítomný, vlevo pyramidové iritační jevy extenční a klonus nevybavují

**Páteř:** snížené fyziologické zakřivení

**Čítí:** na HK beze změn, na DK charakteru hypesthesie, dysesthesie na prstech u nohou

**Stoj a chůze:** nelze

**Mobilita:** na mechanickém vozíku s dopomocí

**Soběstačnost:** nají se sám připravené stravy, vyčistí si zuby, ostatní činnosti s dopomocí

**Sfinktery:** močení v režimu ČIK, signály občas cítí, stolice po čípkách, odchod občas cítí

### Pomocná vyšetření:

INR: 1,2...2,5...4,4...3,2...2,2...2,2...2,0...2,6...4,5...2,4...2,8...2,6...2,6.

**Moč orientačně opakovaně, poslední 19.03.2012:** pH 6, bílkoviny +++, krev +++, vzhled hustá světlá.

**Moč K+C 23.03.2012:** Proteus vulgaris 10/7, citl. Amoxicilin/klavulanát, Piperacilin/tazobactam, Ceftazidim, Cefotaxim, Cefepim, Imipenem, Meropenem, Gentamicin, Amikacin.

**Urologické vyš. 20.02.2012 / Thomayerova nem. Praha, AUBR, B...:** Vzhledem k opakovaným problémům s ČIK vhodné zavedení pojistné epicystostomie a nácvik ČIK s větší lubrikací uretry. Nyní vzhledem k terapii Warfarinem by nebylo bezpečné. Warfarin prosím vysadit, rp Clexane 0,4 s.c. 1x denně večer, odesláno MB, rp Ofloxin vzhledem k předpokládané chron. uroinfekci. V pátek dopoledne po 11:00 založená epicystostomie, flexi CSK a instruktáž ČIK.

Chirurg. vyš. 26.02.2012 /Nemocnice Benešov, [REDAKCE]: Dg.: Post instrumentální hematurie při epicystostomii. Th: proveden proplach močového měchýře a instilace roztoku PAMBA+FR. Aplikace kanavít 1 a i.m. Nález v laboratoři nyní nesvědčí pro klinicky významnou hematurii. Dále kontrola na urologické ambulanci při pokračování hematurie, kde byl výkon proveden. Při potížích kontrola ihned.

**Therapie:** Trittico AC 150mg tbl., Baclofen 25mg tbl., Spasmed 15mg tbl., Bisacodyl supp., Gutron 5mg tbl., Sirdalud 4mg tbl., Lyrica 75mg tbl., Augmentin 625mg tbl., Warfarin 3mg tbl., Warfarin 5mg tbl., Summetrolin tbl., Amikin 500mg i.m., Ketonal inj., Clexane 0,4ml, Ofloxin 200mg tbl.

**Provedená komplexní rehabilitační léčba:** plavání PARA, cvičební blok, žíněnky TETRA, ergoterapie, tkalcovská dílna, nácvik nezávislosti, stojan, psaní a uchopování, motomed, fitness.

**Závěrečná zpráva fyzioterapie:**

**Postura:** předsunutá držení hlavy, protrakce ramen, snížená hrudní kyfoza i bederní lordoza

**Kloubní hybnost:** rozsah pohybu celého těla v normě

**Aktivní hybnost:** svalová síla dolních končetin a trupu je 0°, svalová síla horních končetin v ramenních a loketních kloubech je 5°, pouze pravý m. triceps brachii je 3°, v zápěstí je nejsilnější extenzor carpi radialis 4-5°, nejslabší extenzor carpi ulnaris 0-2°, prsty levé ruky fungují do flexe, extenze a abdukce, prsty pravé ruky jsou 0°, lopatka 3-4°, krk extenze 2°, flexe 3°

**Svalové napětí:** přetrvává výrazná spasticita DKK a trupu, která se mění

**Stav měkkých tkání:** zkrácené bicepsy a semisvaly

**Subjektivní pocity:** klient se cítí ve výborné kondici, nemá žádné obtíže, limitují ho pouze spasmy

**Mobilita a lokomoce:** mobilita na vozíku zcela samostatná, na lůžku s dopomocí, přesuny zvládá téměř sám, klient je velmi aktivní, snaživý, má velký pohybový potenciál

**Instruktaž cvičení:** klient je zainstruován na cvičení na doma, bude pokračovat v ambulantní rehabilitaci v místě bydliště a v dohledné době se chystá i do jiných rehabilitačních zařízení

**Režimová opatření:** klient je poučen o správném polohování

Datum autorizace: 29.03.2012, [REDAKCE]

**Závěrečná zpráva ergoterapie:**

**Mobilita na lůžku:** samostatně se otočí na boky, posadí se s DKK z lehátka i na lehátku; používá postranice i hrazdičku

**Lokomoce:** samostatně na mechanickém vozíku v interiéru i exteriéru

**Kognitivní a fatické funkce:** orientačně v normě

**HK:** PHK dominantní, snížena svalová síla obou horních končetin, loketní a ramenní klouby plný rozsah, snížená úchopová schopnost obou rukou - LHK silnější

**pADL:**

**sebesycení:** nají se samostatně lžící připraveného jídla, pije z lahve

**oblékání:** obleče volnější tričko, s mírnou dopomocí svleče i obleče mikinu, knoflíky zapne, pokud na ně vidí, za určitých podmínek zaváže volnější tkaničku; zvládne zout i obout boty, svleče i obleče v upraveném prostředí kalhoty, ponožky samostatně neobleče. Zatím je nutná dopomoc.

**osobní hygiena:** umyje si obličej, vyčistí si zuby, pastu na kartáček nenandá

**koupání:** na koupací vaně či vozíku s asistencí, na dosah horních končetin se snaží umýt

**použití WC:** cévkování s asistencí, stolice po čípku-pleny-plná asistence

**přesuny:** na stejně vysoké lehátko samostatně, při výškových rozdílech s jistěním, na WC s jistěním

**kontinence:** inkontinentní

**iADL:** pracuje na PC, ovládá mobil, zvládá listovat stránkami

**Kompenzační pomůcky:** krátká textilní pomůcka, mechanický vozík

**Celkové zhodnocení:** Klient je závislý na dopomoci druhé osoby v řadě denních činností. Snaží se být co nejvíce soběstačný. Má reálný náhled na svůj stav - zatím hodlá žít s matkou a využít její pomoci. Následně chce žít samostatně v bezbariérovém bytě. V rámci bytu by měl být kolem své osoby co nejvíce soběstačný. Zvládá přesuny většinou samostatně, při oblékání se snaží obléci vše - ponožky zatím nelze. Někdy je však nutné využít pomoci nebo alespoň jistění.

Konzultovali jsme i volnočasové aktivity - před úrazem byl klient sportovně aktivní, věnoval se i tanci - doporučuji aktivity, ve kterých bude patrný jeho elán a energie.

Datum autorizace: 30.03.2012, [REDAKCE]

**Průběh:** Pacient přijat na SRJ s poúrazovou tetraplegií dne 9.11.2011 (skok do bazénu v ebrietě 6.8.2011), neurologická míšní léze C6 AIS B, kategorie při příjmu SRJ 4.

1.1.2012 návrat z propustky s horečkami a ucpaným permanentním katétre (terapie- klid na lůžku, pitný režim, antipyretická léčba, Amikin 500mg inj.i.m.), od 5.1.2012 bez teplot, atb terapie ukončena 9.1.2012.

Z důvodu nemožnosti močení v režimu ČIAK v průběhu rehabilitace permanentní katétr, dle urologického konsilia dne 20.2.2012 ve FTN Praha doporučena pojistná epicystostomie a nácvik ČIAK, epicystostomie zavedena 24.2.2012 (atb krytí). Po zavedení epicystostomie hematurie, která ustala 29.2.2012. Pro časté ucpávání epicystostomie odebrán uriclit, dle výsledků kultivace a citlivosti nasazena atb terapie.

Zpráva ošetřujícího lékaře - [REDAKCE], chorobopis č. 23702

Rehabilitační ústav Kladruby, Kladruby 30, KLADRUBY 25762

Pravidelné kontroly INR, antikoagulační léčba ukončena před zavedením epicystostomie. Průběh rehabilitace jinak bez závažných obtíží.

**Závěr a doporučení:** Pacient s upravující se poúrazovou tetraplegií (skok do bazénu v ebrietě 6.8.2011), neurologická míšňní léze C6 AIS B.

Na horních končetinách obraz středně těžké parézy, dolní končetiny plegické.

Pacienta předáváme do péče PL a dalších odborníků. Doporučujeme pokračovat ve cvičení doma dle instruktáže, dle možnosti i ambulantní rehabilitaci. Urologické kontroly, vzhledem k problémům s epicystostomií (velmi tenký často se ucpávající katetr). Výměnu epicystostomického katetru á 1 měsíc- poslední výměna 25.03.2012, katetr č. 12.

Péči o kůži (Inadine - promašťovat okolí), doléčení drobného defektu na sakru. Péči o pravidelné vyprazdňování stolice.

**Terapie při propuštění:** Trittico AC 150mg tbl.p.o. 1-0-0-0, Baclofen 25mg tbl.p.o. 1-1-1-1, Spasmed 15mg tbl.p.o. 1-0-1-0, Bisacodyl supp.p.r á2-3 dny dle potřeby, Gutron 5mg tbl.p.o. 1-1-0-0, Sirdalud 4mg tbl.p.o. 1-1-1-0, Lyrica 75mg tbl.p.o. 1-0-1-0, Inadine.

**Závěrečná zpráva sociálního oddělení:**

Během ústavní rehabilitace v RÚ Kladruby pacient vyzkoušel **nezbytné kompenzační pomůcky**

vyhovující pro užívání v domácím prostředí.

**Předepsáno:** vozík mechanický aktivní K 4 příslušenstvím (kolečka stabilizační, rychloupínací osy pro kvadruplegiky, blatníky karbonové, brzdy pákové s opačným brzdným chodem, řemínková záda, obruče pogumované), sedačka antidekubitní Jay Easy

podaná žádost o průkaz osoby se zdravotním postižením, pacient informován o příspěvku na péči, o invalidním důchodu přidělen bezbariérový byt Městským úřadem

Převoz sanitním vozem indikován NE

Vzhledem k inkontinenci stolice a moče má pacient nárok na předpis hygienických pomůcek.

**Diagnózy:**

(G825) Poúrazová tetraplegie, paraparéza horních končetin, paraplegie dolních končetin (skok do bazénu 6.8.2011)

(S1220) Zlomenina 7.krčního obratle; zavřená

Stav po přední korporektomii C7. dlahá Vectra (6.8.2011 FN Olomouc)

(N31) Neurogenní dysfunkce močového měchýře

(K592) Neurogenní střevo

(J180) Bronchopneumonie

(J960) Akutní respirační selhání

(F412) Smíšená úzkostná a depresivní porucha

(W199) Skok do bazénu (6.8.2011)

  
\_\_\_\_\_  
primář oddělení

20  
105  
080

Rehabilitační ústav Kladruby

257 62 Kladruby 30

spinální rehabilitační jednotka

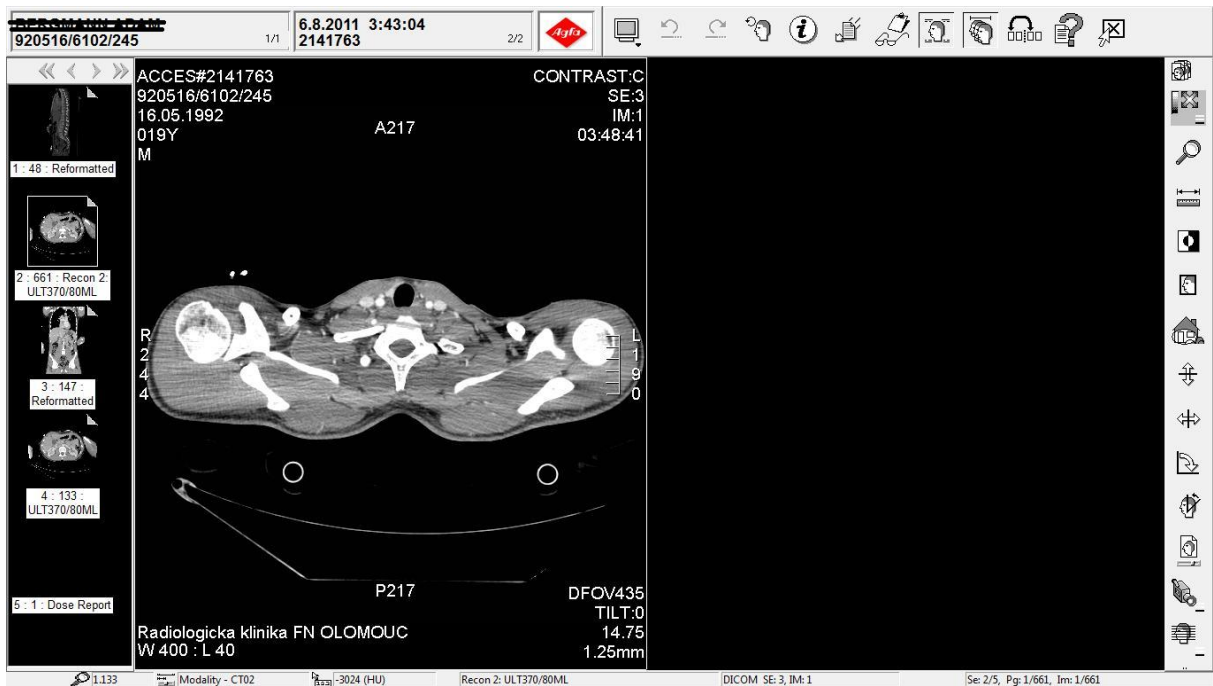
tel.: 317 881 314, 317 881 111

\_\_\_\_\_  
ošetřující lékař

Zpráva ošetřujícího lékaře - \_\_\_\_\_ chorobopis č. 23702

Rehabilitační ústav Kladruby, Kladruby 30, KLADRUBY 25762

## Příloha č. 2



## Příloha č. 3



ISO000501992

Úřad práce České republiky - Krajská pobočka v Olomouci  
Kontaktní pracoviště Přerov  
Žerotínovo nám. 168/21, Přerov, 750 02 Přerov 2

Přerov, 14.9.2012  
Sp. zn.: SZ/36900/2012/AIS-SSL  
Č.j.: MPSV-UP/502735/12/AIS-SSL  
Vyřizuje: [redacted]  
Tel.: [redacted]

[redacted]  
[redacted]  
[redacted]  
[redacted]

### POTVRZENÍ PROKAZUJÍCÍ DOBU POSKYTOVÁNÍ PÉČE

Úřad práce České republiky – Krajská pobočka v Olomouci, Kontaktní pracoviště Přerov, podle §29 odst. 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,

potvrzuje

že pan(i) ~~Danosa Bergmannová, datum narození 12.6.1969~~  
trvale bytem: ~~Žerotínovo nám. 6, Přerov, Přerov, 750 02 Přerov~~

od 9.3.2012 poskytuje péči:  
osobě ~~Danosa Bergmannová, datum narození 12.6.1969~~  
trvale bytem: ~~Žerotínovo nám. 6, Přerov, Přerov, 750 02 Přerov~~,  
Příspěvek na péči přiznán od: 3/2012.

Informace o nároku na příspěvek v době poskytování péče:  
V měsících od 3/2012 do 9/2012  
stupeň závislosti: IV - úplná závislost,  
výše příspěvku: 12 000 Kč,  
celkem: 84 000 Kč.

Vztah osoby poskytující péči k osobě s přiznaným příspěvkem na péči: rodič.

Osoba byla:  
od 9.11.2011 do 3.4.2012 v ústavní péči zdravotnického či jiného zařízení.

Nárok na příspěvek v období zastavení výplaty z důvodu pobytu ve zdravotnickém či jiném zařízení nebo z jiných důvodů:

Potvrzení se vydává pro účely zdravotního, důchodového pojištění, hmotné nouze a zaměstnanosti.



[redacted]  
Sociální pracovník III



OSSZ Přerov

adresa Bayerova 1, 75002 Přerov 2

RČ: [REDACTED]

Čj.: LPS/2012/1910-

NAŠE ZN : LPS/2012/1910-PR\_CSSZ

Adresát:

VYŘIZUJE : [REDACTED]

Pan

TEL./LINKA : 591277375

E-MAIL : [REDACTED]

DATUM : 2012-05-28

Posuzující lékař: [REDACTED]

**POSUDEK O INVALIDITĚ**

Posuzovaný: [REDACTED]

rodné číslo: [REDACTED]

Adresa: [REDACTED]

Účel: Posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve smyslu ustanovení § 8, odst. 1, písm.a) zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního pojištění, v platném znění ze dne **28.05.2012**

Výčet rozhodujících podkladů o zdravotním stavu pojištěnce, z nichž orgán sociálního zabezpečení vycházel při posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěnce:

Zdravotnická dokumentace ošetřujícího lékaře:

MUDr. Dagmar Zapletáková 10.5.2012

Posudek byl vypracován na podkladě dalších nálezů odborných lékařů:

Prop. zpráva RÚ Kladruby 9.11.2011-3.4.2012 MUDr. Karolína Bílková

Zjištění při jednání: MUDr. Markéta Holáková

Vyšetření při jednání:

Celková svalová hypotrofie, plegie DKK bez náznaku hybnosti, na HKK výr. vychudnutí drobného ručního svalstva s poruchou jemné motoriky vlevo, vpravo i globální oslabení sval. síly, s drápotivým postavením prstů.

Skutková zjištění, ke kterým orgán sociálního zabezpečení dospěl při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěnce:

Fraktura C7 - úraz 6.8.2011, stp.přední korporektomii C7 6.8.2011.

Poúrazová paraparéza horních a paraplegie dolních končetin.

Neurogenní dysfunkce močového měchýře., epicystostomie.

Neurogenní střevo.

Smíšená úzkostná a depresivní porucha.

Stp. bronchopneumonii, stp.akutním, respiračním selhání.

Výsledek posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti:

1. Jedná se o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav ve smyslu ustanovení § 26 zákona 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, v platném znění.

Adresa pro písemný styk: OSSZ Přerov, Bayerova 1, 75002 Přerov 2

OSSZ Přerov

adresa Bayerova 1, 75002 Přerov 2

RC: [REDACTED]

Čj.: LPS/2012/1910-

2. Je invalidní dle § 39 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Jde o invaliditu třetího stupně dle § 39 odst. 2 písm. c) cit. zákona. Je schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho pracovní schopnost o 70 % a splňuje podmínky ust. § 6 vyhl. č. 359/2009 Sb, v souvislosti s úrazem ze dne 06.08.2011.

3. Den vzniku invalidity: **03.04.2012**  
 4. U pojištěnce došlo k poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70% a je schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Odůvodnění výsledku posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti:

Posudkové zhodnocení:

Rozhodující příčinou DNZS je stav po úrazu - skok do bazénu - dne 6.8.2011 - fraktura 7. krčního obratle, stp. přední korporektomii C7 dlahy Vectra 6.8.11 s následnou paraparézou horních a paraplegií dolních končetin s neurogením měchýřem s epicystostomií s neurogením střevem. Hybnost samostatná na invalidním vozíku, na HK snížená svalová síla se sníženou úchopovou schopností s větším postižením dominantní pravé HK, spastická paraplegie dolních končetin s hypotrofií s poruchami exterocept. čítí.

Stav hodnotím maximem níže uvedené položky.

Datum vzniku stanovuji od data ukončení pobytu v RÚ Kladruby.

Jedná se o následek míšního poranění po úrazu, nelze očekávat regresí stavu, jedná se již o postižení trvalé, proto ponechávám bez KLP.

Posudkový závěr:

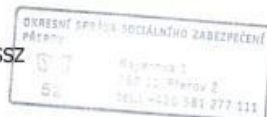
Rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce s nejvýznamnějším dopadem na pokles pracovní schopnosti je zdravotní postižení uvedené v kapitole XIII., odd. E, položce 1.d, přílohy k vyhlášce č. 359/2009 Sb., pro které se stanovuje míra poklesu pracovní schopnosti 70 %. Procentní míra poklesu pracovní schopnosti se ve smyslu § 3 a 4 citované vyhlášky nemění.

Posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti provedl(a):

OSSZ Přerov

[REDACTED]

Razítko OSSZ



podpis posuzujícího lékaře

Adresa pro písemný styk: OSSZ Přerov, Bayerova 1, 75002 Přerov 2

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

Křížová 25, 225 08 Praha 5

OSSZ Přerov

V písemném styku uvádějte  
vždy toto číslo jednací: 920 516 6102

V Praze dne 2.7.2012/Rou

Pan  
[redacted]  
[redacted]  
[redacted]

## ROZHODNUTÍ

Česká správa sociálního zabezpečení rozhodla ve věci žádosti o invalidní důchod pana [redacted] (dále „účastník řízení“),

### t a k t o :

Podle ustanovení § 38 písm. a) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále „zdp“) se od 3.4.2012 přiznává invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně.

Invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně činí

9022 Kč měs.

## ODŮVODNĚNÍ

Podle posudku Okresní správy sociálního zabezpečení Přerov ze dne 28.5.2012 byl účastník řízení podle ustanovení § 39 odst. 1 a § 39 odst. 2 písm. c) zdp uznán od 3.4.2012 invalidním pro invaliditu třetího stupně, neboť z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu jeho pracovní schopnost poklesla o 70 %.

Pro zdravotní postižení je účastník řízení schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Podle ust. § 40 odst. 3 zdp se pro účely splnění podmínky potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod považuje za dobu pojištění doba studia od 1.9.2007 do 14.8.2011.

Výše důchodu se skládá ze základní výměry a procentní výměry. Základní výměry důchodu činí 2270 Kč měs.

IP,ID,IT\_§42 odst. 3\_bez OLDP

Vzhledem k tomu, že účastník řízení v rozhodném období nedosáhl žádných vyměřovacích základů, byla výše procentní výměry invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně stanovena podle ust. § 42 odst. 3 zdp v minimální výši, která činí 45 % výpočtového základu.

Pro stanovení této minimální procentní výměry byl rozhodující výpočtový základ vypočtený z osobního vyměřovacího základu 15003 Kč, jehož výše odpovídá všeobecnému vyměřovacímu základu za rok 2010 vynásobenému přepočítacím koeficientem, stanoveným pro jeho úpravu, takže minimální výše procentní výměry činí 6752 Kč měs.

## POUČENÍ

Proti tomuto rozhodnutí lze podat u České správy sociálního zabezpečení, Křížová 25, 225 08 Praha 5 nebo u kterékoliv okresní správy sociálního zabezpečení písemné námitky, a to do 30 dnů ode dne následujícího po dni oznámení tohoto rozhodnutí. O námitkách rozhoduje Česká správa sociálního zabezpečení. Podané námitky nemají odkladný účinek, s výjimkou námitek podaných proti rozhodnutím vydaným podle § 118a odst. 1 až 3, § 118b a § 118c zákona č. 582/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů.



Za správnost vyhotovení:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Bobek'.

Za oddělení: 424

Vedoucí:

## OZNÁMENÍ O VÝPLATĚ DŮCHODU

Pošta bude vyplácet od srpna 2012 vždy 20. dne v měsíci 9022 Kč.

Doplatek za dobu od 3.4.2012 do 19.8.2012 činí 41201 Kč. Tato částka se poukazuje jako záloha (zálohy).

Náklady ČSSZ za poukazy splátek důchodu vyplácených v pravidelných lhůtách v hotovosti prostřednictvím držitele poštovní licence hradí od 1.1.2010 příjemce důchodu. To však neplatí v případě, že alespoň jeden důchod byl přiznán před 1.1.2010 a nárok na tento důchod trvá od 31.12.2009 nepřetržitě (ustanovení § 64 odst. 4 zdp).

IP,ID,IT\_§42 odst. 3\_bez OLDP



██████████  
██████████  
██████████  
██████████  
██████████

V Přerově

27.8.2012

Spis zn.: SZ/319484/2012/AIS-ZDP  
Č.j.: MPSV-UP/1146063/12/AIS-ZDP  
vyřizuje: ██████████  
tel: ██████████  
email:

## Rozhodnutí

Úřad práce České republiky - Krajská pobočka v Olomouci, Kontaktní pracoviště Přerov, Žerotínovo náměstí 168/21, 750 02 Přerov, příslušná k rozhodování podle ustanovení § 5 odst. 1 zákona č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce ČR a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 5 odst. 1 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s § 6, § 7, § 8 a § 14 výše uvedeného zákona, a zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, projednala Vaši žádost a rozhodla

přiznat

příspěvek na mobilitu v měsíční výši 400,- Kč od 1.3.2012 do Trvale.  
č.j.: MPSV-UP/898328/12/AIS-ZDP  
oprávněná osoba: ██████████  
trvale bytem: ██████████

### Odůvodnění:

Dne 9.3.2012 jste podal(a) žádost o poskytnutí příspěvku na mobilitu. Okresní správou sociálního zabezpečení Přerov byl posouzen Váš zdravotní stav, který je podkladem pro vydání rozhodnutí. Stejnopis posudku o zdravotním stavu vydaný Okresní správou sociálního zabezpečení Přerov, Lékařskou posudkovou službou ze dne 16.07.2012, byl doručen Úřadu práce České republiky - Krajská pobočka v Olomouci, Kontaktní pracoviště Přerov, Žerotínovo náměstí 168/21, 750 02 Přerov, dne 18.07.2012.

Posudkový lékař ██████████ vycházel ze zdravotní dokumentace ošetřujícího lékaře, na podkladě dalších nálezů odborných lékařů a sociálního šetření.

Z posudkového zhodnocení vyplývá, že se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav ve smyslu § 3 písm. c) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který vede k neschopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobilitynebo orientace.

MPSV - OSÚ, ved. odd. 331, 1. 1. 2012

**Úřad práce České republiky - Krajská pobočka v Olomouci**  
Kontaktní pracoviště Přerov, Žerotínovo náměstí 168/21, 750 02 Přerov

---

Posudkový závěr zní: Jde o osobu, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace ve smyslu ust. § 6 odst. 1 zákona č. 329/2011 Sb., ve vztahu k § 9 odst. 1 písm. a) a b) zákona č. 108/2006 Sb.

Jelikož jste nevyužil(a) na základě výzvy Úřad práce České republiky - Krajská pobočka v Olomouci, Kontaktní pracoviště Přerov, Žerotínovo náměstí 168/21, 750 02 Přerov, ze dne 06.08.2012 možnosti seznámit se s podklady nutnými pro vydání rozhodnutí, náš správní orgán dospěl k závěru, že stěžejní důkazy jsou úplné, objektivní a přesvědčivé a je možné v dané věci rozhodnout.

Na základě výše uvedených skutečností bylo rozhodnuto, jak je ve výroku uvedeno.

Dávka musí být použita k účelu uvedenému v žádosti o dávku.

**Poučení:**

Proti tomuto rozhodnutí lze podat odvolání k Ministerstvu práce a sociálních věcí, detašovanému pracovišti v Olomouci, prostřednictvím úřadu, který rozhodnutí vydal, a to ve lhůtě 15 dnů ode dne jeho oznámení. Bylo-li rozhodnutí uloženo na poště a adresát si rozhodnutí nevyzvedne do deseti dnů od uložení, poslední den této lhůty se považuje za den doručení, a to i v případě, že si adresát rozhodnutí nevyzvedne či si jej vyzvedne později. Odvolání nemá podle § 25 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, odkladný účinek.

Lhůta pro podání odvolání se počítá ode dne následujícího po doručení rozhodnutí, nejpozději však po uplynutí desátého dne ode dne, kdy bylo nedoručené a uložené rozhodnutí připraveno k vyzvednutí.

**Upozornění:**

Úřadu, který vydal toto rozhodnutí, jste povinen(a) písemně nahlásit změny ve skutečnostech rozhodných pro trvání nároku na příspěvek na mobilitu a jeho výplatu, a to do 8 dnů od jejich vzniku. Jestliže neohlášením rozhodných skutečností nebo jejich ohlášením po stanovené lhůtě dojde k tomu, že byla přiznaná dávka vyplacena neoprávněně nebo přeplacena, jste podle § 28 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, povinen(a) vzniklý přeplatek vrátit.



B. [redacted]

vedoucí referátu hmotné nouze a  
dávek pro osoby se zdravotním  
postižením

Vypraveno dne:

MPSV - OSÚ, ved. odd. 331, 1. 1. 2012

**Příloha č. 4**



**SPINÁLNÍ JEDNOTKA BRNO - PONÁVKA**



**REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY**





**FYZIOTERAPEUTICKÉ CVIČENÍ V PŘEROVĚ**



**FYZIOTERAPEUTICKÉ CVIČENÍ V PŘEROVĚ**



**PRVNÍ NÁVŠTĚVA V BEZBARIEROVÉM BYTĚ**



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Dana Maďaričová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Vojtech Regec, Ph. D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2013

<b>Název práce:</b>	Dospělý jedinec se získanou poruchou mobility
<b>Název v angličtině:</b>	Adult with acquired impaired of mobility
<b>Anotace práce:</b>	<p>Bakalářská práce se zabývá tématem získané poruchy mobility až v dospělém věku jedince. V teoretické části popisuje a vymezuje pojmy mobilita, imobilita, defekt a jeho příčiny. Práce se také věnuje problematice dalších možností života dospělého jedince se získanou poruchou mobility a problematice fyzických a psychických reakcí jak jedince sama, tak jeho okolí. V empirické části práce je podrobně rozepsaná kazuistika jedince se získanou formou kvadruplegie. Cílem práce je na základě zpracované kazuistiky poukázat na fakt, že v případě získané poruchy mobility velice záleží na přístupu jedince k tomuto problému na základě toho je možné prožít i s tímto v rámci možností spokojený život.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	postížení, porucha mobility, získaná porucha, dospělý jedinec.
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>This thesis deals with acquired disorders of mobility to an adult individual. The theoretical part describes and defines the concepts of mobility, immobility, defect and its cause. The work also dealing with other possibilities of life of an adult with acquired mobility disorders and problems of</p>

	physical and psychological reactions to individual self and its surroundings. In the empirical part of the work is detailed case study of individuals with acquired by quadriplegia. The aim is processed on the basis of case studies to highlight the fact that in the case of acquired disorders of mobility greatly depends on the individual approach to this problem on the basis that it is possible to live with this the possibility of a happy life.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	disability, failure mobility, acquired disorder, an adult.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Lékařská zpráva, RTG dokumentace, vyjádření OSSZ k žádostem, fotodokumentace
<b>Rozsah práce:</b>	61
<b>Jazyk práce:</b>	český