

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

magisterské kombinované studium
2011 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Hana Prajková

Komplexní rehabilitace u zdravotně postižených, kompenzační a
protetické pomůcky, ochrana a práva zdravotně postižených

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce:
Mgr. Zbyněk Němec

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined (Part time) Studies
2011 - 2013

DIPLOMA THESIS

Hana Prajková

Total rehabilitation of the disabled people , compensatory and
prosthetic aids, protection and rights of the disabled people

Prague 2013

The Diploma Thesis Work Supervisor:
Mgr. Zbyněk Němec

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Sokolově dne 14.3.2013

Hana Prajková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu Mgr. Zbyňku Němcovi za vedení v práci a za poskytnuté cenné rady.

Anotace

Předmětem práce „Komplexní rehabilitace u zdravotně postižených, kompenzační a protetické pomůcky, ochrana a práva zdravotně postižených“ je zvýraznění spolupráce vzájemných činností fyzioterapeuta a speciálního pedagoga v komplexní rehabilitaci postižených osob.

První část práce, teoretická část, hovoří o komplexní rehabilitaci a následně jednotlivých druzích rehabilitace, kompenzačních a protetických pomůckách a jejich modernizaci.

V druhé, praktické části, práce jsou uvedeny kazuistiky jednotlivých případů postižených osob, a následně analýza kazuistických studií a doporučení.

V poslední části práce, v závěru, bude celkové zhodnocení a uvedení přílohového materiálu.

Klíčové pojmy

Komplexní rehabilitace, fyzioterapeut, speciální pedagog, spolupráce, kompenzační pomůcky a protetické pomůcky.

Annotation

The subject of thesis “ Total rehabilitation of the disabled people , compensatory and prosthetic aids, protection and rights of the disabled people” is demonstrating cooperation of mutual activities physiotherapist and special education teacher of the total rehabilitation of the disabled people.

The first part of this thesis is the theoretical part and talks about total rehabilitation and then individual types of rehabilitation, compensatory and prosthetic aids and their modernization.

In the second part, which is also practical part of this thesis are introduced casuistics of individual cases of disabled people, and then analysis casuistic studies and recommendation.

In the end of this thesis will be total evaluation and introduction of an attachment.

Key words

Total rehabilitation, physiotherapist, special education teacher, cooperation compensatory and prosthetic aids.

OBSAH

ÚVOD	10
1 REHABILITACE	12
1.1 Definice rehabilitace	12
1.2 Historie rehabilitace	13
1.3 Osoba se zdravotním postižením	14
1.4 Rozdělení zdravotně postižených	15
2 LÉČEBNÁ REHABILITACE	17
2.1 Fázový model léčebné rehabilitace	18
2.2 Fyzioterapie	18
2.2.1 Anamnéza	19
2.2.2 Aspekce	19
2.2.3 Palpace	20
2.2.4 Auskultace	20
2.2.5 Neurologické vyšetření	21
2.2.6 Přehled fyzioterapeutických metod diagnostiky a terapie	21
3 PEDAGOGICKÁ REHABILITACE	23
3.1 Cíle a prostředky pedagogické rehabilitace	24
3.2 Kdo zajišťuje pedagogickou rehabilitaci	25
3.3 Speciální pedagog a speciální pedagogika	25
3.4 Nástroje pedagogické rehabilitace	26
3.5 Asistent pedagoga	27
3.6 Vychovatel	28
4 PRACOVNÍ REHABILITACE	29
4.1 Historie pracovní rehabilitace	29
4.2 Stávající stav	30
4.3 Příprava k práci	32
4.4 Chráněné pracovní místo	32
4.5 Chráněná pracovní dílna	32

4.6 Zaměstnavatelé zdravotně postižených	33
5 SOCIÁLNÍ REHABILITACE	34
5.1 Cíle sociální rehabilitace	35
5.2 Kdo provádí sociální rehabilitaci	35
5.3 Platné právní předpisy, upravující sociální rehabilitaci	37
6 KOMPENZAČNÍ A PROTETICKÉ POMŮCKY	38
6.1 Ortopedická protetika (pomůcky pro tělesně postižené)	38
6.1.1 Protetika	40
6.1.1.1 Protézy dolní končetiny	40
6.1.1.2 Protézy horní končetiny	41
6.1.2 Ortotika	41
6.1.2.1 Stavba ortéz	42
6.1.2.2 Končetinové ortézy	42
6.1.2.3 Trupové ortézy	42
6.1.3 Kalceotika	43
6.2 Pomůcky pro sluchově postižené	43
6.3 Pomůcky pro zrakově postižené	43
6.4 Novinky kompenzačních a protetických pomůcek	43
6.4.1 C-leg protéza	44
6.4.2 ActiGait	45
7 PRAKTICKÁ ČÁST	46
7.1 Metodologie, popis výzkumu	46
7.2 Kazuistika č.1	46
7.2.1 Doplnující vyšetření	47
7.3 Kazuistika č.2	51
7.3.1 Doplnující vyšetření	53
7.4 Kazuistika č.3	56
7.4.1 Doplnující vyšetření	57
7.5 Kazuistika č.4	60

7.5.1 Doplnující vyšetření	61
7.6 Závěr kazuistik.....	63
8 ANALÝZA KAZUISTICKÝCH STUDIÍ A DOPORUČENÍ	64
Závěr	67
Seznam použitých zdrojů	69
Seznam obrázků	71
Seznam příloh	72

Úvod

Během života mohou člověka postihnout nečekané události, jako je ztráta zaměstnání, zdraví, ztráta sociálního začlenění atd., které mu změni pohled na celý život a on se mu musí přizpůsobit. Ztráta zdraví je asi tou nejtěžší zkouškou v našich životech a není lehké se s ní jen tak vyrovnat. Tato ztráta může být dočasná, dlouhodobá nebo trvalá. Proto jsou tito lidé rádi, že existují odborníci, kteří jim mohou pomoci a to ve všech směrech. Péče o zdravotně postižené je složitý proces, na kterém se podílí řada profesionálů - speciální pedagog, pedagogové se standardním pedagogickým vzděláním, lékaři, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, sociální pracovníci a další. V dnešní době je pohled na rehabilitaci mylný, lidé si nedokážou, pokud v daném oboru nepracují, představit co to pojem rehabilitace je a co vše do ní spadá.

Cílem této práce je seznámení s komplexní rehabilitací více zaměřenou na fyzioterapii. Jde o obor, který je nedílnou součástí rehabilitace. Dále poukázat na celistvost rehabilitace a ukázat, jak všechny oblasti spolu souvisí a spolupracují a doplňují se. Poukázat na to, jak nové přístroje a tedy technologie ovlivňují tento obor. Jak se rozvíjí a jak jde neustále kupředu a jak usnadňuje život zdravotně postižených a blíže je posouvá k tomu, aby žili život, který je co nejvíce podoben tzv. běžnému životu. Po seznámení se s prací získá čtenář přehled o tom, které oblasti jsou zahrnuty v rehabilitaci a kdo se zdravotně postiženými spolupracuje.

V teoretické části jsou rozděleny kapitoly na oblasti komplexní rehabilitace. Jde o léčebnou rehabilitaci, kde je podrobněji rozebrán obor fyzioterapie, dále o pedagogickou rehabilitaci, pracovní rehabilitaci a sociální rehabilitaci. Další kapitoly obsahují rozdělení pomůcek, které jsou pro zdravotně postižené důležitou součástí života. Práva a ochrana zdravotně postižených, jak je v názvu práce, jsou začleněny ke každé oblasti rehabilitace zvlášť, lze zde najít novely zákonů a vyhlášek, které se na zdravotně postižené vztahují.

V praktické části je poukázáno na práci fyzioterapeuta a speciálního pedagoga. Jsou zde uvedeny kazuistiky, které jsou vzájemně porovnány.

Smyslem práce je snaha ukázat nejen na práci fyzioterapeuta a speciálního pedagoga, ale též na jejich spolupráci. Snahou je dále poukázat na obtížný život zdravotně postižených, na to, co vše musí řešit a jaké mají v životě překážky a jak je legislativa či společnost život chrání. Každý, kdo je zdravý si toto neuvědomí.

Práce byla psána na základě zkušeností vlastní praxe autorky v oboru fyzioterapie, zkušeností získaných z absolvování odborných seminářů, kde jsou účastníci seznamováni s novinkami jak v protetice, tak i s dalšími kompenzačními pomůckami.

Rehabilitace je velmi nápomocný obor, díky němuž je o zdravotně postižené postaráno s maximální snahou jejich začlenění zpět do běžného života.

I rehabilitace se musí řídit určitými zásadami, pravidly, normami a především zákony. Je to spletitá síť, která má však svou organizaci a řád. V nejlepším případě je výsledkem osoba se zdravotním postižením, která žije v rámci možností postižení plnohodnotný život, udržuje společenské vztahy, je samostatná a zabezpečená.

Práce se snaží ukázat složitost propojení oblastí komplexní rehabilitace u zdravotně postižených a také jak složitě se ke svým právům lidé se zdravotním postižením dostávají.

1. REHABILITACE

1.1 Definice rehabilitace

Tento pojem má široký význam. Jde o vyrovnanou a postupnou snahu společnosti začlenit jedince s nějakým stupněm postižení do společnosti. Rehabilitace je ucelený celek, který zahrnuje zdravotnickou (léčebnou), vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou oblast.

Léčebná rehabilitace se týká zdravotnické oblasti, jde o lékařskou i nelékařskou pomoc. Patří sem nejen operační léčba, ale také konzervativní léčba (bez operačního zákroku), fyzioterapie, ergoterapie, ošetrovatelská péče apod.

Vzdělávací oblast ucelené rehabilitace pojímá specializované vzdělávání/edukaci daného jedince obecně, zahrnuje nejen přípravu na povolání, kdy základem je pracovní kvalifikace a rekvalifikace osob se změněnou pracovní schopností, rozvoj specifických vědomostí, dovedností, návyků znevýhodněných osob v pracovním procesu, ale také celoživotní vzdělávání a v neposlední řadě výchovné poradenství.

Sociální oblast rehabilitace pomáhá jedinci o sociální začlenění, zajistit zaměstnání, bydlení, dopravu, důchod, zájmové a kulturní činnosti, snaží se všemi dostupnými prostředky o prevenci či odstranění defektivitu.

Psychologická oblast souvisí s psychologíí klinickou, pedagogickou, sociální a pracovní. Psychorehabilitací se rozumí používání psychického ovlivňování postiženého jedince při vyrovnávání se s vadou a v rozvoji motivace postiženého ke všem oblastem života.

Technickou podporou v rehabilitaci jsou protetické a ortopedické, ortoptické, ortodontické a akustické pomůcky a v neposlední řadě také odstraňování architektonických zábran.

Právní oblastí ucelené rehabilitace jsou právní normy a směrnice, nepatří sem pouze jejich vypracování k zajištění práv a péče pro postižené, ale také alespoň základní právní povědomí.

V neposlední řadě se také hovoří o ekonomické oblasti rehabilitace, kam spadají organizace a řízení výrobní činnosti a produktivity práce zdravotně postižených občanů.

V dnešní době se u zdravotně postižených (dále ZP) užívá pojem ucelená tedy komplexní rehabilitace, což je propojení všech částí rehabilitace, které jsou vzájemně provázané a jsou cíleně mířené na začlenění této osoby do společnosti. (Kolář, 2009)

Rehabilitace podle WHO (Světová zdravotnická organizace World Health Organisation, též SZO) byla v roce 1969 definována jako „*kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti*“. (Kolář, 2009, str.2)

Podle potřeby a prostředků se využívají určité části rehabilitace. V roce 1981 WHO definici ještě rozšířila na to, že „*rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí dysabilitu, následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého*“. (Kolář, 2009, str.2)

1.2 Historie rehabilitace

Rehabilitace je v dnešní době běžně používaný pojem, ale v dřívějších dobách tomu tak nebylo. Pojem rehabilitace se začal používat za první světové války ve spojených státech amerických. Vojáci se vraceli z fronty se závažnými devastujícími zraněními jejich následky. Snahou bylo je maximálně začlenit do běžného života. Z tohoto důvodu byl schválen v USA V roce 1918 Soldiers Rehabilitation Act, v překladu Zákon o rehabilitaci vojáků. S návazností na tento zákon vznikl Civilian Rehabilitation Act v překladu Zákon pro všechny občany.

Bylo zraněno a zmrzačeno velké množství převážně mladých jedinců, kteří měli život před sebou, proto došlo k rozvoji hlavně protetiky – náhrad za chybějící části těla. Vznikl tak zcela nový obor, u kterého bylo nutností získat nové a více zpřesnit stávající znalosti o pohybu a funkci těchto chybějících částí těla. Došlo tedy k vývoji funkční morfologie pohybového aparátu a také současně ke zjednodušení mechanických pohybů tedy biomechaniky.

U nás se tímto problémem zabýval R. Jedlička, pojem rehabilitace zde však používán nebyl, nebyl ani stanoven žádný zákon, který by podporoval poškozené jako v USA. Tento významný chirurg a radiolog založil v Praze dne 1.4.1913 první ústav pro tělesně postižené.

Značně se v Evropě, a tedy i u nás, rehabilitace začala prosazovat po druhé světové válce. Významným mezníkem byl zvýšený výskyt poliomyelitidy (jde o dětskou přenosnou obrnu poliomyelitidu, lat. Poliomyelitis, původcem tohoto virového infekční onemocnění virus Poliovir) ve čtyřicátých letech minulého století, kdy sestra E. Kennyová z Austrálie významně ovlivnila léčebný proces rehabilitace. Její metody v tehdejší době byly novátorské a v Austrálii považovány až za kontroverzní. Rehabilitace poliomyelitidy se stala jedním ze zásadních kroků rozvoje v oblasti léčebné rehabilitace.

Ve druhé polovině 20. století, díky objevu antibiotik, dochází k rozvoji intenzivní medicíny, kdy lze prakticky „každého pacienta“ udržet při základních životních funkcích.

V poslední čtvrtině 20. století je rehabilitace indikována také v případech po cerebrovaskulárních inzultech a u polymorbidních nebo polytraumatických nemocných s ventilační poruchou.

V současné době se utváří souběžně několik oblastí, které udávají dnešní charakter a směr rehabilitace.

První z nich je historicky starší význam pojmu rehabilitace a to ve smyslu, kdy rehabilitace je chápána jako komplex sociálních aktivit. Toto bylo pojato jako sociální pomoc hlavně jedincům s těžkým a trvalým onemocněním. Financování probíhalo statním systémem nebo altruismem několika jedinců.

Další kategorií, která udává současný charakter rehabilitace je komplex medicínských a současně navazujících pracovních a sociálních aktivit. Tato kategorie chápe rehabilitaci jako kooperaci lékařské péče, fyzioterapeutické péče, ergoterapeutické péče, logopedické péče, sociální a pracovní péče.

Třetí a tedy poslední kategorií je nesprávné chápání rehabilitace jako necíleného tělocviku a pasivních procedur jako jsou klimatická léčba, vodoléčba nebo masáže apod. Tyto pasivní procedury jsou součástí rehabilitace, jde však o lázeňskou léčbu, která je součástí následné léčebné péče a která je obsažena v celkové rehabilitaci.

1.3 Osoba se zdravotním postižením

Osoba se zdravotním postižením je osoba, u které je diagnostikováno zdravotní postižení, což je odchylka od standardního zdravotního stavu a omezuje ji v určité činnosti jako je např. pohyb, a tím omezuje kvalitu jejího života a v neposlední řadě také uplatnění ve společnosti. V Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se zdravotním postižením rozumí je dáno, že tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. Dále Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti v souladu s právem Evropské unie upravuje zabezpečování státní politiky zaměstnanosti, jejímž cílem je dosažení plné zaměstnanosti a ochrana proti nezaměstnanosti.

Mezi osoby se zdravotním postižením se navíc řadí i fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny, že již nejsou invalidní, a to po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení. Naopak osobami se zdravotním postižením již nejsou fyzické osoby, které byly podle předchozí a nyní už neúčinné právní úpravy rozhodnutím úřadu práce uznány jako zdravotně znevýhodněné.

1.4 Rozdělení zdravotně postižených (OZP)

Zdravotní postižení jsou různého typu a různého stupně. Důležité je také brát v potaz očekávaný vývoj poškození v čase, tedy jak se bude vyvíjet postižení dále, zda bude progradovat, nebo zlepšovat, či zůstane ve stavu neměnném. Důležitou roli hraje také skutečnost, zda bylo postižení vrozené nebo bylo získáno během vývoje dítěte nebo bylo získané až v dospělosti. V dětském věku si dítě lépe zvyká a smiřuje se svým postižením, lépe se adaptuje, má neúplnou zkušenost s životem běžné populace (nezná život bez postižení). U OZP, které získaly postižení v dospělosti, však lépe chápou to, co prožívají lidé nepostižení, ale těžko se adaptují a smiřují se svým postižením. (Votava, 2003)

Nejčastější rozdělení postižení je dle jejich typu:

- A) **Tělesně postižení**, je stav, kdy se jedná o postižení pohybového aparátu. Hovoří se o postižení získaných v dospělosti z různých příčin např. cévní mozková příhoda, úrazy, poranění míchy, roztroušená skleróza, amputace končetin, artrózy, artritidy atd., nebo o postižení vrozených či získaných v dětství, což jsou např. muskulární dystrofie, myelopatie, dětská mozková obrna aj.
Tato diagnostikovaná onemocnění spadají do medicínských oborů ortopedie, neurologie, revmatologie nebo traumatologie.
- B) **Zrakově postižení**, postižení zrakového systému. Patří sem onemocnění, která vznikla úrazem či degenerativním onemocněním, mezi tyto diagnózy se řadí slabozrakost, těžký astigmatismus, nevidomost apod.
- C) **Sluchové postižení**, kdy dochází k poruše sluchového aparátu a to buď vrozeně nebo během života, mezi tyto diagnózy se řadí nedoslýchavost, neslyšící, úplná hluchota apod.
- D) **Postižení vnitřními chorobami**, do této oblasti se řadí tzv. civilizační onemocnění, onemocnění, kterými trpí celé populace lidí, mezi tato onemocnění se řadí kardiální (př. vysoký tlak), astmatické choroby, poruchy ledvin, onkologické nemoci atd.
- E) **Mentální postižení**, jde o snížené rozumové schopnosti od narození v různých stupních, způsobené známou či neznámou příčinou, mezi tyto diagnózy se řadí autismus, Downova nemoc, mentální retardace, vrozené syndromy, demence (což je rychlý

úbytek rozumových schopností ve starším věku) aj.

- F) Psychiatrické postižení**, jde o nemoci psychického rázu, mezi tyto diagnózy se řadí deprese, schizofrenie atd.
- G) Samostatné poruchy řeči**, mezi tyto diagnózy se řadí jako je mutismus, afázie, dysfázie atd.
- H) Kombinace více postižení**, nejčastěji se zde vyskytuje mentální postižení přiřazené k jiným postižením např. k zrakovým postižením či tělesným. (Votava, 2003)

2. LÉČEBNÁ REHABILITACE

Léčebná rehabilitace je součástí zdravotní péče a je jednou z oblastí komplexní rehabilitace. Zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření, jejichž cílem je získání maximální zdatnosti jedince. Léčebný rehabilitační tým tvoří, rehabilitační lékař, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, sociální pracovníci, logopedi a popřípadě i speciální pedagogové, kteří se snaží vytvořit pro toto získání řádných a kvalifikovaných podmínek. (Kolář, 2009)

Léčebná rehabilitace má formu lůžkové nemocniční péče, ambulantní péče a péče v odborných léčebných ústavech, kam patří lázeňská zařízení. Musí být poskytována od samého počátku vzniku onemocnění, tedy v akutní lůžkové zdravotní péči a to na všech odděleních klinických oborů, nevyjímaje oddělení anesteziologicko-resuscitační oddělení až po samotné vyléčení/ukončení léčby v bodě, kdy již další léčba nebo péče není progresivní, tedy do okamžiku, kdy jakákoli další péče daný stav nezlepší. (Kolář, 2009)

Je-li poskytnuta léčebná rehabilitace včas, může statisticky až třetina osob po těžkém úrazu nebo onemocnění využít pouze léčebnou rehabilitaci a nemusí se dostat do celého systému komplexní rehabilitace (jako je rehabilitace pedagogická, sociální, pracovní apod.). Pokud se zcela pacient uzdraví, vrací se do svého původního zaměstnání a prostředí. (Kolář, 2009)

Pokud vyžaduje stav jedince další zdravotnickou péči, je pacient v akutní péči přeložen na oddělení včasné rehabilitační péče, které zajišťuje následnou rehabilitační péči s vazbou na další rehabilitaci. (Kolář, 2009)

Ministerstvo zdravotnictví vytváří i neinvestiční programy, které zajišťují edukačními a rehabilitačními aktivitami další zlepšení zdravotního stavu zdravotně postižených. Mezi tyto programy patří Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, Program podpory veřejně účelných aktivit občanských sdružení zdravotně postižených, Program podpory občanských sdružení a humanitárních organizací, projekty zdravého stárnutí. Hlavním cílem těchto programů je integrace, tedy začlenění osob zdravotně postižených do společnosti. (Kolář, 2009)

Výkony léčebné rehabilitace jsou většinou hrazené veřejným zdravotnickým pojištěním.

2.1. Fázový model léčebné rehabilitace

1. Fáze A, je akutní fáze onemocnění, která probíhá v zařízeních akutní lůžkové péče včetně jednotek intenzivní péče (dále JIP).
2. Fáze B, je včasná rehabilitace, v některých případech musí být zajištěna intenzivní péče, příkladem jsou v našem státě spinální jednotky.
3. Fáze C, je rehabilitace, kde je plná spolupráce pacienta, je zajištěna na lůžkách akutní rehabilitace a v léčebných rehabilitačních ústavech. Vyžaduje léčebnou a ošetrovatelskou péči, ale už není nutná intenzivní péče. V této fázi se zaměřuje na neurorehabilitaci a také na nácvik soběstačnosti v každodenních činnostech.
4. Fáze D, jejím hlavním cílem této fáze je redukce ošetrovatelské péče a umožňuje sociální reintegraci.
5. Fáze E, je fáze po ukončení intenzivní léčebné a pracovní rehabilitace. --
6. Fáze F, je fáze rehabilitace, která je zaměřená na takový přístup, kdy se hledí na stav pacienta z dlouhodobého hlediska. (Kolář, 2009)

Z těchto fází vyplývá také rozdělení rehabilitace do dvou oblastí, které mají své metody. Jsou to postupy, které jsou zaměřené na ovlivnění funkčního deficitu a eliminace dopadu funkčního deficitu. (Kolář, 2009)

2.2. Fyzioterapie

Základní metodou léčebné rehabilitace je fyzioterapie. Tento obor léčebné rehabilitace využívá mnoho manuálních postupů a fyzioterapeutických konceptů, které vycházejí ze základní klinické neurofyziologie.

Základním předpokladem správně voleného a také kontrolovaného léčebného postupu je zhodnocení klinického nálezu.

Fyzioterapeutické vyšetření je spíše zaměřené na symptomatologické onemocnění, které můžeme fyzioterapeutickými metodami léčit nebo také kompenzovat.

Fyzioterapeut nejdříve provádí své základní vyšetření popřípadě specifické vyšetření, stanoví léčebný terapeutický plán a to jak krátkodobý tak i dlouhodobý plán.

Mezi obecné prostředky vyšetření je řazena anamnéza, palpační a aspekční vyšetření, auskultační vyšetření a vyšetření antropometrické. (Kolář, 2009)

2.2.1 Anamnéza

Patří mezi základní a nejdůležitější část vyšetření. Rozhovorem s pacientem fyzioterapeut získá informace, které jsou pak velmi významné při vyhodnocení a posouzení s klinickým vyšetřením. Tato anamnéza je vždy zaměřena na určité oblasti:

- a) první z nich je rodinná anamnéza tedy onemocnění bližších přímých rodinných příslušníků, zjištění o onemocnění sourozenců a rodičů, u dětí se zjišťuje počet sourozenců,
- b) osobní anamnéza je další částí, tou se získávají informace o chorobách, které pacient prodělal a pro které je v současné době léčen, do této oblasti také patří informace o úrazech a operacích,
- c) pracovní a sociální anamnéza poukazuje na sociální situaci vyšetřované osoby, na zaměstnání, podmínky bydlení, stavební bariéry, zdali vykonává práci různorodou nebo stereotypní a také nejčastější pacientova poloha při práci. Nesmí se také zapomenout na mimopracovní aktivity vyšetřovaného,
- d) alergologická anamnéza zjišťuje, jak už vyplývá z názvu, alergie na léky a kontrastní látky a také je důležitý typ alergické reakce (začervenání, dechové potíže, anafylaktický šok atd.),
- e) ve farmakologické anamnéze se zjišťuje, které léky pacient užívá chronicky,
- f) v neposlední řadě je nutné zmínit i anamnézu aktuálního onemocnění (zde se zjišťují subjektivní potíže jako je bolest, paretické poruchy, svalová slabost, ztuhlost, závrať, neobratnost atd.)

2.2.2 Aspekce

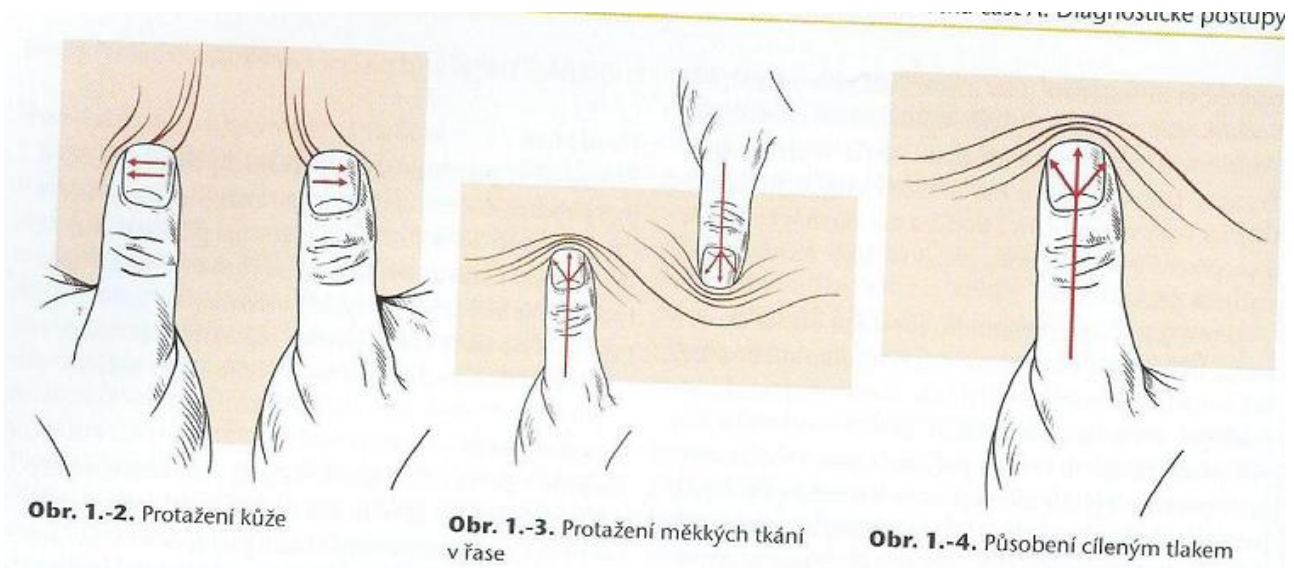
Jedná se o vyšetření pohledem. Toto vyšetření začíná již v čekárně, fyzioterapeut si všímá pohybového chování dané osoby. Zkoumá držení těla, chůzi, mimiku tváře, pohyby očí a také chování při a před vyšetřením.

Aspekce je důležitá u kineziologického rozboru těla vyšetřovaného, kdy si fyzioterapeut nechá vyšetřovaného svléknout do spodního prádla a aspekčně vyšetřuje držení těla zepředu, ze strany a zezadu. Sleduje celkové držení těla. (Dobeš, 2012)

2.2.3 Palpace

Vyšetření hmatem. Tímto vyšetřením fyzioterapeut vnímá rukama tvrdost, drsnost, hladkost, poddajnost, pružnost, vlhkost, teplotu těla. Vzniká zde i zpětná vazba, v tom, jak vyšetřovaný reaguje na dotek fyzioterapeuta. Každý fyzioterapeut palpuje jinak a každý vyšetřovaný reaguje na tento dotek jinak, příkladem je palpace spoušťových bodů tzv. trigger pointů. Tímto vyšetřením fyzioterapeut získává nejhodnotnější a nejvěrohodnější informace. Mezi nejdůležitější palpační techniky patří tření kůže, protažení kůže, protažení měkkých tkání v řase kůže, působení pouhým tlakem, posouvání fascií, vyšetření aktivních jizev, vyšetření svalových spoušťových bodů a vyšetření kloubní pohyblivost.

Obrázek 1: Palpační vyšetření



Zdroj: Rehabilitace v klinické praxi, Pavel Kolář et al., Galen, Praha 2009, str. 30

2.2.4 Auskultace

Sluchové vyšetření, kterým se hodnotí kvalita pohybu, vyhodnocují se též zvukové fenomény, které kloubní pohyb provází (drásoty, vrzání, praskání aj.). V případě technik pro uvolnění blokády se lze občas setkat i s fenoménem lupnutí.

Všechna předchozí vyšetření patří do základních obecních vyšetření, je však nutné brát v patrnost že každé onemocnění je jiné a potřebuje své specifické vyšetření. Příkladem je kompletní neurologické vyšetření, které se provádí u neurologických pacientů. (Dobeš, 2012)

2.2.5 Neurologické vyšetření

- a) vyšetření posturálních funkcí,
- b) vyšetření svalového tonusu (svalové napětí),
- c) vyšetření senzitivních funkcí (citlivost),
- d) vyšetření reflexů,
- e) vyšetření mimovolních pohybů,
- f) vyšetření svalové síly, zjištění svalových oslabení.

2.2.6 Přehled fyzioterapeutických metod diagnostiky a terapie

Fyzioterapeutické metody jsou terapeutické a diagnostické postupy využívané při různých onemocněních. Volba správné metody vychází z vyšetření funkční symptomatologie. Žádný fyzioterapeut nepoužívá jen jednu metodu, ale od každé metody použije to, co je pro pacienta právě přínosné. Tyto metody a koncepty se uplatňují transoborově.

Většina fyzioterapeutických metodik vzešla z empirie a vědecké vysvětlení jejich účinku nebývá vždy dostatečné (jako je metoda reflexní teorie řízení motoriky z roku 1906 navržená neurofyziologem Charlesem Sherringtonem a v dnešní době je tato teorie známá jako reflexní oblouk). Základem moderních fyzioterapeutických konceptů a metod je objev neuroplasticity mozku, jde o vlastnost centrálního nervového systému přizpůsobovat se novým podnětům svou anatomickou přestavbou. Tuto plasticitu lze využít u jakýchkoli inzultů (cévní mozková příhoda, různá traumata apod.). Mnoho fyzioterapeutických metod využívá stimulaci receptorů, takže se plasticity dotýkají a využívají ji.

Jak už bylo řečeno, tyto metody se pro svou komplexnost a techniku využívají u více diagnóz.

Patří sem:

- 1) Pasivní cvičení a aktivní cvičení.
- 2) Cvičení svalové síly.
- 3) Dynamická neuromuskulární stabilizace dle Pavla Koláře.
- 4) Mobilizace měkkých tkání.
- 5) Terapie "suchou jehlou " se zaměřením na svalové spoušťové body.
- 6) Trakce.
- 7) Relaxační techniky.
- 8) Cvičení zaměřené na rozvoj somatestézie.
- 9) Respirační terapie.
- 10) Vojtův princip: reflexní lokomoce.

- 11) Proprioceptivní neuromuskulární facilitace.
- 12) Feldenkraisova metoda.
- 13) Metoda podle R. Brunkowové.
- 14) Brügger koncept.
- 15) Koncept manželů Bobathových.
- 16) Cvičení s velkým míčem (gymball).
- 17) Cvičení s overballem, therabandem a jiné.
- 18) Fyzikální terapie.
- 19) Strečink.
- 20) Kineziotaping.
- 21) Metoda Ludmily Mojžíšové.
- 22) Senzomotorická stimulace.
- 23) Míčkování.
- 24) Bazální stimulace.
- 25) Terapie bazálními podprogramy. (Hromádková, 2002)

3. PEDAGOGICKÁ REHABILITACE

V současné době nemá pedagogická rehabilitace svou definici, ani oporu v žádné platné právní normě, v našich podmínkách obsahově odpovídá pedagogickému působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky. (UPOL, cit. 17/1/2013)

Jde o proces, který má za cíl osobám se zdravotním postižením umožnit nejvyšší stupeň vzdělání a získat tak optimální kvalifikaci, v rámci schopností a možností osob s handicapem. Důležité je respektovat jejich individuální potřeby a možnosti a brát zřetel na jejich společenské situace a uplatnění. Jde o snahu podpořit jejich samostatnost s jejich aktivním zapojením do všech běžných denních aktivit denního života. Vytvořit pomocí výchovy a vzdělávání harmonii všech členů společnosti a nevytvářet rozdíly, které vedou k sociálnímu vyloučení těchto osob. Pedagogická rehabilitace je součástí komplexní rehabilitace, a proto se prolíná s jejími dalšími oblastmi. (Votava, 2003)

Pedagogickou rehabilitaci vykonávají pedagogičtí pracovníci/speciální pedagogové, kteří pomáhají lidem, jímž jejich zdravotní stav neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. (Votava, 2003)

Dosažení potřebné úrovně vzdělání je jeden z nejdůležitějších cílů rehabilitace a to nejen u dětí, ale i u dospělých. Jde o to, aby jim získané/doplněné vzdělání či rekvalifikace zkvalitnilo život.

Osobě se zdravotním postižením může postižení klást překážky a to v neformální oblasti vzdělávání, tedy získávání neformálních osobních zkušeností.

Během dětství se formují vzorce chování a sociální vztahy, a proto je nanejvýš důležité, aby dítě se zdravotním postižením strávilo dostatečný čas ve školském kolektivu, kde se tyto neformální (ale i formální) vztahy utváří. Pedagogická rehabilitace má tedy jak složku výchovnou, tak vzdělávací. (Votava, 2003)

Součástí pedagogické rehabilitace zdravotně postižených je také jak trávit volný čas a využívat zájmové aktivity. Každý člověk je jedinečný, má své zájmy, které ho baví a dále motivují, každý člověk má talent na něco jiného. Volnočasové aktivity a zájmové kroužky prokazují jejich vlohy a nadání a cíleně je vedou k aktivnímu způsobu života. V současné době existuje mnoho školských zařízení, která umožňují mimoškolní aktivity pro zdravotně postižené.

Základní zásadou pedagogické rehabilitace je včasnost jejího zahájení a její cíl. U každého člověka je možnost, či dokonce nutnost, rozvíjet určité oblasti. Zásadní je však naleznout tuto vhodnou oblast a vhodnými způsoby a metodami ji rozvíjet.

Už v raném věku (u dětí se zdravotním postižením) je nutné zajisti kvalitní rehabilitaci, ale zde ji nelze ihned rozdělit na sociální, zdravotní a pedagogickou. Dítě je v rodinné péči a ta bere v potaz i rychlý vývoj dítěte, a proto se zajišťuje ucelená rehabilitace tzv. raná péče zpravidla od narození po nástup do povinné školní docházky. (Votava, 2003)

Zásadami rané péče jsou:

- a) budování soběstačnosti rodiny a její schopnosti řešit problémy související s výchovou dítěte vlastními silami,
- b) upevňování interních rodinných vazeb a posilování její funkčnosti,
- c) všestranná podpora správného vývoje dítěte,
- d) vytváření podmínek pro úspěšné začlenění dítěte se zdravotním postižením do vzdělávacího systému,
- e) integrace všech členů rodiny do společnosti. (Votava, 2003)

Raná péče v rámci pedagogické rehabilitace je zajišťována v resortu školství speciálně pedagogickými centry, ale též nestátními organizacemi a občanskými sdruženími. Nejčastěji vznikají střediska rané péče pro děti a jejich rodiny se zrakovým postižením a kombinovaným postižením. (Votava, 2003)

Tým odborných pracovníků rané péče tvoří speciální pedagog, psycholog, sociální pracovník, ergoterapeut a fyzioterapeut.

Svá specifika má u dětí, které jsou v ústavní péči, zde je pedagogická rehabilitace komplikovanější a to z důvodu omezeného působení, či dokonce úplné absence, rodiny, jejíž role je nezastupitelná a přebírá ji instituce. (Votava, 2003)

3.1 Cíle a prostředky pedagogické rehabilitace

Základem této rehabilitace (jež je součástí komplexní rehabilitace), jak již bylo uvedeno, je dosažení co nejvyššího možného stupně vzdělání zdravotně postižených, což tvoří základ pro rozvoj osobnosti, samostatného uvažování a rozhodování. Celý vzdělávací proces vede a musí vést jednoznačně ke společenskému a pracovnímu uplatnění. (Votava, 2003)

Mezi cíle a prostředky pedagogické rehabilitace patří hlavně; správné stanovení předpokladů studenta pro dosažení plánovaného vzdělání, dále vytvoření dostatečné motivace

ke vzdělávání a sebevzdělávání, což je dáno hlavně zvládnutím metody studia a pozitivním přístupem pedagoga, odstranění demotivujících vlivů, faktorům procesu učení, přizpůsobení se prostředí a tempu učení a přizpůsobení prostředí a tempa učení individualitě každého jedince, dále využívání specifických pedagogických a to jak metod, tak přístupů a pomůcek v průběhu edukace, zařazování specifických předmětů dle míry postižení, které jsou pro daného jedince důležité (např. Braillovo písmo, využití počítače, využití světelné signalizace atd.). (Votava, 2003)

3.2 Kdo zajišťuje pedagogickou rehabilitaci

Mezi pedagogické pracovníky patří:

1. speciální pedagog,
2. asistent pedagoga,
4. pedagogové se standardním pedagogickým vzděláním (běžní pedagogové),
5. vychovatelé. (UPOL, cit. 17/1/2013)

Mezi nepedagogické pracovníky pak patří osobní asistent (jeho služby jsou nenahraditelné, nehradí je škola, ale mohou je nahradit rodiče žáka).

3.3 Speciální pedagog a speciální pedagogika

Jde o vysokoškolsky vzdělané odborníky v oboru speciální pedagogika. Jde o obor zabývající se vzděláváním osob s různými druhy zdravotních postižení.

Speciální pedagogika je obor širokého spektra a dělí se:

A) podle druhu postižení

- a) SOMATOPEDIE – vzdělávání osob s tělesným postižením,
- b) PSYCHOPEDIE – vzdělávání osob s mentálním postižením,
- c) ETOPIEDIE -vzdělávání osob obtížně vychovatelné a s projevy sociální patologie,
- d) TYFLOPIEDIE – vzdělávání osob se zrakovým postižením,
- e) SURDOPEDIE – vzdělávání osob se sluchovým postižením,
- f) LOGOPEDIE – vzdělávání osob s poruchou řeči,
- g) SPECIFICKÉ PORUCHY CHOVÁNÍ A UČENÍ vývojová dyslexie, dysortografie, oligofrenie, dysgrafie, dyskalkulie, dysmúzie, dyspinxie, dyspraxie,

- h) **SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM** – název již uvádí, že jde o kombinaci postižení.

B) dle věku

- a) předškolního věku,
- b) školního věku,
- c) dospělých (speciální andragogika),
- d) seniorů (speciální gerontagogika),

Toto členění je dáno v České republice, ale mezinárodně není takto užíváno.

3.4 Nástroje pedagogické rehabilitace

- a) **edukace** – představuje aktivity zaměřené na rozvíjení nepostižených funkcí a schopností;
- b) **reedukace** – rozvíjení zdánlivě ztracené nebo dezintegrované funkce;
- c) **kompenzace** – náhrada ztracené nebo nedostatečně využitelné funkce;
- d) **stimulace** – podněcování nerozvinuté nebo opožděné funkce, např. řeči, motoriky;
- e) **speciálně pedagogická diagnostika** – tvoří východisko při sestavování individualizovaném programu speciálně pedagogického působení na konkrétního žáka;(Votava, 2003)

Speciální pedagog působí jak ve školách a mateřských školách jako pedagog v přímém procesu vzdělávání a také jako poradenský pracovník v rámci pedagogicko-psychologického poradenství.

Do školského systému České Republiky v rámci pedagogicko-psychologického poradenství patří pedagogicko-psychologické poradny, speciální pedagogická centra a střediska výchovné péče. (Votava, 2003)

Program pedagogicko-psychologického poradenství zajišťuje odborné činnosti:

- a) speciálně pedagogickou diagnostiku (do jaké míry a jestli je tedy vůbec nutná pedagogická rehabilitace),
- b) spolupráce se školou při tvoření individuálního vzdělávacího systému a jeho naplnění,
- c) poskytnutí speciálně pedagogickou terapeutickou činností, kde je jejich hlavním cílem odstranění negativních následků zdravotního postižení,

d) odborné poradenství pedagogům a rodičům.

(Votava, 2003)

3.5 Asistent pedagoga

Ve školách jde o poměrně novou profesí. V mateřské nebo základní škole hraje mnohdy klíčovou roli při vzdělávání dítěte se zdravotním postižením. Jeho kompetence a praktické využití však zůstávají v mnoha školách nepovšimnuty a velkou neznámou. Konzervatismus zde hraje určitou roli, avšak v moderní pedagogice je jeho činnost nanejvýš žádoucí. (Uzlová, 2010)

Asistent pedagoga podle ustanovení § 2 zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících (ve znění pozdějších novel) je pedagogický pracovník. Jde o zaměstnance školy, jež působí ve třídě, v níž je začleněn žák nebo více žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. (Uzlová, 2010)

Rozdíl mezi osobním asistentem a asistentem pedagoga je v tom, že asistent pedagoga není "k ruce" pouze začleněnému žákovi, ale je vedle učitele dalším aktivním pedagogickým pracovníkem, který pomáhá zajišťovat plynulý chod výuky, spolupracuje s učitelem a po vzájemné domluvě se věnuje podle potřeby také ostatním žákům třídy.

V praxi je bohužel tato zásada opomíjena a ve většině případů se stává, že asistent pedagoga je spolu se žákem oddělen od ostatních dětí, pracují výhradně spolu, učitel se na žáka obrací výjimečně a chybí spolupráce a sociální kontakt s ostatními žáky. Zde pak nelze hovořit o úspěšné integraci žáka se znevýhodněním, ani o inkluzivním přístupu ze strany školy. (Uzlová, 2010)

Vedení školy obvykle vychází z doporučení speciálního pedagoga a z konkrétních potřeb žáka. Špatným pochopením práce asistenta pedagoga bývá zpravidla skutečnost, že v případě nepřítomnosti žáka ve škole určuje asistentovi práci ředitel školy, kdy jde např. o kopírování materiálů, administrativní činnost, dozory, příprava pomůcek pro žáka. (Vosmik, Bělohávková 2010)

Spolu s učitelem se podílí na tvorbě individuálního vzdělávacího plánu, navrhuje užití pomůcek, výukových metod apod.

(Průcha, 2009); (Průcha, Walterová, Mareš, 2003)

3.6 Vychovatel

Vychovatel je odborník, který pracuje v dětských zařízeních se zdravotním postižením (internát, školní družina aj.). Jehož činnost zasahuje nejen do pedagogické rehabilitace, ale také do sociální rehabilitace i léčebné rehabilitace. (Votava, 2003)

Činností vychovatele je vytvoření kulturního programu a programu volnočasových aktivit. Pomáhá dětem nejen s běžnými denními činnostmi jako je hygiena, jídlo, oblékání (samoobslužné aktivity) a další, ale i se samotným vzděláváním a sociálním začleněním, vytváří žákovi vhodné podmínky pro plnění školních domácích úkolů a také případně mu s nimi případně pomáhá. Řeší akutní záležitosti, jako jsou úrazy, změny zdravotního stavu, psychosomatické potíže atd. Spolupracuje s policisty, záchranáři, hasiči při ohrožení žáků. Také zasahuje do oblasti prevence v oblasti třeba protidrogové prevence a kriminality, nacvičuje soběstačnosti, správně řešení problémů a v neposlední řadě pomoc s i řešením situací ve společenských vztazích a s navazováním nejen společenských vztahů u dospívajících žáků (v oblasti partnerských vztahů). (Votava, 2003)

Nelze však opomínat na vliv rodiny, jde o nejdůležitější faktor dalšího vzdělávání žáka. Rodiče jsou hlavním spojením mezi všemi oblastmi rehabilitace, oni sami tvoří pedagogicko-výchovnou rehabilitaci, pomáhají při léčebné rehabilitaci, mají nepřehlédnutelný vliv v oblasti sociální rehabilitace a mají praktiky „hlavní slovo“ v oblasti pracovní rehabilitace. (Votava, 2003)

Sami rodiče by se však měli chtít vzdělávat, shánět další nové moderní informace, trávit s dítětem s postižením maximálně času a to jak v průběhu školního roku, ale také v době prázdnin. Proto je také cílem pedagogické rehabilitace správně a aktivně motivovat rodiče do dění okolo dítěte v oblasti vzdělávání a správně je informovat. (Votava, 2003)

4. PRACOVNÍ REHABILITACE

V rehabilitaci jde o kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro nácvik nebo opětovné získání co možná nejvyššího stupně funkční zdatnosti - samoobslužnosti (WHO), jde tedy o kompenzaci funkcí člověka-jedince- za zvlášť (až dramaticky) změněných podmínek jeho zdravotního stavu s možností jeho resocializace. V optimálním případě jde o návrat zdraví, tj. stav fyzické, psychické a sociální pohody.

Pro toto studium používá odborný pracovník postupy, jejichž soubor je pro ni specifický.

4.1 Historie pracovní rehabilitace

Armáda má bohatou tradici ve vztahu fyzikální medicíny a rehabilitace. Vývoj fyzikální medicíny a rehabilitace, do značné míry, lze vysledovat do válek 20. století. (Votava, 2003)

Vojenští fyzioterapeuti byly vizionářští představitelé oboru, kteří reagovali na drtivé potřeby válečných obětí, a jejich pochopení, poháněli fyzikální medicínu (medicínu potřeb těla) a rehabilitaci dopředu jako samostatný specializovaný lékařský obor¹. (Votava, 2003)

Prvek koordinované péče o postižené ohrožených v důsledku nějakého zranění, úrazu nebo onemocnění vnesla do zaměstnávání postižených první světová válka. Z front se vracely řady mladých mužů s nejrůznějšími druhy válečných devastujících zranění. Tito muži byli mladí, schopni nějakého pracovního výkonu, avšak v běžném pracovním životě prakticky nepoužitelní. Proto většina zemí účastnících se válečných tažení počala tento problém řešit v kooperaci se zdravotnictvím, sociální službou a politikou vzdělávání a zaměstnanosti. V USA jako jediném státě se začalo hovořit o rehabilitaci – rehabilitaci válečných veteránů. V tehdejší Československu se této problematice věnoval profesor Rudolf Jedlička. (Votava, 2003)

V průběhu druhé světové války a následně po jejím ukončení rovněž musela řada států řešit stejný problém, přísun zraněných a fyzicky trvale poškozených mladých nejen mužů, ale

¹ Military psychiatrists were visionary leaders of our field, who responded to the overwhelming needs of war casualties, and with their insight, propelled psychiatry physical medicine and rehabilitation forward as a medical specialty.. Pub Med.gov. [on line], Dostupný volně. Psychiatry,physical medicine, and rehabilitation: historical development and military roles. v (<http://scholar.google.cz/scholar?q=physical+rehabilitation+historic+usa&>). 2.32013

i žen byl masový. Bývalý příslušník US ARMY MUDr. Karpin, který se vrátil do ČSR, se aktivně zapojil do činnosti v nově vzniklém rehabilitačním ústavu v Kladrubech. V roce 1955 ČSR na doporučení Světové organizace práce (ILO) se zavázala tento problém systematicky řešit. (Votava)

Ačkoli se v zahraničí tento problém řešil a rozvíjel v souvislosti s bojem proti nezaměstnanosti, kdy hlavním cílem byl boj proti nezaměstnanosti, kdy cílem pracovní rehabilitace bylo maximální pracovní zařazení postižených.

V Československu byl vytvořen pojem, a vlastně právní institut, změněná pracovní schopnost (ZPS), kdy občanem se ZPS je ten, kdo má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav nebo podstatně omezenou možnost pracovního uplatnění, případně přípravy na pracovní uplatnění. Občany se ZPS byly také držitelé invalidních důchodů a to typu, kdy ještě mohli pracovat. O tom, komu bude, či nebude přiznána ZPS, rozhodovala Posudková komise sociálního zabezpečení. Pokud byla posuzovanému přiznána ZPS, byla doporučena práce v tzv. chráněných dílnách v rámci programu zaměstnávání ve výrobním podniku Svazu invalidů META. Tyto programy se rozvíjely od konce 70. let. Teprve po roce 1990 se začalo prosazovat OSZ na trhu práce. (Votava,2003)

Zákonem č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti byly definovány pojmy jako „občan se změněnou pracovní schopností“ a „občan se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením“. Pracovní rehabilitace byla definována jako soustavná péče poskytovaná ZPS, směřující k tomu, aby tito mohli vykonávat dosavadní nebo jiné vhodné zaměstnání. (Votava, 2003)

4.2 Stávající stav

V současné době upravuje zabezpečování státní politiky zaměstnanosti, jejímž cílem je dosažení plné zaměstnanosti a ochrana proti nezaměstnanosti Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti ve znění pozdějších novel (k 31.12.2012 se jednalo o 48 novel), který je v souladu s právem Evropské unie (16 doplňujících Směrnic), Vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, Zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce ve znění pozdějších novel a Zákon č. 40/1964 Sb. občanský zákoník ve znění pozdějších novel.

A jak to tedy vidí ustanovení zákona o zaměstnanosti², který mmjn. přesně definuje osoby se zdravotním postižením a kterým je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce.

Proveďme si krátké shrnutí.

2) Zákon č. 435/2004 Sb., ustanovení § 67 až 78 (ve znění pozdějších novel)

Fyzickým osobám se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce.

Osoby se zdravotním postižením jsou podle zákona fyzické osoby, které jsou:

- a) uznány invalidními ve třetím stupni (osoby s těžším zdravotním postižením),
- b) uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni,
- c) uznány zdravotně znevýhodněnými (osoby zdravotně znevýhodněné). To jsou občané, kteří mají zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání, ale jejich schopnost vykonávat dosavadní povolání a nebo využít dosavadní kvalifikaci jsou podstatně omezeny z důvodu špatného zdravotního stavu (tento stav musí trvat déle než jeden rok).

Osobu se zdravotním postižením potvrzuje orgán sociálního zabezpečení a svým rozhodnutím úřad práce. (firmy.finance.cz, cit. 3/3/2013)

Každá osoba se zdravotním postižením má právo na pracovní rehabilitaci, která je zabezpečována úřadem práce v místě bydliště, ty spolupracují s pracovními rehabilitačními středisky nebo může být zastupována pověřena jiná právnická či fyzická osoba.

Pracovní rehabilitace je soubor činností, které jsou zaměřené na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením.

Pracovní rehabilitace zahrnuje poradenskou činnost, zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Dále se zabývá teoretickou a praktickou přípravou pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost. Zprostředkovává a udržuje změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváří vhodné podmínky pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

Důležité je sestavení individuálního plánu pracovní rehabilitace (obsah individuálního plánu stanovuje ministerstvo), který sestaví úřad práce s ohledem na zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost a kvalifikaci.

Do pracovní rehabilitace mohou být, jak již bylo řečeno, zařazeny osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce i osoby, které přestaly být invalidními, ale jejichž zařazení nesmí být v rozporu s jejich zdravotní způsobilostí. Úřad práce má za povinnost písemně oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení s uvedením data zahájení, místa výkonu, denního rozsahu a celkové délky trvání pracovní rehabilitace, a do 5 kalendářních dnů písemně oznámit její ukončení.

4.3 Příprava k práci

Nesmí se zapomínat na přípravu k práci, jde o proces směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti (trvajících maximálně 24 měsíců) a osoba se zdravotním postižením obdrží doklad o absolvování přípravy k práci. Osoby, které nepobírají žádné dávky, mzdu či důchod úřad podporuje při rekvalifikaci.

Tato podpora náleží uchazečům o práci i v případě, že nejsou vedeni v evidenci uchazečů o zaměstnání. Pokud však zaměstnavatel provádí přípravu k práci osob se zdravotním postižením ve vlastní režii, uhradí mu náklady na přípravu k práci těchto osob úřad práce na základě písemné dohody.

4.4 Chráněné pracovní místo

Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce.

Chráněné místo:

- a) musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne, kdy bylo sjednáno v dohodě, úřad práce poskytuje zaměstnavateli příspěvek,
- b) příspěvek může činit maximálně osminásobek, pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně dvanáctinásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku, za podmínky, že zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky apod.,
- c) úřad práce může uzavřít dohodu o poskytnutí příspěvku na vytvoření chráněného pracovního místa i s osobou se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost, zde však platí podmínky tzv. „normálního“ zaměstnavatele. (firmy.finance.cz, cit. 3/3/2013)

4.5 Chráněná pracovní dílna

Chráněná pracovní dílna je pracoviště přizpůsobené k zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Musí být provozována po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě (úřad práce opět poskytuje příspěvek). Podmínky jsou stejné jako u chráněného pracovního místa. Ministerstvo stanoví charakteristiku chráněného pracovního místa a pracovních míst v chráněné pracovní dílně (druhy nákladů a způsob poskytování příspěvku). (firmy.finance.cz, cit. 3/3/2013)

4.6 Zaměstnavatelé zdravotně postižených

Zaměstnavatelé jsou oprávněni požadovat od úřadu práce:

- a) informace a poradenství se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením,
- b) spolupráci při vyhrazování pracovních míst zvláště vhodných pro osoby se zdravotním postižením,
- c) spolupráci při vytváření vhodných pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením,
- d) spolupráci při řešení individuálního přizpůsobování pracovních míst a pracovních podmínek pro osoby se zdravotním postižením.

Zaměstnavatelé jsou povinni:

- a) stále zdokonalovat a rozšiřovat ve spolupráci s lékaři zaměstnávání osob se zdravotním postižením individuálním přizpůsobováním pracovních míst a pracovních podmínek a vyhrazováním pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením,
- b) spolupracovat s úřadem práce při zajišťování pracovní rehabilitace,
- c) musí vést a shromažďovat evidenci zaměstnávaných osob se zdravotním postižením (evidence obsahuje údaje o důvodu, na základě kterého byla osoba uznána osobou se zdravotním postižením),
- d) musí vést a shromažďovat evidenci pracovních míst vyhrazených pro osoby se zdravotním postižením. (firmy.finance.cz, cit. 3/3/2013)

5. SOCIÁLNÍ REHABILITACE

"Sociální rehabilitace je proces, ve kterém pacient s dlouhodobým či trvalým zdravotním postižením absolvuje nácvik potřebných dovedností směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře s ohledem na jeho zdravotní postižení a to za účelem co nejvyšší úrovně jeho sociálního začlenění."

(Kolář, 2009, str. 5)

K významnému rozvoji sociální rehabilitace došlo po roce 1989 a to i bez přesného právního vymezení v řádu České republiky. Přispěly k tomu z velké části neziskové organizace, především občanská sdružení osob se zdravotním postižením, některá zdravotnická zařízení a nadace. Tato zařízení začala provozovat střediska, ve kterých mají osoby se zdravotním postižením možnost se naučit sebeobluze a soběstačnosti (ovládat samoobslužné aktivity), orientaci v prostoru a čase, ale také zde získají poradenskou pomoc. Zdravotně postiženým je sociální rehabilitace poskytována ambulantní formou, ale i formou byt pobytovou, pokud to vyžaduje stav pacienta. (Kolář, 2009)

Sociální rehabilitace je zařazena v katalogu prací vydaných nařízením vlády č. 469/2002 Sb., kde je stanoven katalog prací a kvalifikační předpoklady a kterým se mění nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. (Kolář, 2009)

I sociální rehabilitace je zařazena do studijního programu nelékařských zdravotnických povolání podle Vyhlášky č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání ve znění pozdějších novel. (Kolář, 2009)

V současné době je sociální rehabilitace hrazena především z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí a krajských úřadů poskytovaných nestátním subjektům a to na základě Zásad vlády České Republiky pro poskytování dotací ze státního rozpočtu České Republiky nestátním neziskovým organizacím ústředními orgány státní správy. Tyto uvedené organizace v rámci poskytování sociálních služeb osobám se zdravotním postižením provádějí i činnost spadající do oblasti sociální rehabilitace. (Kolář, 2009)

5.1 Cíle sociální rehabilitace

- a) zajištění finančních jistot pro zdravotně postižené,
- b) zhodnotit samostatného bydlení a ústavní péči – bezbariérové bydlení,
- c) zajištění rozvoje zájmové činnosti,
- d) umožnění sdružování a získávání informací,
- e) možnosti pro rozvoj osobnosti-umožňování cestování atd. (Votava,2003)

5.2 Kdo provádí sociální rehabilitaci

A) Sociální pracovníce

Hlavní osobou je sociální pracovníce. Sociální pracovníce pomáhají lidem, kteří vyžadují v rámci celé společnosti větší nároky na pomoc a jsou často označovány výrazy jako znevýhodnění, riziková či nepřizpůsobiví. Patří sem tedy osoby se zdravotním postižením, opuštění lidé, staří lidé, lidé postižení živelnou katastrofou, národnostní menšiny, propuštění vězňů a také třeba někteří nezaměstnaní. (Votava, 2003)

Z výše uvedeného vyplývá, že jde o sociální začlenění do společnosti osob již sociálně vyloučených, osob na pokraji sociálního vyloučení, osob se špatnými schopnostmi sociálního začleňování z důvodu pomalého psychomotorického tempa, zdravotního stavu, sociálního postavení ve společnosti atd. Sociální vyloučení, či dokonce vykořenění, je celospolečensky neakceptovatelné.

Úkoly sociální pracovníce:

- a) poradenství v oblasti nároků na dávky a výhody,
- b) poradenství rodinám, které mají člena rodiny zdravotně postiženého,
- c) sociální šetření v místě bydlení,
- d) pomoc při jednání s úřady,
- e) pomoc při návratu z ústavní péče do vlastního bydlení,
- f) pomoc při získávání práce a zařazování do pracovního poměru. (Votava, 2003)

B) Osobní asistent

Osobní asistent je zaměstnanec poskytovatele sociálních služeb, který je registrován pro poskytování služby osobní asistence podle ustanovení § 39 zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších novel. (Uzlová, 2010).

Osobní asistent je osoba, která poskytuje péči klientovi v jeho přirozeném prostředí a to buď dobrovolně, nebo za dohodnutou finanční odměnu hrazenou z příspěvku na péči. (Hrdá, 2008)

Důležitým kritériem poskytované péče je typ a míra zdravotního postižení a také fakt zda jde o dospělého jedince či dítě se zdravotním postižením. (Uzlová, 2010)

Dítěti se zdravotním postižením osobní asistent zajišťuje jeho potřeby, pomáhá mu zvládat běžné denní činnosti a pomáhá dítěti udržovat kontakt s okolím. Rozsah péče dítěti je dán potřebami dítěte a požadavky rodičů. Pokud působí osobní asistent i ve škole, spolupracuje také s učitelem, přizpůsobuje se požadavkům školy a pracuje podle obsahu sestaveného individuálního vzdělávacího plánu dítěte. (Uzlová, 2010).

Osobním asistentem se může stát každá zletilá osoba, která chce tuto profesi vykonávat a splňuje jak osobnostní, tak morální požadavky konkrétního klienta nebo poskytovatele sociálních služeb, která ji zaměstná. Může to být i kdokoli z rodiny, rodinný přítel, známý soused, důchodce, žena v domácnosti apod. (Uzlová, 2010)

Důkladná a správná sociální rehabilitace pro osobního asistenta nekončí pravidelnou pracovní dobou, jde o službu, která je velmi časově, psychicky a mnohdy i fyzicky náročná.

Úkoly osobního asistenta

- a) pomoc při sebeobslužných činnostech,
- b) pomoc při hygieně,
- c) pomoc při příjmu potravy,
- d) stimulace zraku či sluchu,
- e) aktivizační činnosti (hry, aj.),
- f) pomoc při přípravě do školy,
- g) doprovody k lékaři, na rehabilitaci, do školy a zájmových kroužků,
- h) osobní asistence ve škole (hygiena, orientace v prostředí, zapojení mezi vrstevníky atd.).

5.3 Platné právní předpisy upravující sociální rehabilitaci (z Koláře,2009)

- a) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších novel,

- b) Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších novel,
- c) Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších novel,
- d) Nařízení vlády č. 469/2002 Sb., kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady a kterým se mění nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších novel,
- e) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České Republiky a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění pozdějších novel. (Kolář, 2009)

6. KOMPENZAČNÍ A PROTETICKÉ POMŮCKY

Součástí komplexní rehabilitace jsou technologie, které pomáhají lidem se zdravotními postiženími začlenit se maximálně dle možností zpět do běžného života. Tyto technologie prostupují všemi oblastmi komplexní rehabilitace a to jak léčebnou částí, sociální oblastí, ale také pedagogickou atd.

6.1 Ortopedická protetika (pomůcky pro tělesně postižené)

Ortopedická protetika, jež bývá zkráceně nazývána pouze jako protetika se zabývá náhradou technickými prostředky ztracených částí těla a omezených nebo ztracených pohybových funkcí stávajících částí těla, které daná léčba a aplikace pomůcky vyžaduje.

Tento obor se dělí na část zdravotní a technickou. Zdravotní část se zabývá léčbou a indikací správné technické pomůcky. Technická část ortopedické protetiky se zabývá oblastí výroby a aplikací konkrétní technické pomůcky. (Sosna, 2001)

Ortopedická protetika je tvořena dalšími podobory.

A) PROTETIKA

Je nauka o náhradě ztracených částí těla s plnou či částečnou náhradou funkce. Náhrada se provádí ektoprotézami, což jsou protézy aplikované přímo na povrch těla. Pravým opakem jsou endoprotézy, jedná se o náhrady, které jsou chirurgicky voperovány přímo do těla.

B) ORTOTIKA

Je nauka o náhradě ztracených nebo oslabených funkcí pohybového ústrojí. Uvádí části těla do poloh nutných ke korekci vady, deformity či k odstranění bolesti nebo k léčení chorobného stavu pomocí ortéz.

C) EPITETIKA

Je nauka o kosmetické/estetické krytí ztracené nebo deformované části těla, epitézami, což jsou, jak již bylo uvedeno, kosmetické náhrady a to bez náhrady ztracené funkce.

D) KALCEOTIKA

Je nauka o ortopedické obuvi, která je indikována u ošetření deformované a bolestivé nohy nebo u jiných ortopedických vad. Zpravidla a to pouze z didaktických důvodů se do této kapitoly zařazují také ortopedické vložky, ačkoli jde vlastně funkčně o ortézy vložené do obuvi.

E) ADJUVATIKA

Je nauka o pomůckách pro tělesně postižené. Tyto pomůcky mají usnadnit sebeobsluhu, hygienu, lokomoci (schopnost pohybu, pohyb v prostoru pomocí svalové činnosti) i práci. Do těchto pomůcek se řadí berle, hole, schůdky, madla, vozíky pro tělesně postižené, podavače apod. (Sosna,2001).

Obrázek č. 2: Elektrický vozík pro různé sporty



Zdroj: Otto Bock ČR s.r.o., 2011/2012 Zruč – Senec, email@ottobock.cz, www.ottobock.cz
Otto Bock Quality for life, str18

Obrázek č. 3: SuperFour-vozík do terénu s hybridním pohonem



Zdroj: Otto Bock ČR s.r.o., 2011/2012 Zruč – Senec, email@ottobock.cz, www.ottobock.cz
Otto Bock Quality for life, str18

6.1.1 Protetika

Protetika, jak již bylo uvedeno, je nauka o náhradách ztracených částí těla protézami (viz výše). Každá protéza se skládá z několika částí. (Sosna,2001)

Části protézy:

1) **Pahýlové lůžko** je nejdůležitější elementární a zcela individuální částí protézy, a zásadním způsobem tvoří její základ. Pokrývá povrch amputačního pahýlu a dělí se na tři části.

a) První - horní zesílenou část lůžka tvoří věnec, kam se přenáší zátěž těla do protézy a to na její vymodelované opěrné plochy a body. U stehenní protézy se jedná o sedací hrbol, který odpovídá části věnce, protéza je zde rozšířená a vyztužená, může být i změkčená a nazývá se sedlo. U bércevé protézy jsou to mediální a laterální plochy kondylů tibie a krček hlavičky fibuly. Protézy ruky budou rozebírány v další části práce.

b) **Střední část pahýlového lůžka** je tvořena stěnami, které jsou modelovány/vytvářeny přesně podle tvaru pahýlu a jednotlivých svalových skupin. Jsou zde opět vymodelována místa tlaku a místa odlehčení.

c) **Distální část pahýlového lůžka je** dno (vrchol). Je miskovitého tvaru, v jeho středu může být umístěn ventil, kterým se může protáhnout trikotinová hadice, jejíž pomocí lze vtáhnout pahýl do pahýlového lůžka a následně za použití gumového ventilu došlápnutím na protézu vytlačit vzduch a ventilový kanál zavřít.

2) **Náhradní díly** jsou díly, které nahrazují ztracené části těla, jako je např. stehno, bérce, noha, kolenní kloub, kyčelní kloub, předloktí, loketní kloub, ramenní kloub atd. díly lze sestavit stavebnicovým způsobem a ty poté společně s pahýlovým lůžkem tvoří protézu. Díly se nazývají moduly a protézy se podle nich nazývají modulární protézy.

3) **Pomocné díly** jsou části, jež pomáhají přidržovat protézu na pahýlu a zajišťují její lepší stabilitu, pomáhají zlepšit retenci pomůcky. Jedná se například o různé šle a bandáže přidávající se do horní části protézy.

(Sosna, 2001)

6.1.1.1 Protézy dolní končetiny

Jsou zhotovovány dvěma technologiemi.

a) První klasická technologie stavby je kůže, kov, plst' či dřevo.

b) Druhá možnost zhotovení je pomocí moderních technologií, což jsou techniky podtlakového lití dvousložkových pryskyřic, používání termoplastů jak vysokoteplotních či nízkoteplotních, různé klouby, celá chodidla, vložky apod.

- Sandálové protézy
- Štítové protézy
- Bércové protézy
- Exartikulační kolenní protézy
- Stehenní protézy
- Exartikulační kyčelní protézy

(Sosna, 2001)

6.1.1.2 Protézy horní končetiny

Mezi protézami dolních končetin a horních končetin je velký rozdíl. Vzhledem k tomu, že nepatří k lokomoci, ale horními končetinami provádíme práci či sebeobsahu, jsou protézy horní končetiny odlišné konstrukce. Základní vlastností protéz horní končetiny je kosmetické krytí, tedy jde vhodné barvy a částečné či maximálně možné navrácení funkčnosti končetiny.

Jde o protézy např. kosmetické protézy, kosmetické protézy s mechanickou dlaní, myoelektrická protéza.

(Sosna, 2001)

6.1.2 Ortotika

Jsou upevněny na tělo nemocného a ovlivňují stav a činnost pohybového ústrojí, anatomickou ztrátu končetiny, ale částečně kompenzují ztracenou funkci. Tyto náhrady se nazývají ortézy.

Ortézy se dělí podle kritérií používání.

Podle používání se dělí na kompenzační (kompenzují vadu zpravidla trvale), léčebné (kompenzují vadu zpravidla dočasně) a preventivní (předchází dalšímu poškození funkce přetížením nebo úrazem).

Podle funkce se dělí na pasivní a aktivní. Úkolem pasivních ortéz je, že fixují a podporují, tedy neumožňují pohyb. Aktivní ortézy umožňují pohyb tím, že aktivně korigují patologický pohyb a dynamicky (dynamické ortézy) působí na postiženou část těla.

(Sosna, 2001).

6.1.2.1 Stavba ortéz

Ortézy se dají pořídit běžně v prodejnách zdravotnických potřeb podle lékařských předpisů. Jsou buď univerzální nebo se staví individuálně přímo na míru pomocí např. otisků či měření nebo modelují přímo na těle pacienta. Díly, ze kterých se sestavují končetinové ortézy, jsou dlahy, klouby, obloučky, třmen, tahy, peloty, pomocné díly. (Sosna, 2001)

6.1.2.2 Končetinové ortézy

Ortézy na končetinách se dělí na kompenzační končetinové ortézy, léčebné končetinové ortézy a na preventivní končetinové ortézy.

- a) Kompenzační končetinové protézy se nejčastěji používají u vrozených vad, u poranění a poruch centrálního nervového systému, u poranění a léze periférních nervů, poranění kostí, kloubů, vazů a šlach, vrozených vadu revmatologických nemocí.
- b) Léčebné končetinové ortézy se používají často u vývojových vad končetin, pes equinovarus, genua vara, valga, k léčení aseptické nekrózy hlavice kosti stehenní, k léčení epikondylitid a ostatních entezopatií pomocí měkkých bandáží a také k funkční léčbě zlomenin.
- c) Preventivní končetinové ortézy jsou např. sportovní bandáže, měkké bandáže, lehké ortézy apod. Zpevňují oslabený aparát, aby byl schopen větší zátěže a současně nedošlo k dalšímu možnému zhoršení stavu. (Sosna, 2001)

6.1.2.3 Trupové ortézy

Trupové ortézy jsou aplikovány zpravidla při onemocněních, úrazech či vrozených vadách páteře, břicha a hrudníku, z čehož vyplývá, že mají funkci kompenzační a také léčebnou (nejčastěji se používají u onemocnění břišní stěny, trauma páteře, tumory, spondylartrózy, při léčbě skolióz a hyperkyfóz). (Sosna, 2001)

Působení ortézy (zvláště na páteř) může mít smysl fixační (znehynbnění), reklinace (zmenšuje zvýšené zakřivení páteře), redres (deformovaná páteř je nucená k návratu do normálního postavení), distrakce (natažení páteře v podélné ose), podepření. Tato biomechanická působení lze kombinovat.

Mezi trupové ortézy patří bandáže, šněrovačky, korzety, límce či nákrčníky. (Sosna, 2001)

6.1.3 Kalceotika

Nauka o ortopedické obuvi, řešící následky různých onemocnění, úrazů nebo stavů po vrozených vadách, kdy dochází ke změně tvaru nohy nebo k její bolestivosti. Obuv se vyrábí přímo na míru pacienta, aby plně vyhovovala, běžně prodávanou obuv zde nelze v žádném případě používat. Pro jednotlivé vady nohy se užívá obuv se zabudovanou vložkou pro podélnou či příčnou klenbu, obuv s vymodelovanými prsty nebo klouby ve svršku obuvi podle jejich deformity, s vymodelovaným plastickým lůžkem pro deformovanou plosku nohy nebo s jinak upraveným lůžkem do tvaru jamky k odlehčení defektu planty nebo pro bolestivou jizvu, se zvýšenou podešví pro vyrovnání délky nohy, se zvýšenou podešví na vnější a vnitřní straně pro ovlivnění varozity a valgozity končetiny v kolenním a hlezenním kloubu atd.

Patří sem ortopedické vložky, které se podle funkce rozdělují na aktivní (Spitzeho vložky a detorzní vložky) a pasivní (podpěrné vložky a plastické vložky). (Sosna, 2001).

6.2 Pomůcky pro sluchové postižené

Jejich hlavním posláním je výrazné zlepšení komunikace pacienta s jeho okolím. Jejich úkolem je zesílení informací, které procházejí přes postižený sluchový aparát. Je-li sluchový aparát tak poškozen bývá nahrazen jiným smyslem (u neslyšících je to např. zrakem či vibracemi, mezi kompenzační pomůcky patří světelný budík, digitální kukátko, telefon se zesílením zvuku, digitální vibrační hodinky apod.).

6.3 Pomůcky pro zrakově postižené

Postižení se zde kompenzuje hmatem či sluchem (k těmto pomůckám patří vnímání hodinek, počítače a dalších signalizačních pomůcek, hmatem, sluchem).

Protetické a kompenzační pomůcky se stále zdokonalují, vyrábějí se ze stále nových materiálů, které se více a více přizpůsobují člověku a jeho potřebám a to ve všech směrech.

6.4 Novinky kompenzačních a protetických pomůcek

Technický vývoj jde rychlým tempem kupředu. Neustále se vyvíjí a stále se zdokonalují přístroje a pomůcky všech oborů, fyzioterapie nevyjímaje. Nejzásadnější novinky jsou v oblasti protetiky, kde vznikl nový typ protézy, který umožňuje lidem s amputací žít plně hodnotný běžný život. Tímto modelem je C-leg protéza.

6.4.1 C-leg protéza

Je nejvíce ceněným protézovým kolenním kloubem na světě řízený mikroprocesorem s hydraulickým řízením stojné a švihové fáze. Základní nastavení provádí ortopedický technik na PC pomocí speciálního softwaru³. Nový C-Leg® představuje spolehlivost a bezpečnost při každodenním používání. Kombinuje spolehlivost a bezpečnost s optimální funkcí pro individuální potřeby uživatele.

Nové výhody:

a) Zlepšená regulace švihové fáze.

Mechanické a elektronické přizpůsobení zlepšuje regulaci švihové fáze. Nový C-Leg® tak umožňuje uživateli protézy dále se přiblížit přirozené chůze a také snazší pohyb kolenního kloubu.

b) Optimalizovaná ochrana proti klopýtnutí.

Ochrana proti klopýtnutí zajišťuje dodatečnou bezpečnost. Přizpůsobením vlastností tlumení kolenního kloubu se zlepší možnosti uživatele protézy zajistit stabilizaci v kritických situacích, kdy dojde ke klopýtnutí, rychleji obnovit stabilitu pomocí zachovalé končetiny a tím ještě spolehlivěji zabránit pádům.

c) Maximální tělesná hmotnost 136 kg.

Inovace v oblasti rámu kolenního kloubu dále zvýšily robustnost nového kloubu C-Leg®. Nyní je schválený v kombinaci s vhodnými trubkovými adaptéry pro maximální tělesnou hmotnost 136 kg.

d) Takzvaný. 3. Režim.

Přídavný režim aktivity (3. režim) umožňuje nastavení dalších individuálních režimů pohybu.

e) Další vylepšení.

Kromě toho těží uživatel protézy z dalších inovací, jako je například volitelná charakteristika odporu tlumení při vybití baterii a také zvýšená ochrana kolenního kloubu proti vlhkosti

Řízení kolenního kloubu se provádí pomocí mikroprocesorem řízené hydrauliky, která systém dynamicky a v reálném čase přizpůsobuje jakékoli rychlosti chůze. Řízení současně umožňuje spolehlivé zabezpečení stojné fáze C-Legu®. Tento osvědčený mechanismus regulace je realizován pomocí komplexního systému čidel. Čidla detekují zatížení každé 0,02 sekundy, přesněji řečeno detekují momenty hlezna v oblasti nad protézových chodidlem a také

³Kolenní kloub C-Leg, [on line], dostupné na <http://www.ms-protetik.cz/view.php?cisloclanku=2007070001>, 3.3.2013.

úhel a úhlovou rychlost kolenního kloubu. Kolenní kloub tak permanentně rozeznává, v jaké fázi chůze se amputovaný právě nalézá.

Výsledkem je systém, který člověku umožňuje snadno se pohybovat, aniž by musel na protézu stále myslet. To představuje pro jeho uživatele novou kvalitu života! Bez ohledu na to, zda se jedná o střídavou chůzi ze schodů, o chůzi na svahu nebo na nerovném terénu (např. v lese) – tento systém protézy dolních končetin se dokáže terénu automaticky přizpůsobit. Stejně tak klopýtnutí, chůze ve tmě nebo tlačenice již nepředstavují pro amputovaného žádný nepřekonatelný problém, poněvadž C-Leg® je zajišťován pomocí vysokého odporu ve stojné fázi a přepíná se do švihové fáze jen v případě potřeby. Uživatel těží z mnoha výhod, které mu technologie C-Legu® nabízí, jako např. stálé zajišťování ve stojné fázi, možnost zatěžování protézy během flexe, dynamická stavba, nízká spotřeba energie při chůzi a možnost odlehčení pohybového ústrojí (OttoBock, 3.3.2013)

6.4.2 ActiGait

Jde o novou terapii pro pacienty s oslabením dorzální flexe chodidla (zvednutí špičky nohy směrem nahoru), kdy běžná terapie je bez efektu.

Poškození centrálního systému nejčastěji způsobuje cévní mozková příhoda, která způsobuje oslabení až úplnou parézu dorzální flexe chodidla. ActiGait je neurostimulátor, který reaktivuje zcela či částečně oslabené svaly přes odpovídající nedotknutý nerv. Pohybové impulsy jsou přenášeny malými elektronickými čipy, které jsou implantované do malých vrypů v kůži v oblasti stehna, jde o jednodenní chirurgický zákrok, který lze také provést během hospitalizované péče. Hlavními body nervu peroneus communis jsou na laterální straně kolene, kam se pokládají speciální elektrody. Manžeta spojuje body od stehna těsně pod koleno. Po těchto kontaktních bodech se přenáší signál, který nerv přijímá a odpovídá na něj kontrakcí a to z daného čipu. Senzor pod chodidlem dává stimul s informacemi o fázi chůze. Tyto informace jsou kontrolovány čímž je zachována fáze chůze. Hlavním stimulem je zachovat a zvýšit aktivační radius, zvýšit nezávislost, zachovat určitý stupeň aktivity nebo zvýšit stupně aktivity svalů, snížit spasticitu a zachovat kloubní pohyblivost.

Studie prokázaly, že lidé, kteří mají tyto problémy a používají tento přístroj mají chůzi rychlejší a bezpečnější. Ovládání je jednoduché a je to lepší přínos pro pacienta, jak se zlepšením vnímání prostředí a sociálních vztahů. (OttoBock, 3/3/2013)

7. PRAKTICKÁ ČÁST

7.1 Metodologie, popis výzkumu

V práci jsem se rozhodla pro výzkum kazuistických studií, které byly následně vyhodnoceny. Jedná se o 4 kazuistiky, jejichž zdrojem byly poznatky z dokumentace rehabilitačního oddělení. Samozřejmě byly pozměněny veškeré osobní údaje tak, aby nemohlo být dohledáno, o jakou jde osobu v souladu s platnou legislativou o ochraně osobních údajů.

Pro kazuistiky těchto klientů jsem se rozhodla proto, že jsem zde viděla nepřehlédnutelnou spojitost v činnosti fyzioterapie a speciálního pedagoga, což je záměrem práce.

V praktické části jsou uvedeny 4 kazuistiky osob různých věkových skupin s různým zdravotním postižením. U každého je popsána anamnéza a doplňující vyšetření, do kterých patří vyšetření fyzioterapeutem a speciálním pedagogem, u některých kazuistik je také logopedické vyšetření a neurologické vyšetření.

7.2 Kazuistika č. 1

Anamnéza

Osobní anamnéza:

Jméno: M. G.

Věk: 12 let

Pohlaví: Muž

Diagnóza:

Amputace levé dolní končetiny (dále LDK) v červnu roku 2010 pod kolenním kloubem a to po úraze, kdy pacientovi spadl na nohu těžký předmět, který mu LDK poškodil do takové míry, že nohu nešlo zachránit. LDK byla poškozena. Průběh hospitalizace byl prodloužen z důvodu infekce v ráně. V nemocničním zařízení strávil téměř třičtvrtě roku. Byl hospitalizován ve Fakultní Nemocnici Motol. Následkem úrazu chlapec nemluvil, s logopedkou trénoval řeč, asi po 3 měsících pacient začal opět mluvit, ale koktá.

Následkem úrazu se u pacienta vyskytla koktavost a prožívá úzkostné stavy.

V dětském věku prodělal běžné dětské nemoci, nikdy vážně nestonal, ve škole před úrazem byl zcela komunikativní a měl dobré známky, psychický i fyzický vývoj byl zcela standardní odpovídající věku.

Rodinná anamnéza:

Rodinná anamnéza je nevýznamná, nevyskytují se žádná vážná onemocnění, nevyskytnul se též žádný vážný psychický problém.

Sociální anamnéza:

Chlapec vyrůstá v kompletní rodině, má jednoho sourozence (bratra). Rodina žije v rodinném domě, z domácích zvířat chová psa a kočku. Před nástupem povinné školní docházky měl roční odklad, nyní je žákem páté třídy. Matka pracovala jako zdravotní sestra v místní nemocnici, nyní je v domácnosti. Otec pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná. Bratr je o dva roky starší a dochází do stejné školy.

Spolupráce s rodinou je výborná, matka se synovi plně věnuje a všude jej doprovází.

Alergická anamnéza:

Chlapec má alergii na včelí bodnutí a na jahody.

Farmakologická anamnéza:

Chlapec užívá analgetika.

Školní anamnéza:

Chlapec před úrazem ukončil 4. ročník ly povinné školní docházky v místě bydliště. Do páté třídy nenastoupil, přerušil povinnou školní docházku na rok, kdy prodělal amputaci, několik následných plastických operací a plně se věnoval následné péči. Nyní nastoupil do páté třídy běžné školy v jiném městě, kde je bezbariérový přístup včetně možnosti pohybu po škole. Žáci ho přijali do svého kolektivu. Vysvědčení v pololetí měl průměrné, není klasifikován z tělesné výchovy, místo tělesné výchovy pacient dochází na rehabilitace, kde se učí chodit s novou protézou. Dále pravidelně každý týden dochází k logopedovi. Vzhledem k tomu, že bude absolvovat další několikátýdenní rehabilitace, má sestaven individuální vzdělávací plán.

Chlapec je ve škole spokojený, úzkostné stavy, kterými trpí po úraze se také objevují méně.

7.2.1 Doplnující vyšetření**1. Fyzioterapeutické vyšetření**

- a) odebrání anamnézy,
- b) kineziologický rozbor držení těla.

Výška: 152cm

Váha: 44 kg

Kineziologický rozbor:

Ve stoji pohled zezadu směrem kaudálně-kraniálně s protézou:

1. na pravé končetině (dále PDK) propadlá klenba nožní (příčně a částečně i podélně),
2. Achilova šlacha na PDK v normě,
3. lýtkové svalstvo PDK přetížené,
4. vnitřní kontura stehen nesymetrická (levé stehno výrazně ochablější),
5. podkolenní rýhy nejsou ve stejné výšce (levá je výše),
6. amputace LDK pod kolenem,
7. infraglutéální rýhy jsou symetrické,
8. hýžďové svalstvo oslabené vlevo,
9. pánev v mírné anteverzii,
10. levá lopata pánevní výše,
11. thorakobrachiální trojúhelníky jsou symetrické,
12. scapula alata,
13. tukový polštář v oblasti C-Th páteře.

Ve stoji pohled z boku s protézou:

- 1) pánev v mírné anteverzii,
- 2) dolní kvadrant břišních svalů oslabený,
- 3) ramena v protrakci,
- 4) mírný předsun hlavy,
- 5) celkový postoj mírně nakloněn směrem dopředu.

Ve stoji pohled zepředu:

2. na PDK propadlá příčná klenba nohy,
3. levá patela výše,
4. levé stehno menší (ochablé stehenní svalstvo),
5. oslabené břišní svaly v oblasti dolního kvadrantu,
6. HKK jsou ve fyziologické postavení,
7. postavení klavikul se jeví v normě,
8. ramena v mírné protrakci,
9. mimické svaly symetrické, napětí je fyziologické.

Vyšetření palpací:

- reflexní změny v oblasti horních vláken m. trapezius a na PDK m. triceps surae vlevo,
- palpační bolest v oblasti C-Th přechodu,
- snížená posunlivost thorakolumbální fascie,
- palpačně citlivé v oblasti jizvy na PDK,
- jizva je klidná, není zarudlá a je posunlivá,
- palpačně i bolestivé paže HKK pro dlouhodobé používání podpažních berlí.

Vyšetření hlubokého stabilizačního systému dle Koláře:

- zjištěno ochablé břišní svalstvo, nerovnoměrná souhra břišních svalů, přetížení paravertebrálního svalstva v oblasti horní a dolní části hrudní páteře, což značí oslabení hlubokého stabilizačního systému.

Vyšetření stoje:

Stoj I. (pacientův běžný stoj s protézou) – není plně zatížená LDK, přenáší váhu o 10 kg více na PDK.

Stoj II. (pata špička nohou u sebe) - lehce nestabilní, ale žádné velké titubace do stran.

Stoj III – netestován.

Neurologické vyšetření je v normě.

Krátkodobý fyzioterapeutický plán:

- uvolnění přetížených oblastí,
- protažení zkrácených svalů (vhodné strečinkové cviky),
- tejpung nohy na příčně propad klenby PDK,
- instrukce pro domácí cvičení,
- posílení oslabeného svalstva,
- posílení hlubokého stabilizačního systému,
- nácvik správného stereotypu dýchání,
- nácvik správného stereotypu chůze s novu protézou,
- nácvik chůze po rovině, po schodech a v terénu,
- nácvik tříbodový opory.

Dlouhodobý fyzioterapeutický plán:

- nácvik správného stereotypu v terénu, s větší zátěží,
- nácvik výpadů vpřed na kulové úseči,
- balanční cvičení,
- nácvik správného bráničního dýchání,
- posilování oslabených svalů (hlavně břišní svalstvo a svalstvo DKK),
- cvičení kulových úsečí a výsečích s chytáním míče,
- lyžování,
- sportování.
- běžný život bez jakéhokoli omezení / samoobslužné aktivity.

2. Kompenzační vyšetření

Na vozíku se pohyboval sám.

Po úplném zahojení rány, byla pořízena první protéza. Začínal s chůzí ve vysokém chodítku, postupně přecházel na podpažní berle, po pár týdnech zvládal francouzské hole. Nyní krátký úsek zvládá samostatně, pro delší chůzi jsou stále nutné francouzské hole.

Nyní z důvodu růstu je nutná nová protéza, stávající protéza je už příliš těsná, pahýl občas nateče a jsou na něm zarudlá místa. Chlapec často dojíždí na několikátýdenní rehabilitace, zapojil se i do aktivit, kde se učí pacienti s amputací lyžovat.

3. Vyšetření speciálně pedagogické

Pacient je vyučován v běžné třídě, běžné základní školy, v které působí speciální pedagog.

Je klasifikován běžným způsobem s výjimkou tělesné výchovy. Intelektové schopnosti jsou zcela v normě. Místo tělesné výchovy dochází na rehabilitace. Má individuální vzdělávací plán z důvodu časté nepřítomnosti, kdy se léčí několik týdnů v rehabilitačních zařízeních. Vždy po návratu absolvuje přezkoušení z učiva, které zameškal. Pěší výlety v terénu nemůže se třídou absolvovat, ale rodiče jej dovezou na místo určení apod. Škola je plně bezbariérová. I z tohoto důvodu dochází do této školy. Koktavost je obtíží při hovoření v daných předmětech, učitel nechává více času pro slovní vyjádření. Často trpí úzkostnými stavy, které se odrážejí od jeho úrazu. Začal hovořit po třech měsících po amputaci nohy. Musí být věnována větší opatrnost při přesunech třídy do jiných prostor a také pokud jde třída do přírody. Vzhledem k obtížnosti pohybu a přesunů v terénu se nemůže účastnit všech

třídních akcí, jako je sportovní den školy aj. Pedagogové se jej přesto snaží zapojit do dění akce a vymýšlí navíc i akce, kterých se pacient účastní (hry, kde se zapojují spíše HKK a také logické hry).

4. Zájmy

Chlapec před úrazem velmi rád lyžoval, nyní se snaží opět lyžovat se speciálními lyžemi upravený pro protézu. Letošní zimu začal s výukou lyžování na mírnějších kopcích a výsledky jsou uspokojivé. Další zimní sezónu bude opět pokračovat.

Jinak chlapec rád hraje míčové hry. S bratrem provádí nejrůznější hry s míčem, jako je házená, střely na basketbalový koš. Chodí na časté procházky. S rodinnou vychází skvěle, rodina se přizpůsobila jeho zdravotnímu postižení, ale nijak zvláště mu neulehčuje jeho běžný život. Plně vyžaduje i jeho zapojuje i do domácích prací a dalších samoobslužných aktivit, což se mu moc nelíbí. Bohužel se objevují úzkostné stavy, kdy pacient moc nekomunikuje a nechce se zapojovat do žádné činnosti.

7.3 Kazuistika č. 2

Anamnéza

Osobní anamnéza:

Jméno: B. P.

Věk: 50 let

Pohlaví: Žena

Diagnóza:

Ischemická cévní mozková příhoda s těžkou pravostrannou hemiparézou (v říjnu roku 2012), expresivní afázie, ze začátku hemiplegie.

V dětství prodělala běžné nemoci, 2 těhotenství bezproblémové a 2 porody taktéž. V roce 2005 utrpěla Collesovu zlomeninu levé ruky, která byla zcela zhojena, ruka je v pořádku a zcela funkční.

V roce 2009 prodělala gynekologickou operaci, šlo o hysterektomii provedenou vaginálním přístupem, pooperační léčba probíhala standardně. Zcela uzdravena.

Jinak vážněji nestonala.

Nynější onemocnění:

V prosinci roku 2012 proběhla u pacientky ischemická cévní mozková příhoda, jejímž následkem vznikla zprvu pravostranná hemiplegie, nyní se stav zlepšil a přetrvává pravostranná hemiparéza. Pacientka byla přivezena do iktového centra v místě trvalého

bydliště, bohužel již nemohla být podána trombolýza, kterou se trombus rychle rozpustí. Lékaři provedli u pacientky několik vyšetření, zjistili leidskou mutaci, což je autosomálně dominantně dědičná bodová mutace v genu pro hemokoagulační faktor V, při níž dochází k poruše koagulačního systému (krevní srážlivost je zvýšená) a vznikají tzv. trombofilní stavy. Pacientka je heterozygotní, je zde riziko žilní trombózy 5-10 krát vyšší než u běžné populace, avšak horší by byla skutečnost, kdyby pacientka byla homozygotní, kdy je riziko vzniku žilní trombózy 80 -100 krát vyšší.

Pacientka ležela na iktové jednotce přibližně měsíc, kde byla stabilizována a nebyla ohrožena na životě. Následně byla přeložena na standardní lůžko neurologického oddělení, kde byl stabilizovaný stav zcela podpořen a byl jí vyléčen i vzniklý uroinfekt. Dále byla přeložena na lůžkové rehabilitační oddělení. V dnešní době byla propuštěna do domácí péče, kdy sama chodí s dopomocí jedné francouzské hole. Během hospitalizace probíhala fyzioterapie, ergoterapie, psychoterapie a také logopedie.

Rodinná anamnéza:

Matka pacientky je také nositelkou leidské mutace, proto rodina vyžaduje vyšetřit dva syny pacientky, zda jsou také nositeli leidské mutace. Jinak matka s otcem stále žijí a jsou zdraví. Děti také.

Sociální anamnéza:

Žena žije ve dvougeneračním rodinném domě ve druhém poschodí s manželem a dvěma dětmi (2 synové). Mají chovají psa. Manžel pracuje jako IT technik u soukromé společnosti. Rodinný dům během hospitalizace předělali tak, aby byl bezbariérový a pacientka nemusela do druhého patra, aby vše měl a „při ruce“. Pacientka zatím chůzi po schodech nezvládá. Matka pacientky jí bude poskytovat ošetrovatelskou práci. Pacientka je stále afatická, opakuje pouze jen některá slova. Manžel jí bude vyřizovat invalidní důchod, ve spolupráci s orgány státní správy se také uvažuje o částečné zbavení způsobilosti k právním úkonům. Je pravostranně postižená, nedokáže se sama podepsat a ani slovně nedokáže říct co potřebuje.

Alergická anamnéza:

Žádné alergie.

Farmakologická anamnéza:

Warfarin, helacid, prenesan.

Pracovní anamnéza:

Pacientka před mozkovou příhodou pracovala na plný úvazek ve stejné firmě jako manžel jako administrativní pracovnice. Nyní bude její manžel žádat o invalidní důchod.

7.3.1 Doplnující vyšetření

1. Vyšetření fyzioterapeutem:

Pacientka s těžkou pravostrannou hemiparézou.

Výška: 168 cm

Váha: 72 kg

Kineziologický rozbor:

A) vyšetření vleže

Aspekci:

- lehká centrální paréza vpravo (pokleslý koutek),
- protrakce ramen,
- celkové vadné držení těla (ochablé břišní svalstvo, hýžd'ové).

Palpací:

- palpačně bolestivý pravý ramenní kloub a pohyby paretickými končetinami,
- reflexní změny v horních vláknech m. trapezius vlevo,
- spastické prsty pravé dolní končetiny.

Vyšetření vsedě:

- centrální paréza vpravo,
- PDK jde lehce do flekčního držení, extenční držení dolní končetiny což je tzv. Wernickeovo-Mannovo držení, které je typické pro centrální mozkovou obrnu,
- vsedě je pacientka stabilní (sama se posadí),
- PDK je jen lehce flektovaná, jde spíše o extenční držení PDK.

Vyšetření ve stoji: (celkové vadné držení těla)

- Wernickeovo-Mannovo držení těla,
- centrální paréza vpravo,
- ramena v protrakci,
- ochablé břišní svalstvo v dolním kvadrantu,
- ochablé hýžd'ové svalstvo,
- propadlé klenby nožní,
- stojí pouze na špičce PDK.

Neurologické vyšetření fyzioterapeutem:

- centrální paréza u nervus facialis vpravo,
- zvýšený svalový tonus PHK a PDK (lehká spasticita),
- zvýšené myotatické reflexy až klonické pohyby,
- Mingazziniho zkouška – PHK – rychlý pokles k podložce,

PDK – pomalý pokles k podložce (zvýšený svalový tonus

PDK).

Pyramidové iritační jevy:

- Justerův reflex pozitivní,
- Babinskiho příznak pozitivní,
- Oppenheimův příznak pozitivní.

Krátkodobý fyzioterapeutický plán:

- zachovávat hybnost PHK a PDK,
- cvičení na neurofyziologickém podkladě (proprioceptivní neuromuskulární facilitace- Kabathova metoda, Koncept manželů Bobathových, senzomotorická stimulace, bazální podprogramy aj.),
- plně samostatná chůze bez kompenzační pomůcky,
- stabilizace celého těla,
- posílení břišního svalstva.

Dlouhodobý fyzioterapeutický plán:

- plná soběstačnost při denních činnostech,
- samostatná chůze bez kompenzačních pomůcek,
- udržení dostatečné pohyblivosti PDK a PHK,
- nácvik jemné motoriky,
- zlepšení mluvy,
- správné držení těla,
- posílení břišního a hýžd'ového svalstva,
- protažení zkrácených svalů,
- zlepšení stability (stabilizační cvičení na velkých míčích, senzomotorické cvičení, s overballem, therabandem).

2. Kompenzační vyšetření

Pacientka je po mozkové příhodě, začala s postupnou vertikalizací do sedu, až zvládla stabilní sed. Postupně s fyzioterapeutem postoupili k vertikalizaci do stoje s pomocí vysokého chodítka. Následovala chůze ve vysokém chodítku s pomocí fyzioterapeuta u krokové fáze, postupně pacientka zvládala chůzi ve vysokém chodítku jen s lehkou dopomocí u pohybu PDK. V dnešní době se pacientka dostala k chůzi o jedné francouzské holi s doprovodem pro nestabilitu hlavně při otáčení a tedy změně směru chůze. Stále přetrvává chůze s paretickým vedením, pacientka plně nedošlapuje na chodidlo z důvodu spasticity nohy a šlape jen na špičku.

3. Logopedické vyšetření

Pacientka má expresivní afázii (ze sledování a dalších vyšetření pacientka relativně dobře rozumí tomu, co se jí říká, ale nedokáže to vyslovit), což je následek ischemické mozkové příhody, kdy byla postižena dominantní levá mozková hemisféra.

Rozumí slovům vysloveným druhými, relativně dokáže jednofázově slova opakovat po druhém, ale s odstupem času je sama nedokáže vyslovit. Na dotazy odpovídá pouze jednoduchými slovy: „NO, ANO, NE“ nebo vulgarismus „TY VOLE“, odpovědi však nejsou relevantní a neodpovídají dané otázce, jde o tzv. „slovní salát“.

Logoped dochází za pacientkou od úplného počátku potíží, kdy zaznamenal již mírný pokrok. Pacientka na úplném začátku slovně vůbec nekomunikovala, nefungovaly komunikační kanály, ani oblasti přijímače a vysílače komunikace.

Logoped používá metody afatického slovníku, různé karty s obrázky, piktogramy, počítačové programy, postupnost různých činností. Nahraná slova, kdy si je pacient sám promítá ve sluchátkách i v nepřítomnosti logopeda. Je samozřejmě nutná spolupráce s rodinou, kdy se zapojuje do terapie a pacientce např. pouští tyto nahrávky, trénuje s ní výslovnost, jemno motoriku atd. Je velmi důležité, aby se výslovnost určitých slov držela určitého tématu jako je např. ovoce, zelenina, dále jednotlivé pokoje v domě, téma zvířata apod. Při této rehabilitaci je velmi důležitá dostupnost zrcadla, aby pacient sledoval, jak vyslovuje.

Zlepšení bývá zpravidla pomalé, neustálým pravidelným tréninkem lze dosáhnout značných pokroků, avšak, úplný návrat řeči není jistý.

4. Vyšetření gnostických funkcí

- zrak – krátkozrakost na obě oči, nosí brýle,

- sluch – v normě,
- čich – v normě,
- chuť – v normě,
- hmat – pravou stranou nelze hodnotit (plegická ruka), levá ruka v normě.

7.4 Kazuistika č.3

Anamnéza

Osobní anamnéza:

Jméno: Z. J.

Věk: 9 let

Pohlaví: žena

Diagnóza:

Kongenitální glaukom obou očí z důvodu zvýšeného nitroočního tlaku. V oku byl porušen oční nerv, jehož následkem bylo poškození zorného pole a omezení ostrosti. Poškození zorného pole znamená omezení prostoru, který člověk vidí. K tomuto poškození se přidaly obtíže s diskriminací barev, zhoršené vidění za šera a při adaptaci na změnu osvětlení. V horším stavu je pravé oko, levé je bez zhoršení vidění za šera.

Nynější onemocnění:

Pacientka se narodila v termínu, poporodní období probíhalo bez obtíží. Pacientka se léčí s glaukomem od 4 let, kdy si její matka začala všimnout, že pacientka si nevšimne věcí kolem sebe, musí se více otáčet a také přesně nepoznala osoby na dálku a vrážela do věcí. Lékaři zjistili vysoký, vysoký nitrooční tlak, který způsobuje degenerativní poškození zrakového nervu. Nejprve použili možnost aplikace očních kapek, které snižovaly nitrooční tlak, stav se nezlepšil, ale ani nezhoršoval. Nyní došlo ke zhoršení stavu, oční kapky již tolik nezabírají a lékaři tudíž zvažují trabekulotomii (operační léčba u dětí, kterou se vytvoří otvor na rozhraní skléry a rohovky, kterým je nitrooční tekutina filtrována přímo do spojivkového vaku). Změny na zrakovém nervu, které zelený zákal způsobí jsou nevratné a proto se v léčbě musí rychle jednat, aby nedošlo k úplné ztrátě zraku.

Pacientka prodělala běžné dětské nemoci a roku 2012 si zlomila ruku, kdy si způsobila Collesovu zlomeninu při pádu. Proto nyní dochází k fyzioterapeutovi.

Rodinná anamnéza:

Žádné významné onemocnění v rodině. Matka se léčí s vysokým tlakem a otec má potíže se štítnou žlázou.

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí s rodiči a jedním sourozencem (starší bratr) v panelovém domě v bytě 3+1. Mají chatu se zahrádkou, kde rodina tráví většinu volného času. Pacientka navštěvuje třetí třídu základní školní docházky ve speciální škole. Doma se pohybuje bez obtíží, ví přesně, kde se co nachází, ale v cizím prostředí je nejistá a trvá jí adaptovat se do prostředí. Je nutné vše s ní projít a ukázat jí, kde se co nachází.

Alergologická anamnéza:

Má alergii na ovoce kiwi a na všechny druhy ořechů.

Farmakologická anamnéza:

Užívá léky na snížení nitrooční tekutiny ve formě očních kapek. Nyní užívá analgetika kvůli zlomenině ruky.

7.4.1 Doplnující vyšetření**1. Fyzioterapeutické vyšetření:**

Výška: 125cm

Váha: 24kg

Dominantnost ruky: pravá

Kineziologický rozbor:

Ve stoji pohled zepředu:

- celkové má vadné držení těla,
- vpravo je propadlá nožní klenba,
- lýtka symetrická,
- podkolenní jamky jsou ve stejné výšce,
- infragluteální rýhy jsou v normě,
- po předklonu viditelná lehká skolióza páteře,
- scapula alata (oslabené mezilopatkové svalstvo),
- ochablé mezilopatkové svalstvo.

Ve stoji pohled z boku:

- vpravo propadlá nožní klenba příčně,
- má lehce ochablé břišní svalstvo v dolním kvadrantu,
- ramena jsou v lehké protrakci,
- pravé rameno má výše,
- vizuálně lehký předsun hlavy.

Ve stoji zepředu:

- pately jsou ve stejné výšce,
- stehna jsou symetrická,
- lehce oslabené břišní svalstvo v dolním kvadrantu,
- thorakobrachiální trojúhelníky jsou téměř symetrické,
- pravé rameno je výše,
- mimické svalstvo je symetrické.

Vyšetření palpací:

- jsou patrný reflexní změny v horních vláknech m. Trapezius,
- palpačně bolestivé pravé zápěstí.

Vyšetření ruky:

DORZÁLNÍ FLEXE (pohyb ruky v zápěstí směrem nahoru): 40°

PALMÁRNÍ FLEXE (pohyb ruky v zápěstí směrem dolů): 15°

ULNÁRNÍ DUKCE (pohyb ruky na malíkem): 15°

RADIÁLNÍ DUKCE (pohyb zápěstí za palcem): 5°

SUPINACE A PRONACE: vážne supinace do 2/3

Nutné je klidné prostředí při terapii, zvláštní důležitost je pacientce správně popsat pohyby ruky, popřípadě nejdříve ukázat na zdravé ruce to, co fyzioterapeut požaduje a pak vyžadovat, aby pacientka sama ukázala tento pohyb. Dále ukázat a vysvětlit jak provádět správně terapii doma. Nutná je bezpodmínečná spolupráce rodičů.

Krátkodobý fyzioterapeutický plán:

- uvolnění přetížených oblastí,

- protažení zkrácených svalů,
- posílení oslabeného svalstva,
- cvičení na velkém míči,
- posílení hlubokého stabilizačního systému,
- nácvik bráničního dýchání,
- návrat úplné pohyblivosti ruky,
- nácvik malé nohy,
- senzomotorické cvičení pro zlepšení stability,
- edukace na doma.

Dlouhodobý fyzioterapeutický plán:

- posílení oslabených svalů,
- nácvik bráničního dýchání,
- posílení hlubokého stabilizačního systému,
- nácvik „malé nohy“,
- běžné používání obou rukou bez omezení pohyblivosti,
- pohyblivost v prostoru bez obtíží,
- cvičení na velkém míči pro lepší stabilitu,
- cvičení s overballem a therabandem.

Důležité také poučit pacientku o tom, že některé aktivity mohou zvyšovat nitrooční tlak a tyto nejběžnější aktivity ji vysvětlit.

2. Vyšetření speciálně pedagogické

Pacientka navštěvuje speciální školu v místě bydliště, kam jí každý den vozí rodiče a je žákyní třetí třídy. Ve třídě je deset žáků. Nyní má asistenta pedagoga, který ji pomáhá při učení z důvodu zlomené pravé ruky. V současné době je spíše zkoušena ústně, psaní není ještě v normě, ruka je rychle unavená. Jinak má vzhledem k poškození zraku speciální pomůcky, využívá speciální počítačový program, zvětšené písmo a číslice na obrázcích, obrázky a piktogramy, provádí protahovací cviky ruky. Intelektově je pacientka v normě. Vyučování je s častějšími přestávkami, má rychle unavené oči. Velmi intenzivní je nácvik čtení Braillova písma. Ve školním kolektivu je oblíbená. Ve třídě jsou další dva spolužáci, kteří mají zrakové obtíže.

Pacientka je komunikativní, spolupracuje, zapojuje se i do mimoškolních aktivit. Vyučování je vedeno podle sestaveného individuálního vzdělávacího plánu. S rodinou je velmi dobrá spolupráce.

3. Kompenzační pomůcky:

Pacientka má doma zvukový budík, speciální počítačové programy, namluvené knihy, tabuli na psaní křídami. Speciálně upravený psací stůl.

7.5 Kazuistika č.4

Anamnéza

Osobní anamnéza:

Jméno: J. Z.

Věk: 13 let

Pohlaví: žena

Diagnóza: Vrozená vada sluchu, kde je úplná ztráta sluchu

- řeč je pomalá a trhaná,
- má necelý rok kochleární implantát.

Pacientka se narodila předčasně ve 26. týdnu těhotenství, kdy měla porodní váhu 650g. Dlouhou dobu byla umístěna v inkubátoru pro nutnost dovyvinutí všech orgánů, kde jí byla aplikována oxygenoterapie. Matka byla po celou dobu s pacientkou v nemocnici. Při propuštění vážila již 3320g. Má potíže i s ledvinami, kdy musí docházet pravidelně na dialýzu, bez prognózy zlepšení stavu.

Prodělala běžné dětské nemoci.

Nynější onemocnění:

Pacientka přichází s bolestmi krční páteře a s bolestmi hlavy. Navštívila neurologa, který po jejím vyšetření nezjistil žádnou neurologickou příčinu potíží. Zhodnotil stav spíše jako vertebrogenní problém a doporučil rehabilitaci. Po vyšetření rehabilitační lékařkou, bude pacientka docházet k fyzioterapeutovi a na terapii. Stav byl diagnostikován jako C-B syndrom s propagací bolesti do pravé ruky.

Rodinná anamnéza:

Bratr matky má také sluchové potíže od dětství. Nemá kompletní ztrátu sluchu, má naslouchadlo. Jinak rodiče jsou zdraví.

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí s rodiči v panelovém domě ve 4. poschodí v bytě 2+1. Nemá sourozence. Chodí do základní školy pro sluchově postižené. Ve škole je navazující střední odborná škola pro sluchově postižené. Pacientka chce dále pokračovat ve studiu a to ve čtyřletém oboru hotelnictví, které je ukončené maturitní zkouškou.

Alergologická anamnéza:

Alergie na kontrastní látky.

Farmakologická anamnéza:

Analgetika (bolesti hlavy). Pacientka si všechny léky nepamatuje. Rodiče poučení o tom, že při další návštěvě doplní seznam medikamentů, které používá.

7.5.1 Doplnující vyšetření**1. Fyzioterapeutické vyšetření:**

Výška: 136 cm

Váha: 34 kg

Kineziologický rozbor:

Ve stoji pohled zepředu:

- má propadlé klenby příčné klenby bilaterálně,
- kolena jsou ve stejné výšce,
- břišní jsou svaly v normě,
- trup typu "přesýpacích hodin",
- protrakce ramen,
- viditelné přetížení šíje,
- viditelný předsun hlavy.

Ve stoji pohled z boku

- zřetelná anteverze pánve,
- protrakce ramen,
- předsun hlavy.

Ve stoji pohled zepředu:

- stehna jsou v normě,
- thorakobrachiální trojúhelníky jsou relativně symetrické,
- zřetelná protrakce ramen,
- mimické svalstvo v normě.

Pacientka má kochleární implantát a vstupní katétr na pravé straně pro dialýzu.

Krátkodobý fyzioterapeutický plán:

- uvolnění svalstva šíje,
- posílení hlubokých flexorů šíje,
- protažení fascií,
- odblokování krční páteře,
- správné držení těla,
- posílení oslabených svalů,
- posílit hluboký stabilizační systém,
- nácvik malé nohy,
- cvičení na velkém míči,
- senzomotorické cvičení na nestabilních plochách
- nácvik bráničního dýchání,
- cviky pro krční páteř.

Dlouhodobý fyzioterapeutický plán:

- nácvik správného stereotypu dýchání,
- správné držení těla,
- posílení hlubokého stabilizačního systému (Dynamická neuromuskulární stabilizace dle Koláře),
- nácvik malé nohy (zlepšení klenby),
- uvolnění svalů šíje,
- zmenšení předsunu hlavy.

2. Vyšetření speciálně pedagogické:

Pacientka dochází do sedmé třídy základní školy pro sluchově postižené. Má sestaven individuální vzdělávací plán. Kochleární implantát má pacientka necelý rok, před implantací se naučila znakovou řeč a lehce zvládá odezírání z úst. Spolupracuje s logopedem, cvičení správné artikulace, rytmus řeči, dynamičnost řeči aj. Intelektově je v normálu běžné populace, vzhledem k tomu, že má handicap již od dětství, naučila se s ním žít. Dialyzační terapii podstupuje pravidelně, je zařazena do registru dárců ledvin.

3. Kompenzační pomůcky:

Mobilní telefon pro sluchově postižené, počítačové programy, kochleární implantát, aj.

7.6 Závěr z kazuistik:

Každá kazuistika poukazuje na určitou stránku života pacienta. Pro celkové zhodnocení je důležitost jejich závěrů velmi důležitá. Jde o to, zhodnotit, zda jsou pacienti schopni běžných činností, v čem jsou omezeni, jaké jsou předpoklady pro zlepšení stavu, jak probíhá rehabilitace v oblasti léčebné a pedagogické. Fyzioterapeut i speciální pedagog vyhodnocují i to, v jakém prostředí se objekty nachází, přístup rodiny, přístup školy, jaké jsou jeho možnosti pohybu ve škole atd.

8. ANALÝZA KAZUISTICKÝCH STUDIÍ A DOPORUČENÍ

Srovnání práce speciálního pedagoga a fyzioterapeuta a jejich propojení a spolupráce.

Působnost speciálního pedagoga je v oblasti pedagogické rehabilitace, fyzioterapeut působí v oblasti léčebné rehabilitace. Oba jsou součástí týmu, který se podílí na komplexní rehabilitaci zdravotně postiženého. V uvedených kazuistikách jde o ukázkou spektra jejich působnosti. Pro oba specialisty je důležitá komplexní anamnéza pacienta.

1. Pedagogická rehabilitace má složku výchovnou a vzdělávací. Speciální pedagog se zaměřuje na pozitivní faktory, které ovlivňují kladně stav pacienta. Ke své práci využívá standardních pedagogických diagnostických prostředků, jako jsou pozorování, rozhovor, dotazník a testy a nestandardních prostředků, které si volí sám podle potřeby a v návaznosti na spolupráci s jinými specialisty. Jeho činnost je tedy zaměřena na dílčí hodnocení a závěrečné zhodnocení vědomostí, dovedností a návyků, které si osoby objekty v průběhu výchovy a vzdělávání v určitém období a určitém stavu osvojily, eventuálně i jiných oblastí, které ovlivňují pozitivně či negativně efektivnost výchovného působení. Z uvedeného vyplývá, že činnost speciálního pedagoga je tedy zaměřena na posuzování individuálních zvláštností, či schopností jedince, které ovlivňují efektivitu výchovného působení na jeho osobu, či stav a zohledňuje všechny vnější a vnitřní vlivy. Jde o rozpoznání rozdílů stavů dané osoby v daném okamžiku oproti minulému stavu nebo o porovnání s jinými lidmi, kteří jsou zpravidla zahrnuti ve standardním vzorku populace. Může a měl by zhodnotit, objasnit a vyhodnotit rozdíly mezi stavem výchovných možností sledovaného objektu a mezi příslušnou „pedagogickou normou“ pokud tato je.

Mezi jeho pedagogické nástroje patří, jak již bylo uvedeno, edukace, reedukace, kompenzace, stimulace a speciálně pedagogická diagnostika. Nelze však opomenout velmi důležitou věc jako je verbální komunikace a neverbální komunikace. Každý pedagog, speciální pedagog obzvláště, musí umět perfektně předat objektu své informace a požadavky, proto musí být také dobrým rétozem. Musí umět pracovat s edukační realitou (prostředí, situace, proces, cíl, forma realizace atd.), která se vyskytuje v lidské společnosti, v níž probíhají a fungují edukační procesy a jsou vyvíjeny edukační konstrukty (teorie, plány, scénáře, prognózy, zákony, předpisy atd.).

2. Jak již bylo řečeno, fyzioterapie je soubor rehabilitačních diagnostických, terapeutických a v neposlední řadě i organizačních opatření, jejichž cílem je dosažení maximální funkční zdatnosti daného objektu. Fyzioterapeut je vysoce kvalifikovaný odborník, který se ve své činnosti zabývá pohybovým systémem a jeho analýzou pomocí zcela specifických diagnostických metod a dále možnostmi, jakým způsobem ovlivnit tyto poruchy včetně vlivu na další orgánové systémy ve vzájemné souvislosti. Samostatně a cíleně volí a následně provádí specializované diagnostické postupy a vyšetření, aplikuje fyzioterapeutické postupy léčby ze škály různých metod s ohledy na potřeby jedince postiženého na zdraví. Provádí nejen léčbu, ale též prevenci, edukaci a poradenství nejen za účelem navrácení zdraví nebo obnovení pohybových funkcí, ale také za udržení stávajících funkcí a stávajícího zdraví. Dále doporučuje atypické úpravy bydliště a pracoviště pacientů v rámci prevence poruch pohybového systému atd. Jak již bylo uvedeno, ve své činnosti využívá fyzioterapeutické metody na neurofyziologickém podkladě, analytická cvičení, respirační cvičení atd.

Každý fyzioterapeut musí umět perfektně předat objektu své informace a požadavky, proto musí být také dobrým rétoem. Musí umět pracovat s edukační realitou (prostředí, situace, proces, cíl, forma realizace atd.), která se vyskytuje v lidské společnosti, v níž probíhají a fungují edukační procesy a jsou vyvíjeny edukační konstrukty (teorie, plány, scénáře, prognózy, zákony, předpisy atd.). Vzhledem k tomu, fyzioterapeut zpravidla pracuje v akutním stádiu s pacienty, kteří byli nějakým způsobem a z nějakých příčin (úraz, dopravní nehoda, nemoc atd.) vážně poškozeni na zdraví, musí být i velmi dobrým psychoterapeutem.

3. Jak jsme mohli vidět v kazuistice č. 1 a 2 (v případě M.G a B.P.), intenzivní spolupráce rehabilitačního pracovníka a speciálního pedagoga (logopeda) je nutná nejen u žáků, ale i u dospělých a seniorů.

V kazuistice č. 3 (případ Z.J.) lze vidět spolupráci těchto specialistů v oblasti nevidomé pacientky, i zde je nutná tato spolupráce nejen u dětí, ale i u dospělých vzhledem k tomu, že se jedná o kombinované postižení – traumatické poranění ruky a nevidomosti od narození – pomoc ve škole, kdy pomoc ve škole může být nahrazena pomocí v klasickém životě. Nemusí jít o poškození zraku od narození, ale může jít o poškození zraku nemocí či úrazem.

V kazuistice č. 4 (případ J.Z.), speciální pedagog, v tomto případě surdoped, a fyzioterapeut opět spolupracují v odstranění bolestí hlavy, kdy speciální pedagog provádí edukaci v návaznosti na terapii fyzioterapeuta.

4. Vzájemné hodnocení činnosti speciálního pedagoga a fyzioterapeuta. Z výše uvedeného lze jednoznačně vydedukovat, jaké činnosti, ač na první pohled možná rozdílné, spojují tyto dva specialisty.

- a) oba musí být vysokoškolsky vzdělaní profesionálové,
- b) neustále se musí vzdělávat a nejen ve svém oboru, ale v dalších specializacích,
- c) musí navzájem spolupracovat a respektovat se,
- d) musí spolupracovat se specialisty jiných oborů a orgány státní správy,
- e) musí být zdatně komunikativní a to nejen na úrovni profesionální, ale také na úrovni edukovaného objektu, musí mu umět předat jemu vhodným způsobem informace týkající se celého edukačního procesu,
- f) oba musí být zdatní v psychologickém působení na daného pacienta,
- g) musí být empatičtí, flexibilní.

Nelze vyjmenovat všechny společné znaky, lze však konstatovat, že, ač je na první pohled zřetelná rozdílnost obou oborů, přesto se se navzájem prolínají, doplňují a do značné míry i ovlivňují.

ZÁVĚR

Práce se zaměřuje na soubor poznatků problematiky komplexní rehabilitace zdravotně postižených osob. Dále na zhodnocení stávajících kompenzačních pomůcek a rozvoje nových protetických pomůcek. Získané poznatky byly následně vyhodnoceny. V práci byla také věnována pozornost právům zdravotně postižených osob.

Účelem práce bylo předložit možnosti léčebné fyzioterapie a činnost speciálního pedagoga, jejich vzájemnou spolupráci a prolínání jejich činností.

Z dosažených závěrů můžeme konstatovat, že rehabilitace není pouze provádění jakéhosi cvičení, či úkonů na těle postižené osoby. Jde o složitý systém léčebných, psychologických, pedagogických a sociálních činností, které v celku tvoří komplexní rehabilitaci. Základem je edukační činnost všech uvedených oborů, vzájemná spolupráce a komunikace specialistů, jejichž cílem musí být nejen zlepšení a zachování stávajícího zdravotního, ale též psychického stavu pacienta, ale dále připravenost postižené osoby pro další život s postižením a to jak vrozeným, tak získaným. Nutnost docílit, aby byla takováto osoba soběstačná, samoobslužitelná, práce schopná, nebyla zbytečně umístěna do pečovatelské péče, hospice atd. a nebyla sociálně vyloučena, nebyla zbytečnou zátěží pro ostatní blízké, či systém atd. To vše samozřejmě v rámci možností samotné postižené osoby.

Rozdílnost všech výše uvedených oborů komplexní rehabilitace je zavádějící a vágní. Jistě na první pohled nelze srovnávat činnost sociálního pracovníka, speciálního pedagoga a činnost fyzioterapeuta ihned po skutečnosti, že pacientovi byla třeba amputována končetina. Zde samozřejmě nastupuje fyzioterapeut a ihned následně psycholog. Postupem času však přijde řada i na další účastníky komplexní rehabilitace.

V práci byly zdůrazněny právě činnosti fyzioterapeuta a speciálního pedagoga. Tyto dvě specializace, se navzájem prolínají více nežli ostatní specializace komplexní rehabilitace, a tudíž musí být v symbióze. Práce psychologa jednou, dříve či později, skončí, sociální pracovník také splní svůj úkol de jure. Fyzioterapeut a speciální pedagog však s pacientem pracují dlouhé měsíce, dlouhá léta a někdy i celý život. Kompenzační pomůcky se mění, vyvíjí se. Postižená osoba dospívá, vyžívá, stárne a nároky na její vzdělávání a nutnost životních změn se mění, a v neposlední řadě také výměn kompenzačních pomůcek, je tedy dlouhodobá.

Kazuistiky byly záměrně zvoleny tak, aby ukazovaly právě na skutečnost, že postižení mohou nastat v jakémkoli věku a rozsahu, kdy postižení může být jak vrozené, tak získané a může také dojít k jejich různé kombinaci. Na práci fyzioterapeuta a speciálního pedagoga. Kvalitu provedení rehabilitační péče, která má zásadní vliv na následnou kvalitu života postižené osoby. Fyzioterapii, která naučí postiženou osobu např. chodit s protézou, používat protézu ruky a ergoterapii (obě jsou léčebnou rehabilitací), která naučí postiženého běžným denním činnostem a soběstačnosti a samoobslužnosti. Kvalitu práce speciálního pedagoga, jež má rovněž zásadní vliv na následnou kvalitu života postižené osoby, kdy základem jeho činnosti je edukace a to v návaznosti na fyzické dispozice postižené osoby.

Závěrem k této části práce lze konstatovat, že nutnost spolupráce fyzioterapeuta a speciálního pedagoga je v curriculum vitae postižené osoby s prognózou do budoucí kvality

jejího života velmi důležitá a nezanedbatelná, žádoucí s rozhodující (bez snížení kvality a nutnosti zbylých specializací komplexní rehabilitace). Proto by další spolupráce zvláště těchto specializací měla být jistě intenzivnější, provázanější a hlubší, měl by se jí věnovat i legislativa minimálně na úrovni rezortů. Speciální pedagog by měl být trvalým pracovníkem týmu každé nemocnice nebo zdravotnického zařízení, kde je rehabilitační oddělení. Fyzioterapeut by měl být trvale součástí pracovního kolektivu v pečovatelských domech, hospicích atd. a jistě by měl být součástí pedagogického týmu školních a školských zařízení v minimálně externí službě.

Další částí práce je zhodnocení a vývoj kompenzačních pomůcek. Kompenzační pomůcky za dobu své existence prodělaly obrovský vývoj. Věda a technika, která se neustále rozvíjí a vyvíjí, nepřináší svůj užitek pouze různým odvětvím průmyslu a armády, ale též zdravotnictví, a tedy i fyzioterapii, ale též speciální pedagogice. Vývoj nových fyzioterapeutických kompenzačních pomůcek, kdy software řídí tuto kompenzační pomůcku a přizpůsobuje ji automaticky potřebám postižené osoby, tak, aby zatížení, pohyb, ale i estetická úroveň byly nejlepší, se pohybuje pro laika na vědeckofantastické hranici. Důležité jsou však také edukační pomůcky speciálního pedagoga, jejich technická úroveň se také vyvíjí a ulehčuje jak výuku, tak i život postižených.

Proto je důležité, aby směr, kam by měl další vývoj těchto kompenzačních pomůcek směřovat, vedl k maximálně možnému odstranění bariér a handicapů.

Práce se též věnuje legislativní ochraně a právům postižených osob. Ne každá právní norma řeší správně a dobře tuto problematiku, je však důležité, aby nebránila, nepoškozovala a zbytečně nekomplikovala postavení postižených osob, ale maximálním způsobem je chránila a umožnila jim co největší možnost uplatnění a ochrany. Jistě nelze všechny situace, možnosti a požadavky pokrýt obsahem právní legislativy, nutné je však uvést i psané právní výklady. Stávající právní úprava určuje a dává řád komplexní rehabilitace.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. FITZNEROVÁ Ivana, *Máme dítě s handicapem*, Portál, Praha 2010, ISBN978-80-7367-663-6
2. HRDÁ, J., *Osobní asistence, poradenství a zprostředkování*, Portál, Praha 2008, ISBN
3. HROMÁDKOVÁ, Jana a kolektiv, *Fyzioterapie*, H&H, Jinočany 2002,

ISBN 80-86022-45-5

4. CHVÁTALOVÁ, Helena, *Jak se žije dětem s postižením po deseti letech*, Portál, Praha 2012, ISBN 978-80-262-0086-4
5. CHVÁTALOVÁ, Helena, *Jak se žije dětem s postižením*, Portál, Praha 2012, ISBN 978-80-262-0054-3
6. KOLÁŘ Pavel et al., *Rehabilitace v klinické praxi*, Galén, Praha 2009, ISBN 978-80-7262-657-1, cit. str.2, str.5
7. PRŮCHA, Jan, *Pedagogická encyklopedie*, Portál, Praha 2009, ISBN 978-80-7367-546-2.;
8. PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška; MAREŠ, Jiří, *Pedagogický slovník*, Portál, Praha 2003, ISBN 80-7178-772-8
9. SOSNA Anonín, Vavřík Pavel, Krbec Martin, Pokorný David a kolektiv *Základy ortopedie*, Triton, Praha 2001, ISBN 80-7254-202-8
10. UZLOVÁ Iva, *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*, Portál, Praha 2010, ISBN 978-80-7367-764-0
11. VOSMIK Miroslav, BĚLOHLÁVKOVÁ Lucie, *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole: Možnosti integrace na ZŠ a SŠ*, Portál, Praha 2010, ISBN 978-80-7367-687-2
12. VOTAVA Jiří a kolektiv, *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, Karolinum, Praha 2003, ISBN 80-246-0708-5
13. DOBEŠ Miroslav et. al., *Diagnostika a terapie funkčních poruch pohybového systému (manuální terapie) pro fyzioterapeuty*, Domiga s.r.o., Valašské Meziříčí, ISBN 978-80-902222-4-3, učební text k základnímu kurzu (2012)

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

1. Speciální pedagogika-Wikipedie.[on line]. 20.1.2013. Dostupné z:
http://cs.wikipedia.org/wiki/Speci%C3%A1ln%C3%AD_pedagogika

2. Rehabilitace osob S omezením hybnosti. Prezentace [on line]. 17.1.2013. Dostupné z: www.uss.upol.cz/cz/.../2-rehabilitace-osob-s-omezenim-hybnosti.ppt
3. C-Leg® Technology - THE NEW C-Leg - Otto Bock .[on line]. 3.3.2013. Dostupné z: <http://c-leg.ottobock.com/cs/technologie.php>
4. Firemni finance.cz, Zaměstnanci, [online]. citované 3.3.2013. Dostupné z: <http://firmy.finance.cz/zamestnanci/informace/zamestnavani-osob-se-zdravotnim-postizenim/kdo-je-osobou-se-zdravotnim-postizenim/>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č.1	20
Obrázek č.2	39
Obrázek č.3	39

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	I
Příloha B	III
Příloha C	V
Příloha D	VI
Příloha E	VII

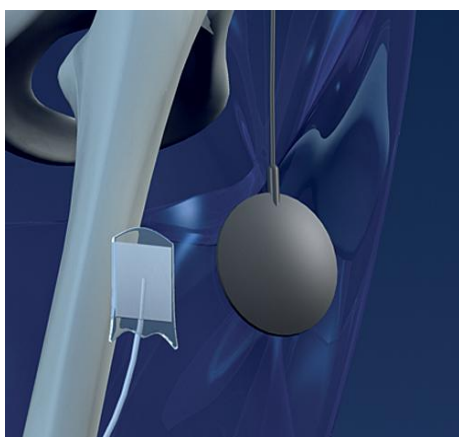
Příloha A

ActiGait – obrázkově ukázaný princip neurostimulace

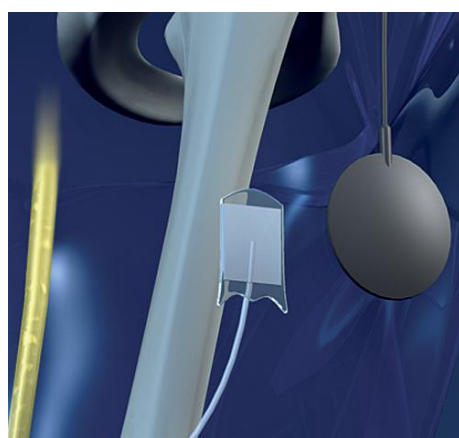
1) Kontrolní jednotka



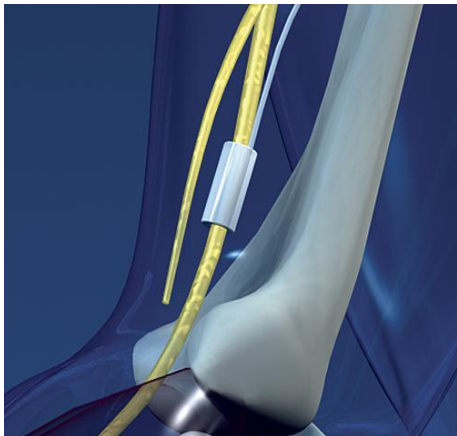
2) Anténa, která posílá signál k implantátu pod kůží



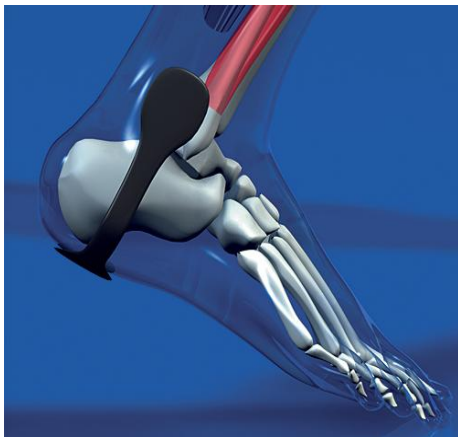
3) Implantovaný přijímač



4) Implantovaná manžeta s elektrodou



5) Přijímač na patě



Zdroj: http://www.ottobock.com/cps/rde/xchg/ob_com_en/hs.xsl/4762.html?id=9963#t9963

Příloha B

Ukázka fotek z lůžkového rehabilitačního oddělení

A) Tělocvična pro fyzioterapeuty



B) Druhá tělocvična pro fyzioterapeuty



C) Celé oddělení



D) Vstup na rehabilitační oddělení se sesternou



Zdroj: vlastní foto

Příloha C

Ukázky z afatického slovníku

A) Podstatná jména

			
RODINA rodina <i>rodina</i>	MÁMA máma <i>máma</i>	MIMINKO miminko <i>miminko</i>	DĚTI děti <i>děti</i>
			
NOS nos <i>nos</i>	OKO oko <i>oko</i>	ÚSTA ústa <i>ústa</i>	PUSA pusa <i>pusa</i>
HLAVA hlava <i>blava</i>	UCHO ucho <i>ucho</i>		

© DICK – Jaroslav Salač 2004

B) Podstatná jména

			
BOTA bota <i>bota</i>	ČEPICE čepice <i>čepice</i>	ŠÁLA šála <i>šála</i>	PONOŽKY ponožky <i>ponožky</i>
			
KLOBOUK klobouk <i>klobouk</i>	RUKAVICE rukavice <i>rukavice</i>	BAČKORY/PŘEZŮVKY bačkory/přezůvky <i>bačkory/přezůvky</i>	KECKA / TENISKA kecka / teniska <i>kecka / teniska</i>

© DICK – Jaroslav Salač 2004

Zdroj: <http://d.ictus.cz/co-je-cmp-a-co-delat/afaticky-slovník/podstatna-jmena?page=1>

Příloha D

Kochleární implantát



Zdroj: <http://21stoleti.cz/blog/2009/11/19/nejmodernejsi-zvukovy-procesor-baha/>

Příloha E

Protéza C-leg



Zdroj: <http://en.wikipedia.org/wiki/File:CLegProfile.jpg>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Hana Prajková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Komplexní rehabilitace u zdravotně postižených, kompenzační a protetické pomůcky, ochrana a práva zdravotně postižených

Rok: 2013

Počet stran bez příloh: 72

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů české literatury a pramenů: 13

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: Mgr. Zbyněk Němec