



Zdravotně
Sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav fyzioterapie a vybraných medicínských oborů

Diplomová práce

Složky koordinované rehabilitace využívané u vybrané
skupiny jedinců s DMO (kombinovanou disabilitou)
v centru ARPIDA v Českých Budějovicích

Vypracovala: Bc. Jana Pykalová, DiS.

Vedoucí práce: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Složky koordinované rehabilitace využívané u vybrané skupiny jedinců s DMO (kombinovanou disabilitou) v centru ARPIDA v Českých Budějovicích

Diplomová práce se zaměřuje na vybrané složky koordinované rehabilitace, které jsou využívány u jedinců s DMO (kombinovanou disabilitou) v konkrétním nestátním zdravotnickém zařízení v Českých Budějovicích. Dětská mozková obrna je nejčtenější neurovývojové onemocnění, u kterého se zdravotní postižení může projevit v jedné nebo ve více oblastech. V péči o tyto jedince má rozhodující význam koordinovaná rehabilitace. V současném pojetí je chápána jako interdisciplinární obor usilující o co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, pedagogických, sociálních a pracovních prostředků. Předpokladem úspěšnosti je multidisciplinární tým, tzv. kruhová podpora, ve které spolupracují odborníci s rodiči, a to ve prospěch dítěte s postižením.

Práce obsahuje teoretická východiska, kde je zmiňováno zdravotní postižení, koordinovaná rehabilitace a DMO, u které je popsán výskyt, formy, přidružené poruchy a léčba. Samostatnou kapitolu jsem věnovala rodině jedince se zdravotním postižením, kde uvádím reakce rodičů na narození dítěte s postižením, vliv postižení a pomoc rodině. Dále se věnuji sociálním službám pro osoby se zdravotním postižením a centru ARPIDA, kde byl výzkum realizován.

Ve výzkumné části je vymezen cíl diplomové práce, kterým bylo zmapovat složky koordinované rehabilitace, které se využívají u jedinců s DMO (kombinovanou disabilitou) v centru ARPIDA v Českých Budějovicích. Dílčím cílem práce bylo srovnat využití složek koordinované rehabilitace u jedinců do 15 let a u jedinců nad 15 let. V souvislosti s cílem diplomové práce byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza: U jedinců s DMO do 15 let je v centru ARPIDA více aplikována Vojtova metoda reflexní lokomoce oproti jedincům nad 15 let. Druhá hypotéza: U jedinců s DMO nad 15 let je v centru ARPIDA více aplikována individuální léčebná tělesná výchova oproti jedincům do 15 let. Třetí hypotéza: U jedinců s DMO v centru ARPIDA je v rámci léčebné rehabilitace více využívána Vojtova metoda reflexní lokomoce oproti individuální léčebné tělesné výchově.

Výzkumná část diplomové práce probíhala formou kvantitativního výzkumu. K získání dat jsem použila metodu dotazování. Výzkumný soubor tvořili jedinci s DMO (kombinovanou disabilitou), kteří navštěvují centrum ARPIDA, přičemž dotazníky vyplňovali jejich rodiče.

Výzkumu se účastnilo 39 respondentů, z toho bylo 22 (56,41%) jedinců do 15 let a 17 (43,58%) jedinců nad 15 let. Výsledná data byla vyhodnocena a zpracována pomocí kontingenčních tabulek a sloupcových grafů pomocí programu Microsoft Office Excel 2013. Hodnoty výzkumu byly statisticky zpracovány.

Provedený výzkum v rámci diplomové práce, který byl podpořen nastudovanou odbornou literaturou, potvrdil 3. hypotézu, o větším využití Vojtovy metody reflexní lokomoce, která je aplikována u jedinců s DMO v centru ARPIDA oproti individuální léčebné tělesné výchově. Zbylé dvě hypotézy nebyly potvrzeny.

Ze statistického šetření dále vyplývá, že péče o jedince s DMO je dlouhodobá, kdy je nutná provázanost služeb v rámci koordinované rehabilitace. Ve skupině jedinců do 15 let a u jedinců nad 15 let bylo využito odlišných složek koordinované rehabilitace, což souvisí s věkem, formou DMO, přidruženými poruchami a dalšími faktory. Problematické zůstává pracovní uplatnění jedinců se zdravotním postižením, kteří mnohdy zůstávají doma bez možnosti další stimulace. Péče a služby v centru ARPIDA byly komplexně hodnoceny pozitivně.

Výsledky a závěry diplomové práce budou použity jako zpětná vazba centru ARPIDA, kde budou sloužit k zmapování složek koordinované rehabilitace a zřehlednění potřeb jedinců ve skupině do 15 let a nad 15 let.

Klíčová slova

zdravotní postižení; koordinovaná rehabilitace; dětská mozková obrna; rodina; Vojtova metoda reflexní lokomoce

Abstract

Coordinated rehabilitation components used in a selected group of individuals with cerebral palsy (combined disability) in ARPIDA centre in České Budějovice.

The thesis focuses on coordinated rehabilitation components, which are used at individuals with cerebral palsy (combined disability) in a concrete non state medical institution in České Budějovice. Cerebral palsy (CP) is the most frequent neurodevelopmental disease, wherein the health disability may occur in one or more fields. We can find crucial factor in care of individuals with handicap in coordinated rehabilitation, which is currently perceived as an interdisciplinary field seeking the fastest and widest participation of persons with disabilities in all usual activities of society with the use of medical, educational, social and labour resources. A prerequisite for success is a multidisciplinary team (circular support), which consists of experts and parents of individuals with disabilities.

The thesis contains theoretical background, where health disability, coordinated rehabilitation and cerebral palsy is mentioned, at which the occurrence, forms, associated disorders and treatment are described. A separate chapter is devoted to families of individuals with health disability, where I mentioned the reaction of parents on the birth of a child with a disability, the impact of disability on the family and family support. Furthermore I focus on social services for handicapped people and to ARPIDA centre, where my research took place.

In the research section there is defined the aim of the thesis, which was to chart a coordinated rehabilitation components, which are used at individuals with cerebral palsy (combined disability) in ARPIDA centre in České Budějovice. The partial target of my thesis was also to compare the usage of coordinated rehabilitation components at individuals under 15 years of age and at individuals over 15 years. According to target of the work there were developed three hypotheses. First one: At individuals with cerebral palsy under 15 years old, Vojta method of reflex locomotion is applied more often in the centre ARPIDA compared to individuals over 15 years old. Second one: At individuals with cerebral palsy over 15 years of age more individual therapeutic exercise is applied in the centre ARPIDA compared to individuals under 15 years of age. Third one: At individuals with cerebral palsy is within the therapeutic rehabilitation

method Vojta reflex locomotion method used more often compared to individual therapeutic physical training, in the ARPIDA centre.

Thesis research was conducted through quantitative research. To obtain the data, I used the method of questioning. Drafted a questionnaire consisted of 38 questions, in which closed, semi-closed and open questions were used. The sample was comprised of individuals with cerebral palsy (combined disability), who attend the centre ARPIDA, while the questionnaires were filled out by their parents.

The research covered 39 respondents, from which there were 22 (25.88%) individuals under 15 years and 17 (20%) of individuals over 15 years. The resulting data were analysed and processed by using contingency tables and bar graphs using Microsoft Office Excel 2013. The research values were processed by statistics methods.

The research undertaken within the thesis, which was supported by rehearsed literature, confirmed the third hypothesis of more often usage of Vojta reflex locomotion method at individuals with cerebral palsy in the centre ARPIDA compared to individual therapeutic physical training. The remaining two hypotheses were disproved.

Statistical survey also shows that care for people with cerebral palsy is a long-term care, where interconnection of services within the coordinated rehabilitation is needed. In the group of individuals under 15 years of age and over 15 years it has been used different coordinated rehabilitation components, this is associated with cerebral palsy, disorders, age and other factors. Problematic remains the job placement of individuals with disabilities, who remain at home without further stimulation possibility. Care and services in the centre ARPIDA were assessed positively.

The results and conclusions of the thesis will be used as a feedback centre ARPIDA to map the coordinated rehabilitation components and further to the clearing of needs of single coordinated rehabilitation components in a group of individuals under 15 years of age and over 15 years.

Key words

health disability; coordinated rehabilitation; cerebral palsy; family; Vojta method reflex locomotion

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 5. 2016

.....

Bc. Jana Pykalová, DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce panu prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., dr. h. c., za jeho odborné vedení, cenné rady a lidský přístup při zpracování této práce. Dále děkuji vedení centru ARPIDA za poskytnutí podmínek potřebných k realizaci výzkumu a také mojí rodině za trpělivost.

Obsah

1.	Teoretická východiska.....	13
1.1	Zdravotní postižení.....	13
1.1.1	Klasifikace zdravotního postižení.....	13
1.1.2	Disabilita, impairment, restingovaná participace	14
1.1.3	Práva osob se zdravotním postižením.....	15
1.2	Koordinovaná rehabilitace	17
1.2.1	Léčebná rehabilitace	17
1.2.2	Pedagogická rehabilitace	21
1.2.3	Sociální rehabilitace.....	22
1.2.4	Pracovní rehabilitace.....	23
1.3	Dětská mozková obrna.....	24
1.3.1	Výskyt a příčiny DMO	25
1.3.2	Formy DMO	25
1.3.3	Poruchy sdružené s DMO	26
1.3.4	Léčba DMO	27
1.3.5	Vztah jedince k postižení.....	28
1.4	Rodina	28
1.4.1	Reakce rodiny	29
1.4.2	Vliv postižení na rodinu.....	30
1.4.3	Pomoc rodině	31
1.5	Sociální služby	32
1.5.1	Sociální služby pro jedince se zdravotním postižením.....	33
1.6	Centrum ARPIDA.....	36
1.6.1	Nestátní zdravotnické zařízení.....	36
1.6.2	Školy a školská zařízení.....	37
1.6.3	Středisko sociálních služeb	38
1.6.4	Návazná podpora	40
2	Cíl práce a hypotézy	41
2.1	Cíl práce	41
2.2	Hypotézy	41
3	Metodika.....	42
3.1	Použitá metodika.....	42
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	43
3.3	Etický aspekt výzkumu	43
3.4	Zpracování dat.....	44
4	Výsledky.....	45
4.1	Popisná statistika.....	45
4.2	Statistické testy.....	75
4.2.1	Test dobré shody χ^2 – kvadrát	75
5	Diskuze.....	79
5.1	Diskuze k léčebné rehabilitaci	81
5.2	Diskuze k pedagogické rehabilitaci	85
5.3	Diskuze k sociální rehabilitaci	86
5.4	Diskuze k pracovní rehabilitaci.....	88

5.5	Diskuze ke koordinované rehabilitaci	89
6	Závěr.....	91
7	Seznam použitých zdrojů	93
8	Přílohy	98
8.1	Seznam příloh.....	98

Seznam použitých zkratk

ARPIDA - ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z. ú.

DMO - dětská mozková obrna

LTV - léčebná tělesná výchova

MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

PS ZŠ - přípravný stupeň základní školy

PŠ - praktická škola

ZŠ pro TP - základní škola pro tělesně postižené

RHB program - rehabilitační program

ŠD - školní docházka

Úvod

Jedinci se zdravotním postižením vytvářejí minoritu v naší společnosti, a proto je při jejich integraci potřeba zvolit vhodný přístup. Z tohoto pohledu je důležité vnímat osobnost každého jedince holistickým způsobem, tedy celostně. Zdravotní postižení je označováno jako dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčebnou péčí zcela odstranit a který negativně zasahuje do kvality života jedince. Česká republika je vázána mnoha mezinárodními dokumenty, v nichž je zakotvena kompenzace a minimalizace nevýhod, které zdravotní postižení přináší.

Téma diplomové práce jsem zvolila s ohledem na svoji profesní kariéru, kterou je pozice diplomovaného fyzioterapeuta. Tímto krokem jsem si chtěla ozřejmit provázanost služeb v centru ARPIDA a získat tak nové poznatky v rámci koordinované rehabilitaci u jedinců se zdravotním postižením.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat složky koordinované rehabilitace využívané v centru ARPIDA v Českých Budějovicích u jedinců s DMO (kombinovanou disabilitou). Dílčím cílem práce bylo srovnat využití vybraných složek koordinované rehabilitace, které jsou využívány u jedinců do 15 let a nad 15 let. Na základě prostudované odborné literatury byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza: U jedinců s DMO do 15 let je v centru ARPIDA více aplikována Vojta metoda reflexní lokomoce oproti jedincům nad 15 let. Druhá hypotéza: U jedinců s DMO nad 15 let je v centru ARPIDA více aplikována individuální léčebná tělesná výchova oproti jedincům do 15 let. Třetí hypotéza: U jedinců s DMO v centru ARPIDA je v rámci léčebné rehabilitace více využívána Vojta metoda reflexní lokomoce oproti individuální léčebné tělesné výchově.

Teoretická část diplomové práce se zabývá koordinovanou rehabilitací, která je jedním z perspektivních přístupů ke komplexní a adresné podpoře jedinců se zdravotním postižením. V odborné literatuře se setkáváme vedle pojmu koordinovaná s pojmem ucelená nebo komprehenzivní. Autoři se shodují na tom, že se jedná o interdisciplinární obor, který v sobě zahrnuje složky léčebné, pedagogické, sociální a pracovní.

Dětská mozková obrna patří mezi nejčtenější neurovývojové onemocnění, jehož klinický obraz je rozmanitý s dominujícími poruchami svalového tonu a hybností. V odborných publikacích se uvádí základní dělení DMO na spastickou a nespastickou. Dále jsou zmiňovány formy DMO, mezi které řadíme formu diparetickou, hemiparetickou, kvadraparetickou, hypotonickou, extrapyramidovou a ataktickou. K přidruženým poruchám k základní diagnóze řadíme mentální retardaci, epilepsii, poruchy řeči, zraku, sluchu, poruchy v citové oblasti a komplikace ortopedického charakteru. Vzhledem k uvedeným skutečnostem je nutná léčba na koordinovaném podkladě ve spolupráci s rodinou, při níž nelze opomíjet ani vztah jedince ke svému postižení.

Dlouhodobá péče o člena rodiny se zdravotním postižením představuje sociální událost, kterou nelze srovnávat se situací běžné rodiny. Pečující osobou se ve většině případů stává matka, která zůstává s dítětem doma, a vzhledem k časové náročnosti nemá čas na svoji realizaci, což může mít v konečném důsledku vliv na rodinný a pracovní život i na trávení volného času. Vhodné je z tohoto pohledu rozložení pečovatelské zátěže na ostatní členy rodiny i na profesionální služby.

Sociální služby jsou jedincům se zdravotním postižením zajišťovány formou sociálního poradenství, služeb sociální péče a služeb sociální prevence. Sociální služby jsou v rámci sociální rehabilitace poskytovány mimo jiné také v centru ARPIDA, které dále zajišťuje složky léčebné, pedagogické a pracovní rehabilitace. Centrum ARPIDA je zařízením s komplexní a adresnou podporou pro jedince se zdravotním postižením.

Výzkumná část probíhala formou kvantitativního výzkumu, kdy k získání dat byla použita metoda dotazování. V kapitole výsledky je uvedena popisná statistika a test dobré shody Chí – kvadrát, podle kterého byly vyhodnoceny hypotézy diplomové práce. Výsledné závěry, které jsou podloženy teoretickými východisky lze nalézt v diskuzi.

Kvalitu života jedinců s DMO může výrazným způsobem ovlivnit koordinovaná rehabilitace, nicméně zásadní podíl na péči o tyto jedince připadá rodičům, kterým patří můj velký obdiv.

1. Teoretická východiska

1.1 Zdravotní postižení

V běžném životě se setkáváme s jedinci odlišnými od většinové populace, kteří vytvářejí minoritu a jsou součástí naší společnosti, přičemž jednou z těchto minorit jsou osoby se zdravotním postižením (Jankovský, 2006). Jak uvádí Novosad (2011a), jedná se o dlouhodobý nebo trvalý stav vyznačující se anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, kterou nelze léčebnou péčí zcela odstranit a která negativně zasahuje do kvality života jedince. Votava et al. (2005) píše, že jedincem se zdravotním postižením se rozumí osoba, jež má takové funkční omezení, které vytváří mimořádné požadavky na životní, případně pracovní podmínky, a tato péče přesahuje oblast zdravotní, zasahuje do oblasti sociální, případně pracovní či pedagogické. Tentýž autor zmiňuje skutečnost, že zdravotní postižení může být komplikováno sociální izolací, případně kulturní či etnickou odlišností od většinové společnosti, přičemž postižení člena rodiny obvykle ovlivňuje celou rodinu.

Jak uvádí Jankovský (2014), z tohoto pohledu je důležité vnímat osobnost každého jedince holistickým způsobem, tedy celostně, kdy máme na mysli dimenzi tělesnou, duševní, sociální a spirituální. Vítková (2014a) zmiňuje, že zdravotní postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Jak píše Schneiberg (2005), za základní principy péče o osoby se zdravotním postižením pokládá integraci, komplexnost a účast rodiny.

1.1.1 Klasifikace zdravotního postižení

Jedinci se zdravotním postižením mohou mít různý typ a stupeň postižení (Votava et al., 2005). Tentýž autor uvádí, že je třeba zohlednit, zda se člověk s postižením narodil nebo ho získal během života a dále možnosti zlepšení nebo naopak jeho progresi. Krhutová (2013a) doplňuje, že je třeba vzít v potaz také přítomnost nebo nepřítomnost bolesti, při které zohledňujeme charakter, intenzitu, délku trvání, průběh, projevy a důsledky.

Nejběžnější klasifikace je dle převládajícího zdravotního postižení a dělí se na tělesné, mentální, zrakové, sluchové, řečové, kombinované postižení a postižení civilizačními chorobami (Michalík et al., 2011). Votava et al. (2005) popisuje shodnou klasifikaci, přičemž místo postižení civilizačními chorobami udává postižení vnitřními chorobami, demenci a psychiatrické pacienty. Jak píše Krhutová (2013b), zdravotní postižení je charakteristické širokou variabilitou projevů a důsledků. Tatáž autorka zmiňuje, že dva jedinci se stejným typem zdravotního postižení mohou mít odlišné projevy a možnosti pro zvládnání nároků vzhledem ke svému postižení.

Jak uvádí Michalík et al. (2011), v České republice existuje několik desítek klasifikačních přístupů, které jsou v některých případech nesouměřitelné či nekompatibilní. Z tohoto důvodu je obtížné stanovit procento osob se zdravotním postižením v populaci, které se pohybuje okolo 10% (Michalík et al., 2011; Krhutová, 2013b). Koláčková a Kodymová (2005) doplňují, že údaje nejsou přesně dány, neboť neexistuje efektivní systém předávání informací mezi zdravotnickými a sociálními službami.

1.1.2 Disabilita, impairment, restringovaná participace

Hovoříme-li o postižení, je vhodné ujasnit si tyto pojmy, které jsou specifikovány v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (Jankovský, 2014). MKF vypracovala Světová zdravotnická organizace v roce 2001 a členské státy Evropské unie ji přijaly jako základní pilíř politiky rehabilitace osob se zdravotním postižením (Velemínský et al., 2012).

V MKF (2001, s. 9) je uvedeno: „*Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí*”. Jankovský (2014) píše, že pojem vyjadřuje zdravotní postižení, ve kterém se jedná o poruchu na úrovni celého jedince. Novosad (2011a) zmiňuje disabilitu jako omezení schopnosti nebo neschopnost v určité oblasti. Gold a Shuman (2009) uvádějí dva modely disability a to medicínský, který definuje problém jedince, při němž je disabilita způsobena nemocí, traumatem nebo

zdravotními podmínkami a sociální model, který je definován tím, že disabilita nevzniká osamoceně, ale v kombinaci s prostředím, které má na jedince negativní vliv.

Dříve bylo postižení vnímáno jako kategorie, kdežto v současném pojetí bychom měli vnímat postižení - impairment spíše jako dimenzi, která dává životu určitý rozměr, při kterém je třeba zvolit vhodný postup integrace (Jankovský, 2006). Jak uvádějí Koláčková a Kodymová (2005), integrací rozumí účast v sociálních vztazích. Jankovský (2006) doplňuje, že v případě, kdy se integrace podaří, hovoříme o vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a potom je tento postoj označován jako inkluze.

Jak píše Jankovský (2005), k restringované participaci dochází v důsledku snížení aktivity člověka, která se týká především hodnocení funkčních schopností dané osoby. Kolář et al. (2009) uvádí, že participace vyjadřuje způsob a rozsah, jakým je osoba zapojena do různých životních situací.

Na webových stránkách je uvedeno, že v roce 2005 přijala Světová zdravotnická organizace rezoluci Disability, including Prevention, Management and Rehabilitation, ve které je deklarováno členským státům účastnit se akcí k prevenci vzniku disability, propagovat a podporovat rehabilitaci založenou na komunitách, podporovat programy směřující k primární zdravotní péči a integrovat je do zdravotního systému, usnadnit přístup k odpovídajícím podpůrným technologiím a propagovat jejich vývoj, prozkoumat a uvést do praxe nejefektivnější postupy k prevenci vzniku disability, zajistit poskytnutí odpovídající a účinné lékařské péče pro jedince se speciálními potřebami, prozkoumat a implementovat nejúčinnější měření k prevenci vzniku disability ve spolupráci s komunitami a jinými odvětvími.

1.1.3 Práva osob se zdravotním postižením

Jak píše Schneider (2005), vztah k osobám s postižením se vyvíjel a závisel na společenském systému a světovém názoru, kdy se vyspělá společnost snaží jedince podporovat a ochraňovat je. Tuto teorii podporuje také Vitoň (2015) a doplňuje, že

v současné době je snaha osoby se zdravotním postižením integrovat do běžného života společnosti. Schneider (2005) zmiňuje, že Česká republika je vázána mnoha mezinárodními dokumenty, ze kterých lze jmenovat Listinu základních práv a svobod, dále potom Úmluvu o právech dítěte, v nichž je zakotveno kompenzovat nevýhody, které postižení přináší. Jak doplňuje Novosad (2011a), lidé se zdravotním postižením mohou vzbuzovat dojem, že mají mimořádné, zvýhodňující podmínky, ale není tomu tak, neboť se jedná o vyrovnání příležitostí, zpřístupnění práv a kompenzaci znevýhodnění.

Listina základních práv a svobod - článek 29

V Listině základních práv a svobod je uvedeno: *„Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a zvláštní pracovní podmínky. Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání“.*

Úmluva o právech dítěte - článek 23, 24

V Úmluvě o právech dítěte je uvedeno: *„Duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti. Právo dítěte na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání rehabilitačních a léčebných zařízení“.*

Jak uvádí Novosad (2011a), význam a právo na dostupnost rehabilitační péče je zakotveno v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením. Krhutová (2013a) zmiňuje, že Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením zavazuje členské státy k zajištění plného a rovného užívání všech lidských práv a základních svobod. Ulčová (2005) doplňuje, že práva osob se zdravotním postižením jsou upravena ve zdravotnickém a sociálním právu, občanském právu, pracovním právu i v trestním právu.

1.2 Koordinovaná rehabilitace

Koordinovaná rehabilitace je koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků (Votava et al., 2005). Jak uvádí Novosad (2011a), jedná se o aktuální, perspektivní přístup ke komplexní adresné podpoře jedinců se zdravotním postižením. Jankovský (2006) popisuje koordinovanou rehabilitaci jako interdisciplinární obor zahrnující péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní, pedagogicko-psychologickou a pracovní, jejímž smyslem a cílem je začlenit osoby se zdravotním postižením zpět do aktivního života, který bude mít očekávanou kvalitu. Krhutová (2013a) zmiňuje, že jde o proces propojování nástrojů odborné i neformální podpory s cílem stabilizovat zdravotní stav, zmírnit důsledky nemoci a zapojit jedince do životních situací. Šťastný (2006) uvádí, že se jedná o obor multidisciplinární a meziřesortní, jehož cílem je poskytovat osobám se zdravotním postižením co možná nejširší účast na společenském a hospodářském životě s maximální možnou mírou nezávislosti. Jakobová (2011) doplňuje, že se termín koordinované rehabilitace rozvinul ve vyspělých zemích jako politický postoj státu k jedincům se zdravotním postižením, který je zakotven v nadnárodních deklaracích, jejichž signatářem je i Česká republika. Novosad (2011a) poukazuje na opomíjený termín *habilitace* v koordinované rehabilitaci, v němž se jedná o prvoutváření schopností u osob s vrozeným nebo velmi časně získaným postižením.

Vedle pojmu koordinované rehabilitace (Pfeiffer et al., 2014) se v odborné literatuře setkáváme s pojmem *ucelená rehabilitace* (Votava et al., 2005; Jankovský, 2006; Kolář et al., 2009; Jakobová, 2011; Novosad, 2011a) a s pojmem *komprehenzivní rehabilitace* (Jesenský, 1995; Fischer et al., 2014; Šándorová, 2015).

1.2.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je součástí zdravotní péče, která v sobě zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících

k maximální funkční zdatnosti jedince (Kolář et al., 2009). Jak uvádí Votava et al. (2005), léčebná rehabilitace je zajišťována týmem odborníků ve zdravotnickém rehabilitačním zařízení, kde je cílem zlepšení funkčního stavu a odstranění či zmírnění poruchy či disability.

Jak zmiňuje Pfeiffer et al. (2014), schématicky můžeme léčebně rehabilitační výkony rozdělit do čtyř okruhů, a to na terapii a prevenci sekundárních změn, které provázejí základní onemocnění, výcvik kompenzačních mechanismů na úrovni postiženého orgánu, výcvik substitučních mechanismů na úrovni celého organismu a optimalizaci tělesné zdatnosti. Jak popisuje Kolář et al. (2009), mezi jednotlivé obory léčebné rehabilitace řadíme fyzioterapii, ergoterapii, rehabilitační inženýrství, fyziatrii (fyzikální terapie, balneologii, balneoterapii) a myoskeletální medicínu, kdy nelze opomenout terapeutické postupy spadající do oboru psychologie a logopedie. Jankovský (2014) doplňuje, že se jedná především o doménu zdravotnickou, kde nacházíme také interdisciplinární charakter, díky kterému se setkáváme v rámci léčebných prostředků s prvky ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, animoterapie, psychoterapie a dalšími.

Léčebná tělesná výchova

Léčebná tělesná výchova představuje u jedinců s DMO základní a rozhodující terapeutický postup (Kolář et al., 2009). Jak uvádějí Vojta a Peters (2010), jedná se především o reflexní lokomoci, kdy mají na mysli Vojtovu metodu, která nabízí možnost zabránění vývoji infantilní cerebrální parézy a její fixaci. Kolářová (2009) zmiňuje, že je jedincům reflexní lokomocí nabízen koncept, který automaticky probouzí fyziologickou motorickou schopnost a hledá její integraci ve spontánní motorice dítěte. Votava et al. (2005) popisuje, že pohyb je u této metody na vůli jedince nezávislý, neboť probíhá reflexně, přičemž účinek terapie závisí na úrovni plasticity centrálního nervového systému. Velemínský et al. (2011b) podporuje teorii pozitivního ovlivnění motorického vývoje především Vojtovou metodou a doplňuje, že se využívá také při diagnostice. Zounková (2005) uvádí, že úspěch terapeutického výsledku je z velké části závislý na rodičích, kteří Vojtovu metodu s jedincem několikrát denně provádějí. Jak upozorňuje Kudláček (2012), rodiče jsou vystavováni emotivně obtížné situaci vzhledem k tomu, že děti při terapii často pláčou. Tuto tezi podporuje také Levitt (2013).

V rámci fyzioterapie lze u dětí s DMO zařadit Bobath koncept, Kabatovu techniku, synergetickou reflexní terapii, cvičení na míči, fyzikální terapii, akupunkturu, vodoléčebné procedury a další (Brauner, 2005). Tentýž autor zmiňuje důležitost lázeňské léčby, která je u jedinců s DMO komplexní a měli by ji absolvovat alespoň jedenkrát do roka.

Ergoterapie

Jak uvádí Pfeiffer et al. (2014), ergoterapie prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností v jakémkoliv věku a s různým typem postižení. Brauner (2005) píše, že ergoterapie se u jedinců s DMO zaměřuje na rozvoj osobnosti, všeobecné dovednosti a zahrnuje přípravu na budoucí povolání a praktický život. Kolářová (2009) zmiňuje, že se jedná o pohybové učení, při kterém terapeut nacvičuje s jedincem běžné aktivity. Jakobová (2011) doplňuje důležitost rozvíjení jemné motoriky ruky, nácvik grafomotoriky a úchopů.

Arteterapie

Jak uvádí Jankovský (2014), jedná se o léčbu pomocí výtvarných prostředků (kresba, malba), přičemž do arteterapie náleží i výtvarná práce, zejména s keramickou hlinou, dále pak výtvarná práce se dřevem, kamenem, kovem a jinými materiály. Potměšilová (2014) píše, že arteterapie využívá výtvarného umění k vyjádření nálad, pocitů a stavů, při kterých může terapeut pochopit jedince a pomoci mu v poznání sebe a následném řešení jeho problémů. Brauner (2005) doplňuje, že má pozitivní psychologický vliv, při kterém dochází k uvolnění a zároveň k motivaci, kdy pomůcky a techniky jsou voleny individuálně dle druhu postižení.

Muzikoterapie

Jak popisuje Votava et al. (2005), muzikoterapie je starobylá disciplína, která již v pravěku byla chápána jako způsob boje s chorobami a úzkostmi. Jankovský (2014) uvádí, že hudbě lze nejen naslouchat, vnímat ji, nechat ji na sebe působit, ale lze ji také tvořit a přetvářet a proto je významným prostředkem komunikace a vyjádřením vnitřních pocitů. Forma muzikoterapie může být buďto individuální nebo skupinová, kdy ji lze rozdělit podle typu na aktivní nebo pasivní (Votava et al., 2005). Dobře

naladěný organismus je odolnější a silnější, přičemž u jedinců s DMO lze spatřovat harmonizaci organismu a posílení sebevědomí (Brauner, 2005).

Animoterapie

Jak uvádí Votava et al. (2005), jedná se o terapii prostřednictvím živých zvířat, ve které se zvíře stává zdrojem mazlení, radosti, tématem k rozhovoru a příležitost k pohybu. K terapii jedinců s DMO se nejčastěji využívá hipoterapie a canisterapie, kdy Brauner (2005) zmiňuje hiporehabilitaci jako metodu, která nutí jedince orientovat se v prostoru, držet posturu a následně působením biotepla dochází k uvolnění adduktorů stehien. Tentýž autor uvádí aplikovatelnost u všech forem DMO. Jankovský (2006) píše, že na základě příjemných vjemů při canisterapii dochází k rozvoji citového života, zlepšení sociálních interakcí a u osob s těžkým postižením přispívá ke stimulaci neverbální komunikace.

Psychoterapie

Jak uvádí Votava et al. (2005), psychoterapie je léčení, zvládání psychických problémů psychologickými prostředky. Jankovský (2014) píše, že psychoterapie není pouze léčbou, ale zahrnuje také prevenci a rehabilitaci poruch zdraví, která se týká nejen jedince se zdravotním postižením, ale celé rodiny.

Logopedie

Logopedie je věda, která zkoumá narušení komunikačních schopností z hlediska příčiny, projevu, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence i prognózy (Neubauerová, 2012). Jak uvádí Jankovský (2014), u jedinců s DMO se často setkáváme s anartrií, tedy neschopností artikulovat hlásky, nebo dysartrií, při které je artikulace značně nebo zcela nesrozumitelná a z logopedického hlediska je problematická. Novosad (2011b) píše, že jedinci s DMO potřebují průběžnou terapii řeči, která závisí na celkovém tělesném stavu, úrovni intelektu, prostředí a dalších přidružených poruchách. Šáchová (2005) zmiňuje fakt, že prognóza závisí na každodenním logopedickém cvičení v domácím prostředí a dále pak na znalostech logopeda. Komunikační schopnosti jedinců s DMO mohou být narušeny poruchami nebo postižením sluchu, které negativně působí na vývoj řeči (Novosad, 2011b).

Bazální stimulace

Základní myšlenkou bazální stimulace je požadavek celistvosti, při kterém se snažíme nabídnout jedinci s postižením možnosti pro vývoj jeho osobnosti (Vítková, 2014b). Jak uvádí Friedlová (2007), předpokladem pro vypracování konceptu bylo tvrzení, při kterém i jedinci s těžkým postižením jsou vzdělavatelni a to v oblasti vnímání vlastního těla či nácviku různých pohybových vzorců ve smyslu sebeobsluhy. Tatáž autorka zmiňuje skutečnost, že terapeut na základě analýzy jedincova zdravotního a mentálního stavu rozhodne o vhodných technikách konceptu a podle vývoje klientova stavu a reakcí se potom adekvátně mění či přidávají stimulující techniky.

1.2.2 Pedagogická rehabilitace

Hlavní úlohou pedagogické rehabilitace je edukace a optimální rozvoj osobnosti jedince se zdravotním postižením, což dále usnadní integraci a následnou aktivní účast na produktivním životě (Jankovský, 2014). Votava et al. (2005) píše, že pedagogická rehabilitace je určena jedincům, kterým zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. Jankovský (2014) zmiňuje, že pedagogické rehabilitaci nelze upřít nezastupitelný význam při koordinované podpoře osob se zdravotním postižením. Jakobová (2011) doplňuje, že se jedná se o důležitou složku komplexní rehabilitační péče v oblasti vzdělávání.

Jak uvádí Votava et al. (2005), cílem je dosažení co nejvyššího stupně vzdělání, samostatnosti jedince se zdravotním postižením a jeho zapojení do aktivního společenského života. Pedagogická rehabilitace záměrným působením pedagogicko-psychologických prostředků usiluje o obnovení normálního stavu, přičemž tato oblast je doménou speciální pedagogiky (Jankovský, 2006). Vítková (2014a, s. 104 - 105) doplňuje, že edukací jedinců se zdravotním postižením se zabývá vědní obor somatopedie, jejímž předmětem je školní edukace, profesní vzdělávání a pracovní uplatnění. Kraus et al. (2005) popisuje edukační rehabilitaci, která vychází z individuálního stavu, kdy za velmi důležitý pokládá přístup rodičů k dítěti.

Jak uvádí Jankovský (2014), právo na vzdělání patří k základním právům každého dítěte, ve které specifickou skupinu tvoří žáci s různými poruchami učení, speciálními vzdělávacími potřebami a žáci se zdravotním postižením. Vítková (2014a) píše, že cílem speciálně pedagogických snah je umožnit dětem se zdravotním postižením účast na předškolním a školním vzdělávání, společenském životě, integraci a samostatném vedení života. Jak zmiňuje Fischer et al. (2014), žáci se zdravotním postižením se přednostně vzdělávají formou individuální integrace v běžné škole, kde je jim stanoven individuální vzdělávací plán. Tentýž autor dále doplňuje, že žáci s převážně kombinovaným postižením (tělesným a mentálním) jsou vyučováni podle vzdělávacích programů podle příslušného stupně mentální retardace, kde spolu s edukační činností probíhá i léčebné rehabilitace. Jak uvádí Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009), škola je pro rodiče postižených dětí důležitá zejména z hlediska vzdělávání a zařazení dítěte do kolektivu, avšak většina z nich potřebuje s výběrem vhodného vzdělávacího zařízení poradit.

1.2.3 Sociální rehabilitace

Dle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, je sociální rehabilitace definována jako: „*Soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí*“. Votava et al. (2005) popisuje sociální rehabilitaci jako proces, ve kterém osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace. Gobelet a Franchignoni (2006) uvádí, že sociální rehabilitace zahrnuje aspekty rodinné, sociální, mentální a ekonomickou integraci. Koláčková a Kodymová (2005) zmiňují, že sociální rehabilitace se zaměřuje na podporu fungování jedince v běžných životních situacích.

Cílem sociální rehabilitace je integrace osob se zdravotním postižením, rozvoj jejich schopností a začlenění jedince s disabilitou do společnosti (Jankovský, 2014). Jak uvádí

Votava et al. (2005), cílem sociální rehabilitace je zajištění ekonomických jistot pro zdravotně postižené jedince, rozvoj zájmové činnosti, možnost sdružování a získávání informací, předpoklady pro rozvoj osobnosti a předpoklady pro bydlení v samostatných bytech. Jankovský (2014) doplňuje, že součástí sociálních prostředků rehabilitace je vytváření sociálních a ekonomických podmínek pro zdravotně postižené jedince ve formě dávek sociálního zabezpečení, výhodách pro zdravotně postižené a v příspěvcích pro zdravotně postižené.

Úlohou sociální rehabilitace je schopnost přijmout své postižení, nemoc či znevýhodnění a v maximální možné míře se zpět integrovat do společnosti, přičemž se tak děje ve zdravotnických zařízeních, ústavech sociální péče, ve speciálních školách, při práci, v rodině a také stále častěji v rámci nestátních neziskových organizací (Jankovský, 2006).

Jak zmiňuje Velemínský et al. (2011b), důležitým momentem v sociální rehabilitaci je kontakt s rodinou postiženého. Tuto teorii podporuje také Jankovský (2006) a doplňuje, že kvalita života jedinců s disabilitou je závislá na stabilitě rodiny.

1.2.4 Pracovní rehabilitace

Práce zaujímá v životě člověka nezastupitelné postavení a je důležitou podmínkou důstojné existence jedince, která mu přináší nejen materiální prospěch, pocit seberealizace, ale vytváří také sociální pole strukturovaných kontaktů (Šesták, 2014). Jak píše Votava et al. (2005), pracovní rehabilitace je soustavná péče směřující k výkonu vhodného zaměstnání. Jankovský (2006) se zmiňuje o procesu, ve kterém se jedinci se zdravotním postižením snažíme pomáhat uplatnit v pracovní činnosti. Jakobová (2011) doplňuje, že se jedná o veškerou poradenskou činnost zaměřenou na volbu, získání a udržení si zaměstnání, včetně rekvalifikačních kurzů.

Vytváření pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením není jednoduchou záležitostí a ve vyspělých státech je uplatňován dvojí přístup, a to zvýhodňování zaměstnavatelů a stanovení kvót (Jankovský, 2006). Velemínský et al. (2011b) zdůrazňuje důležitost podpory zaměstnavatelů zaměstnávajících tyto jedince. Jankovský

(2005) dále píše o podporovaném zaměstnávání, kdy se jedná o zapojení lidí se sociálním znevýhodněním na běžném pracovišti do pracovního procesu. Votava et al. (2005) doplňuje, že podporované zaměstnání spočívá ve vyhledání pracovního místa pro konkrétní osobu.

Jak zmiňuje Šesták (2014), pro jedince se zdravotním postižením význam pracovní rehabilitace nabývá na důležitosti z hlediska zdravotně rehabilitačního a sociálně adaptačního. Tuto teorii podporuje také Vítková (2014a). Jankovský (2005) uvádí, že v pracovní rehabilitaci je důležité uplatnění sociální politiky státu, která má vytvářet jedincům se zdravotním postižením takové pracovní podmínky, aby našli vhodné uplatnění a mohli se přirozeně začlenit do společnosti. Rodiče jedinců se zdravotním postižením může trápit nedostatek možností dalšího uplatnění jejich dětí vzhledem k tomu, že zůstávají doma, a to bez další stimulace (Vágnerová, Strnadová a Krejčová, 2009).

1.3 Dětská mozková obrna

„DMO zahrnuje skupinu stálých poškození vývoje hybnosti a rovnováhy, které omezují aktivitu a jsou způsobena neprogresivním poškozením vyvíjejícího se fetálního nebo infantilního mozku“ (Dungl et al., 2014, s. 254). Velemínský et al. (2011b) uvádí, že se jedná o široký termín poruch, které mají etiologii v prenatálním či včasně postnatálním poškození centrální nervové soustavy. Zitelli, McIntire a Nowalk (2012) definují DMO jako skupinu neprogresivních neurologických syndromů vycházejících z léze centrálního nervového systému, při které se onemocnění projevuje ihned po narození nebo krátce po něm. Šlapal (2007) zmiňuje, že DMO je dosti nepřesný výraz, v němž dominují poruchy tonusové a hybné, které jsou často doprovázeny epileptickými záchvaty a poruchami psychiky. Jakobová (2011) popisuje pojem, který je přiřazován ke skupině chronických onemocnění objevujících se v prvních letech života a je charakteristický poruchou kontroly hybnosti. Kraus et al. (2005) doplňuje, že DMO patří mezi nejčtenější neurovývojové onemocnění, které je trvalé, ne však neměnné.

Vojta a Peters (2010) označují DMO jako infantilní cerebrální parézu, avšak Jankovský (2006) zmiňuje, že v odborných kruzích je označení DMO více vžitě.

1.3.1 Výskyt a příčiny DMO

Kraus et al. (2005); Kolář et al. (2009) popisují incidenci DMO na tisíc živě narozených dětí v rozsahu 1,5 - 2,5 dítěte. Kudláček (2012) uvádí, že výskyt na tisíc živě narozených dětí činí 2 - 3 děti, u kterých je diagnostikována DMO. Jankovský (2014); Fischer et al. (2014) doplňuje, že výskyt představuje 1,5 - 5 případů na tisíc živě narozených dětí.

Jak uvádí Šlapal (2007), ke zvýšení incidence DMO dochází v důsledku udržování rizikových těhotenství a zlepšením porodní a neontologické péče. Kraus et al. (2005) doplňuje, že příčinou je zvýšená frekvence porodů dětí s extrémně nízkou porodní váhou. Tuto teorii podporují také Kolářová (2009); Kudláček (2012).

Etiologie DMO je mnohočetná a je dělena na prenatální, perinatální a postnatální podle období vzniku (Dungl et al., 2014). Jak uvádí Novosad (2011b), mezi prenatální příčiny řadíme infekce matky a nezdravý životní styl. Jankovský (2014) zmiňuje skutečnost, že perinatální příčiny jsou vázány k poškození plodu v průběhu porodu a k postnatálním příčinám v kojeneckém věku řadí vážné poranění lebky a mozku, zánětlivé onemocnění mozku a následky toxických a metabolických encefalopatií.

Jak uvádí Jankovský (2006), přes všechny pokroky je etiologie z 20 – 30 % případů nejasná. Dungl et al. (2014) popisuje 35 % případů. Kraus et al. (2005) uvádí až 40 % případů dětí, u kterých se nepodaří zjistit příčinu DMO.

1.3.2 Formy DMO

Jak uvádí Novosad (2011a), klinický obraz DMO je rozmanitý s dominujícími poruchami svalového napětí, hybností a koordinací pohybů s patrnou disharmonií motorického vývoje. Šlapal (2007) rozděluje DMO na spastickou a nespastickou, přičemž do spastické řadí formu diparetickou, hemiparetickou a kvadruparetickou, mezi nespastickou řadí formu hypotonickou a extrapyramidovou. Kraus et al. (2005) rozlišuje formy DMO na hemiparetickou, bilaterální, dyskinetickou, cerebrální a smíšenou, kdy do formy bilaterální řadí formu diparetickou, ataktickou, triparetickou,

kvadruparetickou. Tentýž autor zmiňuje, že jinak je dělení totožné, ale je uvedeno pod jiným názvem (extrapyramidová – dyskinetická, hypotonická – cerebrální). Ze shodné klasifikace vycházejí i následující autoři Novosad (2011b); Kudláček (2012); Jankovský (2014); Fischer et al. (2014).

Diparetická forma spastické DMO postihuje v různém rozsahu zejména dolní končetiny, kdy typickým projevem je nůžkovitá chůze, oproti hemiparetické formě, která se projevuje postižením jedné poloviny těla s patrnou převahou postižení na horní končetině (Jankovský, 2014). Koláčková (2009) uvádí, že nejtěžší forma bývá kvadruparetická, při které bývají postiženy všechny čtyři končetiny. Šlapal (2007) popisuje, že při hypotonické formě nespastické DMO je dominantní oslabení svalového tonu trupu i končetin oproti formě extrapyramidové, která se projevuje grimasováním v obličeji a hadovitými hyperkinézami hlavy.

1.3.3 Poruchy sdružené s DMO

Nejzávažnější přidruženou poruchou u jedinců s DMO je mentální retardace, při které se jedná o trvalý stav, který se vyznačuje snížením intelektových schopností s opožděným vývojem a tím pádem omezenými možnostmi vzdělávání a sociální přizpůsobivosti (Jankovský, 2014). Jak uvádí Dungal et al. (2014) kvadruparetická forma a hemiparetická forma DMO bývají často spojeny s mentální retardací. Kraus et al. (2005) zmiňuje, že mentální retardaci lze nalézt u 50 % jedinců s hemiparetickou formou a u kvadruparetické formy je těžká mentální retardace téměř vždy. U diparetické formy DMO bývá intelekt postižen minimálně (Kraus et al., 2005; Dungal et al., 2014). Kraus et al. (2005) dále popisuje u dyskinetické formy normální mentální schopnosti, ale doplňuje závažné postižení intelektu u hypotonické formy DMO. Jak píše Votava et al. (2005), mentální postižení bývá u jedinců s DMO častější než v běžné populaci, kdy upozorňuje na skutečnost, že řada z nich má i nadprůměrnou inteligenci.

Další přidruženou poruchou, která může vytvářet komplikaci při sociální a pracovní integraci je epilepsie (Jankovský, 2014). Kraus et al. (2005) uvádí, že možným důvodem je menší tolerance akceptovat jedince s epilepsií než s hybným postižením.

U jedinců s DMO se setkáváme s poruchami zraku, sluchu, řeči, poruchami v citové oblasti, poruchami růstu a komplikacemi ortopedického charakteru (Jakobová, 2011). Negativní dopad na socializaci dítěte mohou mít smyslové poruchy a problémy spojené se základní diagnózou, které u jedinců s DMO mohou vyvolat emoční poruchu, která může mít negativní vliv na vývoj osobnosti (Jankovský, 2014).

1.3.4 Léčba DMO

Jak uvádí Kudláček (2012), jedná se o nevratné poškození mozkových struktur, kdy jsou při léčbě využívány metody a techniky, které jsou zaměřeny na zmírnění projevů DMO. Jankovský (2014) popisuje efektivní léčbu jedinců s motorickým postižením na koordinovaném a interdisciplinárním podkladě ve spolupráci s rodinou, přičemž nutným předpokladem je včasná a kvalitní diagnostika. Tentýž autor zmiňuje důležitost multidisciplinárního týmu tzv. kruhové podpory, ve které spolupracují odborníci s rodiči, a to ve prospěch jedince s postižením.

Jak zmiňuje Fischer et al. (2014), přes dosavadní vývoj není současná medicína schopna toto onemocnění vyléčit, přesto nabízí částečné zmírnění projevů nemoci vedoucích ke zlepšení kvality života. Votava et al. (2005) doplňuje, že u jedinců s DMO nedochází k progresi onemocnění, tím pádem se mohou dožít stejného věku jako lidé nepostižení.

Při léčbě DMO využíváme prostředky koordinované rehabilitace, mezi které řadíme léčebnou tělesnou výchovu a fyzikální terapii, ergoterapii, animoterapii a další specifické terapie (Jankovský, 2006). Tentýž autor (2005) upozorňuje na důležitost psychoterapie, logopedie a edukace jako nedílnou součást integrace do většinové společnosti. Šlapal (2007) popisuje, že k léčbě jedinců s DMO využíváme medikamenty, léčbu botulotoxinem, ortopedické léčebné zásahy a protetickou péči. Stanton (2012) doplňuje, že se v současné době ke klasickým medicínským přístupům přidává více alternativních metod léčby, kdy se jedná o cvičení jógy, akupunkturu, reflexologii, léčbu bylinkami a jiné.

1.3.5 Vztah jedince k postižení

Jak uvádí Matějček (2005), každá vada nebo odchylka ve vývoji, která vzdaluje jedince od normálního styku s okolím, je překážkou v jeho duševním vývoji. Tentýž autor zmiňuje důležitost, zda se jedinec s postižením narodil nebo ho získal až v dospělosti. Novosad (2011a) doplňuje, že dítě s vrozeným nebo brzy získaným postižením má obvykle čas a podpůrná opatření k tomu, aby se s postižením adaptovalo a našlo si vlastní cestu seberealizace.

Jankovský (2014) označuje za složité období to, ve kterém si dítě začíná uvědomovat svoji identitu. Postižení může bránit jedinci v zařazení mezi vrstevníky a způsobovat pocity méněcennosti, osamění a izolace (Schneiberg, 2005). Jak uvádí Matějček (2001), pocity méněcennosti provázejí především děti se znatelnými odchylkami tělesného zjevu. Slowík (2010) doplňuje, že v některých případech je nezbytná psychologická intervence, která napomáhá posilovat vlastní sebepojetí.

Jak píše Jankovský (2014), nelze opomíjet ani sexuální potřeby, které jsou u mladého člověka zcela přirozené. Krhutová (2013b) zmiňuje, že u lidí s postižením je schopnost založit rodinu považována za jeden z indikátorů začlenění do většinové společnosti. Tatáž autorka doplňuje, že se často setkáváme s problémy v udržení partnerských vztahů, a to v důsledku zdravotních limitů.

1.4 Rodina

Narození dítěte s postižením je velmi citlivý a mimořádně složitý problém, při kterém rodiče trpí těžkou deziluzí z toho, že přirozeně očekávali narození zdravého dítěte (Jankovský, 2003). Matoušek, Palme a Landischová (2014) uvádějí, že rodiče a příbuzní mohou být v šoku, který je srovnatelný s šokem po náhlém úmrtí blízkého člověka. Vitoň (2015) popisuje, intenzita nepříznivých pocitů je ovlivněna tím, nakolik je zdravotní postižení závažné a do jaké míry ovlivní budoucnost dítěte.

Schneiberg (2005), zmiňuje, že životní perspektivy rodiny se mění od základu vzhledem k tomu, že výchova dítěte s postižením a péče o něj představuje značnou emoční zátěž,

velké časové nároky a může být i fyzicky náročná. Matoušek, Palme a Landischová (2014) píší, že rozhodnutí rodičů, zda budou o dítě pečovat v domácím prostředí nebo zvolí jinou formu péče je plně v jejich kompetenci, přičemž profesionál může být nápomocen v poskytování informací. Tuto teorii podporuje také Schneiberg (2005). Jankovský (2014) zdůrazňuje, že nelze odsuzovat rodiče, kteří narození dítěte s postižením nezvládli, neboť nikdo z nás neví, jak by se v obdobné situaci zachoval on sám.

1.4.1 Reakce rodiny

Kudláček (2012, s. 56) definuje příznačné otázky, které si kladou rodiče dětí, u nichž byla diagnostikována DMO: „*Uzdraví se? Bude naše dítě chodit? Kdo se o něj postará, až tu nebudeme? Jak vše zvládneme? Co tomu řeknou naši přátelé a známí? Jak budou reagovat?*“

Pravda o zdravotním stavu dítěte by měla být oběma rodičům sdělena současně, měl by být kladen důraz na citlivost a srozumitelnost tohoto sdělení (Jankovský, 2014). Tuto teorii podporuje také Vitoň (2015). Jak uvádí Kudláček (2012), stavy nejistoty a úzkosti rodičů mohou vycházet ze skutečnosti, při které ani po stanovení diagnózy DMO nelze odpovědně předpovídat prognózu onemocnění.

Matoušek, Palme a Landischová (2014) píší, že je vhodné poskytovat rodičům krizovou intervenci nejlépe v porodnici. Votava et al. (2005) uvádí, že cílem krizové intervence je překonat těžké období, zabránit zkratkovitému jednání a v konečném důsledku pomoci nalézt smysl života za nové situace, přičemž pomoc je směřována nejen rodičům, ale i blízké rodině. Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009) doplňují, že matky se dozvídají o diagnóze DMO u svých dětí většinou do jednoho roku a velmi často jsou přesvědčeny, že byly informovány málo a pozdě.

Rodiče dítěte s postižením mohou procházet fázemi psychické odezvy podle Elizabeth Kübler - Rossové, mezi které patří šok iniciální, popření, období hněvu, fáze smlouvání, deprese a závěrečnou fází je potom akceptace pravdy (Jankovský, 2003). Tentýž autor uvádí, že některé fáze se mohou opakovat nebo naopak chybět. Pipeková et al. (2010)

zmiňuje fáze, kterými rodina prochází, takto: šok, popření, smutek, stadium rovnováhy a stadium reorganizace. Tatáž autorka ovšem upozorňuje na to, že ne všichni rodiče dosáhnou posledního stádia a nelze vyloučit ani odmítnutí dítěte s postižením.

Jak uvádí Jankovský (2014), pomoc rodině souvisí s „copingem“, což znamená schopnost vyrovnat se s realitou a přijmout skutečnost o postiženém dítěti. Kolář et al. (2009), zmiňuje, že pro zvládnutí náročné životní situace platí zásady, při nichž rodiče mají o svém dítěti vědět co nejvíce, mají brát postižení jako úkol, nesmějí se obětovat, mají být realisty a respektovat zásadu, že dítě s postižením samo netrpí. Teorii, kdy dítě s postižením nepředstavuje životní nezdár a zklamání, ale naopak životní úkol podporuje také Matějček (2001).

1.4.2 Vliv postižení na rodinu

Jak uvádí Velemínský et al. (2011b), onemocnění centrálního nervového systému může mít vliv na rodinný a pracovní život i na trávení volného času.

Následkem narození dítěte s postižením dochází mnohdy k rozpadu rodiny (Matoušek, Palme a Landischová, 2012). Schneiberg (2005) podporuje tuto teorii a vyšší rozvodovost vysvětluje tím, že se matka upíná na péči o postižené dítě. Velemínský (2011a) zmiňuje ve své knize označení pro pečující matku „včelí královna“. Jak doplňuje Votava et al. (2005), narození dítěte s postižením může rodinu naopak stmelit.

Z ekonomického hlediska se mění materiální příjem rodiny, neboť jeden z rodičů se věnuje postiženému dítěti (Matoušek, Palme a Landischová 2014). Schneiberg (2005) popisuje jako pečující osobu převážně matku, která zůstává s dítětem doma, a vzhledem k časové náročnosti péče o postižené dítě nemá ani čas na svoji realizaci. Michalík et al. (2011) doplňuje, že vyloučení z pracovního procesu je pro rodinu ztráta nejen ekonomická, ale výrazným způsobem ovlivňuje i sebehodnocení a sebedůvěru pečující osoby. Šándorová (2015) doplňuje, že v péči o závislého člena rodiny je genderová nerovnost a to v neprospěch žen.

Sourozenci postiženého dítěte se podílejí na úspěšnosti zvládnutí situace, kdy v dětském věku těmito okolnostmi trpí zejména sestry a v adolescenci naopak bratři postižených

dětí (Schneiberg, 2005). Matoušek, Palme a Landischová (2014) ovšem popisují, že sourozenci mohou naopak získat i obohacující zkušenosti především v sociální inteligenci, schopnosti empatie a komunikační dovednosti. Tuto teorii podporuje také Vitoň (2015) a dodává, že sourozenci těžce nesou případné neshody nebo krizové situace v rodině. Krhutová (2013b) zdůrazňuje, že sourozcům dítěte s postižením má být věnována dostatečná pozornost, neboť se s náročnou životní situací musí vyrovnat. Pipeková et al. (2010) doplňuje, že je důležité přiměřeným a přijatelným způsobem vysvětlit postižení sourozence.

Michalík et al. (2011) konstatuje, že dlouhodobá péče o člena rodiny se zdravotním postižením představuje sociální událost, která je jen obtížně srovnatelná s postavením běžné rodiny. Novosad (2011b) ovšem zmiňuje fakt, že pokud by rodiny měly dostatek informací o možnostech řešení a větší společenskou podporu, mnohdy by volily přijatelnější řešení a pravděpodobně by předešly citové a podnětové deprivaci.

1.4.3 Pomoc rodině

Jak uvádí Matoušek, Palme a Landischová (2014), žádoucí je podporovat soudržnost rodiny, kdy je vhodné rozložení pečovatelské zátěže na ostatní členy rodiny i na profesionální služby. Ti samí autoři píší, že rodina může být druhotně traumatizována negativní reakcí okolí, proto je důležité podporovat sociální kontakty, ze kterých mohou rodiče čerpat pozitiva a zkušenosti, přičemž se jedná především o svépomocné rodičovské skupiny, internetové stránky vzájemné rodičovské pomoci a terapeutické skupiny vedené profesionály. Schneiberg (2005) popisuje lidskou solidaritu jako možnost velké opory, kdy jsou rodiče jedinců s postižením ochotni sdílet své zkušenosti. Matoušek, Palme a Landischová (2014) zmiňují, že informace mohou získávat rodiče také na internetovém portálu pro osoby se specifickými potřebami.

Významnou pomoc rodině představuje odborné poradenství, které v České republice zajišťují agentury rané péče a speciálně pedagogická centra provádějící hodnocení potřeb dítěte, výchovné a pedagogické poradenství (Matoušek, Palme a Landischová, 2014). Jankovský (2014) píše, že v rámci pedagogických prostředků rehabilitace se

uplatňuje speciální pedagogická podpora. Pipeková et al. (2011) uvádí, že speciálně pedagogická centra se zaměřují na poradenskou činnost pro děti a žáky s jedním typem postižení, případně na děti se souběžným postižením více vadami. Vítková (2014a) zmiňuje, že ranou podporou dítěte se rozumí opatření, která vedou ke zlepšení organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti. Jak uvádějí Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009), rodiče postižených dětí považují ranou péči za přínosnou, vzhledem k tomu, že je poskytována na začátku, kdy potřebují získávat informace, zkušenosti a podporu příslušných odborníků. Stanton (2012) popisuje metody státní a institucionální pomoci rodinám s postiženým dítětem, přičemž v zahraničí jsou poskytovány například služby místní sestry, osobního asistenta, pomoc v domácnosti a dovoz jídla.

Schneiberg (2005) klade důraz na pomoc rodinám ze strany společnosti ve formě dávek a služeb. Mezi dávky sociálního zabezpečení řadíme invalidní důchod, životní minimum, dávky státní sociální podpory a dávky podpory v hmotné nouzi (Jankovský, 2014). Tentýž autor popisuje příspěvky a výhody pro osoby se zdravotním postižením, kdy mezi příspěvky řadí příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcky. Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009) uvádějí, že pro některé rodiče může být sociální stres z chování úředníků při vyřizování sociálních dávek skutečně velmi traumatizující.

1.5 Sociální služby

Jak zmiňuje Matoušek et al. (2007), sociální služby jsou poskytovány jedincům společensky znevýhodněným s cílem zlepšit kvalitu jejich života a v maximální možné míře je začlenit do společnosti. Šándorová (2015) píše, že prostřednictvím sociálních služeb pomáháme lidem udržet si své místo ve společnosti a chráníme je před sociálním vyloučením. Matoušek et al. (2007) uvádí, že sociální služby zohledňují uživatele, rodinu a skupiny, do nichž jedinec patří a případně zájmy širšího společenství. Novosad (2011b) zmiňuje, že pro významnou část jedinců se zdravotním postižením je důležitá cílená sociální práce a nabídka sociálních služeb, bez kterých by se nemohli podílet na všech stránkách života společnosti. Michalík et al. (2011) doplňuje, že problémem zůstává teritoriální zajištění sociálních služeb.

Jak píše Havránková (2003), pro každého jedince je nezbytné vypracování individuálního plánu s nabídkou služeb, které mají určit klientovi potřeby, naplánovat služby nebo léčbu, napojit klienta na adekvátní zdroje, monitorovat případ a zajistit zpětnou vazbu, zda a jak jsou služby poskytovány a využívány. Měřítkem kvality sociálních služeb jsou dle Michalíka (2012) zásada ochrany lidských práv uživatele, zásada individualizace služby, zásada odbornosti a zásada provozního zabezpečení.

Dle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence, které jsou poskytovány ve formě pobytové, ambulantní a terénní. Na webových stránkách MPSV ČR (© 2015) je uvedeno, že sociální poradenství pomáhá lidem řešit nepříznivou sociální situaci a je povinností poskytovatele tuto službu zajistit. Jak píše Novosad (2011b), služby sociální péče napomáhají jedincům zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem podpořit život v přirozeném sociálním prostředí a s maximálním možným zapojením do běžného života společnosti. Služby sociální péče reagují na již existující sociální událost prostřednictvím ucelené nabídky, kdy jsou připraveny řešit potřeby občanů (Michalík, 2012). Jak zmiňuje Novosad (2011b), služby sociální prevence napomáhají osobám překonat nepříznivou sociální situaci, přičemž chrání společnost před nežádoucími společenskými jevy. Dále pomáhají předcházet nebo zmírnit sociální vyloučení osob, které jsou tímto stavem ohroženy (Michalík, 2012).

1.5.1 Sociální služby pro jedince se zdravotním postižením

Na webových stránkách MPSV ČR (© 2015) jsou uvedeny sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, mezi které řadíme sociální poradenství, ranou péči, osobní asistenci, pečovatelskou službu, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny a tísňovou péči.

V diplomové práci jsem dále specifikovala sociální služby, které jsou registrované v organizaci ARPIDA, podle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Sociální poradenství - § 37

Jak uvádí Novosad (2011b), základní sociální poradenství poskytuje jedincům potřebné informace přispívající k řešení obtížné sociální situace, které je u všech druhů sociálních služeb poskytováno bezplatně. Tentýž autor zmiňuje skutečnost, že odborné sociální poradenství poskytuje přímou pomoc zaměřenou na potřeby jednotlivých sociálních skupin či osob. Dle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, sociální poradenství obsahuje základní činnosti, mezi které patří zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Osobní asistence - § 39

Osobní asistence je poskytována jedincům se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase, kdy je služba poskytována za úplatu (MPSV ČR, © 2015). Jak uvádí Novosad (2011b), cílem je pomoci zvládnout základní úkony, které obsahují zejména pomoc při zajištění chodu domácnosti, při sebeobsluze, stravování, kontaktu se společenským prostředím, pomoci při prosazování práv a zájmů.

Denní stacionář - § 46

Cílem denního stacionáře je zachovat či zlepšit kvalitu života uživatelů a poskytnout úlevu pečujícím osobám (Novosad, 2011b). Jak je uvedeno na webových stránkách MPSV ČR (© 2015), jedná se o ambulantní služby poskytované ve specializovaném zařízení jedincům se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Dle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, mezi základní činnosti řadíme pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Raná péče - § 54

Jedná se o terénní, případně ambulantní službu pro rodiče a dítě do sedmi let věku, které je buď zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen z důvodu nepříznivého zdravotního stavu (MPSV ČR, © 2015). Jak zmiňuje Šándorová (2015), raná péče představuje službu s komplexním servisem v oblasti poradenství, koordinované rehabilitace s interdisciplinární a mezirezortní participací. Jankovský píše (2014), raná podpora je poskytována dětem se zdravotním postižením a jejich rodičům, kdy má pomoci při prevenci vzniku zdravotního postižení a jeho možných důsledcích. Novosad (2011b) doplňuje, že raná péče zahrnuje vzdělávací a aktivizační programy, zácvik rodičů v domácí rehabilitaci, pomoc při prosazování práv, zprostředkování kompenzačních pomůcek, poskytování informací, poradenství a psychoterapii.

Sociálně terapeutické dílny - § 67

Na webových stránkách MPSV ČR (© 2015), je uvedeno, že sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby, jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Dle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, mezi základní činnosti patří pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy a nácvik činností vedoucích k sociálnímu začlenění. Novosad (2011b) zmiňuje, že socioterapeutické činnosti zahrnují formy psychoterapie a socioterapie.

Sociální rehabilitace - § 70

Dle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, je sociální rehabilitace definována jako soubor činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, přičemž mezi základní činnosti (ambulantní služby) patří nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Novosad (2011b) doplňuje, že se jedná o nácvik úkonů nezbytných pro samostatný život.

1.6 Centrum ARPIDA

Jak je uvedeno na webových stránkách centra ARPIDY, název je odvozen z počátečních písmen **A**kce, **R**ehabilitace, **P**omoc, **I**ntegrace, **D**obrovolnost a **A**gape (křesťanské pojetí lásky, sounáležitost, sdílení, solidarita), přičemž se jedná o nestátní neziskovou organizaci pracující na bázi občanského sdružení a obecně prospěšné společnosti, která vznikla bez finanční podpory státu v letech 1990 - 1993.

Centrum ARPIDA účelně propojuje a koordinuje péči zdravotní, sociální a výchovně vzdělávací (Jankovský, 2014). Tentýž autor uvádí, že zajišťuje odbornou činnost detekční, diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační, respitní, výchovně vzdělávací, zájmovou, poradenskou, metodickou, posudkovou a preventivní, včetně tzv. rané péče (podpory).

Na webových stránkách centra ARPIDY je uvedeno, že organizace klade důraz především na samostatnost a soběstačnost tak, aby jedinec mohl vést důstojný život, s co možná největší mírou zapojení do společnosti, kdy cílem organizace je dosažení pokud možno optimálního vývoje každého jednotlivého klienta ve smyslu jeho maximální možné soběstačnosti a integrace v jeho přirozeném sociálním prostředí, tedy především v rodině. Centrum ARPIDA poskytuje komplexní koordinovanou péči osobám s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením, kdy se jedná o služby zdravotní, vzdělávací, sociální a pracovní (ARPIDA, © 2014).

1.6.1 Nestátní zdravotnické zařízení

Nestátní zdravotnické zařízení při centru ARPIDA zajišťuje realizaci léčebných prostředků uceleného systému rehabilitace (Jankovský, 2014). Jak je uvedeno na webových stránkách centra ARPIDY, v rámci léčebné rehabilitace nabízí individuální léčebný tělocvik, skupinový léčebný tělocvik, ergoterapii, vodoléčbu, termoterapii, magnetoterapii, akupunkturu, arteterapii, muzikoterapii, animoterapii, bazální stimulaci klinickou logopedií psychologickou péčí a možnost využití „čtrnáctidenního intenzivního zdravotně sociálního programu“ pro rodiče a děti.

Jankovský (2014) píše, že těžiště nestátního zdravotnického zařízení spočívá zejména v léčebné tělesné výchově, kde je kladen důraz na Vojtovu metodu, a dále v ergoterapii. Tentýž autor zmiňuje efektivnost animoterapie, arteterapie a muzikoterapie, kdy za velmi přínosné pokládá „čtrnáctidenní intenzivně zdravotně sociální program“ pro rodiče a děti, který má mnohdy charakter rané péče.

Fyzioterapie

Léčebně rehabilitační péče je nabízena zejména v podobě individuálního léčebného tělocviku, vodoléčby, termoterapie, magnetoterapie, akupunktury a hipoterapie, přičemž fyzioterapeuté vytvářejí individuální terapeutický plán dle indikace lékaře a dále dle dohody s pacientem a jeho rodinou (ARPIDA, © 2014).

Ergoterapie

Na webových stránkách centra ARPIDY je uvedeno, že v ergoterapii je kladen důraz na celkový rozvoj klienta v oblasti hrubé a jemné motoriky, soběstačnosti a kognitivních funkcí, kdy ergoterapeuti úzce spolupracují s ostatními odborníky.

Klinická logopedie

Klinická logopedie v centru ARPIDA usiluje o řečovou reedukaci, při které kliničtí logopedi provádí logopedickou diagnostiku a depistáž poruch komunikace, dále pak podporu a rozvoj fyziologického vývoje a tvoření řeči (ARPIDA, © 2014).

1.6.2 Školy a školská zařízení

Školy a školská zařízení zajišťují výchovu a vzdělávání v rámci pedagogických prostředků uceleného systému rehabilitace, kde je žákům věnována komplexní koordinovaná péče, při níž je vedle prostředků pedagogických zajištěna realizace prostředků sociálních, léčebných a pracovních (Jankovský, 2014).

Jak je uvedeno na webových stránkách centra ARPIDY, v rámci pedagogické rehabilitace je nabízeno předškolní vzdělávání (mateřská škola, přípravný stupeň základní školy speciální), základní vzdělávání (základní škola pro tělesně postižené, základní škola praktická, základní škola speciální včetně rehabilitačního vzdělávacího

programu), střední vzdělávání (praktická škola dvouletá) a školská zařízení (speciálně pedagogické centrum, školní družina, stanice zájmových činností, školní jídelna). Díky existenci nízkého počtu žáků ve třídě spolu se zajištěním asistentů pedagoga je uplatňován individuální přístup ve výuce, přičemž pedagogičtí pracovníci jsou také osobními asistenty žáků (ARPIDA, © 2014).

Mateřská škola, základní škola, základní škola speciální a praktická škola dvouletá

Na webových stránkách centra ARPIDY je uvedeno, že mateřská škola je určena zpravidla pro děti od tří let věku s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením, které jsou rozděleny do třech tříd s kapacitou 30 žáků. Dále je zde zmiňováno, že základní škola pro tělesně postižené je určena pro žáky s tělesným (motorickým) postižením, má první stupeň vzdělávání s kapacitou 12 žáků. V základní škole praktické pro tělesně postižené jsou vzděláváni žáci s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením s kapacitou 40 žáků. Základní škola speciální, včetně rehabilitačního vzdělávacího programu, je určena pro žáky s těžkým kombinovaným postižením, přičemž má kapacitu 40 žáků a v praktické škole dvouleté jsou vzděláváni žáci, kteří absolvovali vzdělání v základní škole praktické nebo základní škole speciální při centru ARPIDA s kapacitou 12 žáků.

Speciálně pedagogické centrum

Jak uvádí Jankovský (2014), k největším přednostem činnosti speciálně pedagogického centra patří jeho mezioborová spolupráce, při které jsou poskytovány odborné služby dětem se zdravotním postižením a jejich rodičům, a dále to, že je zde zajišťována činnost detekční, diagnostická, terapeutická, poradenská a metodická. Na základě psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky je činnost zaměřena na podporu všestranného rozvoje dítěte, přičemž je činnost realizována ambulantními a terénními službami. (ARPIDA, © 2014)

1.6.3 Středisko sociálních služeb

Sociální prostředky uceleného systému rehabilitace tvoří jeden ze základních pilířů prostupující všemi oblastmi odborné činnosti, kdy sociální služby v centru ARPIDA jsou zajišťovány prostřednictvím následujících činností. (Jankovský, 2014).

Denní stacionář pro osoby s tělesným a hlubokým mentálním postižením

Sociální služba v denním stacionáři pro osoby s tělesným a hlubokým mentálním postižením je určena jedincům od 6 let do 40 let věku, kde je zde vytvářen prostor pro edukační činnost, bazální stimulaci, muzikoterapii, animoterapii, arteterapii, zážitkovou terapii, podporu komunikačních dovedností, podporu soběstačnosti a aktivity podporující sociální začleňování osob (ARPIDA, © 2014).

Denní stacionář pro osoby s tělesným a mentálním postižením

Na webových stránkách centra ARPIDY je uvedeno, že sociální služba v denním stacionáři pro osoby s tělesným a mentálním postižením je určena jedincům od 15 let do 40 let věku, kdy je program plánován s ohledem na individuální potřeby a zájmy uživatelů, přičemž mezi pravidelné činnosti patří Boccia, relaxační a pohybové činnosti, bazén, zpěv, doprovodná hra na hudební nástroje, výtvarná práce, práce na PC a další.

Osobní asistence pro děti, žáky a studenty škol při centru ARPIDA

Osobní asistence je určena pro děti, mládež a dospělé jedince s tělesným nebo kombinovaným postižením ve věku od 5 let do 26 let věku, kteří navštěvují školská zařízení a školy při centru ARPIDA, přičemž posláním je umožnit zapojení do vzdělávacích, terapeutických a aktivizačních činností a rozvíjení vlastních schopností, dovedností a kompetencí (ARPIDA, © 2014).

Raná péče

Na webových stránkách centra ARPIDY je uvedeno, že raná péče propojuje oblast sociální, výchovně vzdělávací a zdravotní, kdy se jedná o vyšetření lékařem specialistou, dále potom zařazení do programu intenzivní rehabilitace, speciální pedagogické a psychologické poradenství a intervenci, sociální péči a sociálně právní poradenství, předškolní vzdělávání a zařazení do speciálních škol při centru ARPIDA, intenzivní rehabilitační program pro rodiče s dětmi a ambulantní nebo terénní formu poskytování služeb.

Sociálně terapeutické dílny

Sociální služba je určena osobám s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením ve věku od 18 let do 64 let, kde je cílem vytvářet a upevňovat u jedinců základní pracovní návyky a dovednosti prostřednictvím sociálně pracovní terapie (ARPIDA, © 2014).

Sociální rehabilitace

Na webových stránkách centra ARPIDY je uvedeno, že cílovou skupinou jsou jedinci s lehkým a středním mentálním nebo kombinovaným postižením ve věku od 18 let do 40 let, kdy je sociální rehabilitace realizována v objektu modelového bydlení, a při které se uživatel služby ve spolupráci se sociálním pracovníkem připravuje na samostatný způsob života.

Základní sociální poradenství

Základní sociální poradenství nabízí ucelené informace v oblasti sociální, zdravotní, právní, bytové, v oblasti využívání kompenzačních pomůcek a aktivního využívání volného času (ARPIDA, © 2014).

1.6.4 Návazná podpora

Jak je uvedeno na webových stránkách centra ARPIDY, dospělí klienti centra mají možnost využít návaznou podporu, při které se seznámí s nabídkou jiných sociálních služeb. Jedná se o zprostředkování osobní asistence, chráněného bydlení nebo odlehčovacích služeb, hledání nových cvičných pracovišť nebo rekvalifikací, hledání pracovního uplatnění prostřednictvím tzv. chráněných dílen nebo zaměstnání na volném trhu práce.

V diplomové práci popisují pracovní rehabilitaci s ohledem na pracovní uplatnění jedinců se zdravotním postižením, buď na chráněném pracovním místě, v podporovaném zaměstnání nebo na volném trhu práce.

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem mé diplomové práce bylo:

- Zmapovat složky koordinované rehabilitace využívané u jedinců s DMO (kombinovanou disabilitou) v centru ARPIDA v Českých Budějovicích.
- Dílčím cílem diplomové práce bylo srovnat využití složek koordinované rehabilitace u jedinců do 15 let a u jedinců nad 15 let.

2.2 Hypotézy

- 1. hypotéza: U jedinců s DMO do 15 let je v centru ARPIDA více aplikována Vojtova metoda reflexní lokomoce oproti jedincům nad 15 let.
- 2. hypotéza: U jedinců s DMO nad 15 let je v centru ARPIDA více aplikována individuální léčebná tělesná výchova oproti jedincům do 15 let.
- 3. hypotéza: U jedinců s DMO v centru ARPIDA je v rámci léčebné rehabilitace více využívána Vojtova metoda reflexní lokomoce oproti individuální léčebné tělesné výchově.

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Vlastní výzkum diplomové práce probíhal formou kvantitativní výzkumu. K získání dat jsem použila metodu dotazování.

Jak uvádí Kozel, Mynářová a Svobodová (2011), účelem kvantitativního výzkumu je získání měřitelných dat. Gavora (2008) píše, že kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji, které se dají matematicky zpracovat, kdy je možné je sčítat, vypočítat průměr, vyjádřit je v procentech nebo použít další metody matematické statistiky, z nichž lze uvést vyjádření směrodatné odchylky, korelačního koeficientu a statisticky významného rozdílu mezi dvěma nebo více výsledky. Kozel, Mynářová a Svobodová (2011) zmiňují, že výzkum se zabývá tím, co již proběhlo, nebo tím, co se děje právě nyní a nejčastěji je používáno dotazování, pozorování a experiment. Gavora (2008) doplňuje, že cílem kvantitativního výzkumu je třídění údajů a vysvětlení příčin existence nebo změn jevů. K výhodám kvantitativního přístupu patří přehlednost, stručnost a syntetičnost výsledku, kdy cílem je, aby se s čísly pracovalo tak, aby měla náležitou výpovědní hodnotu (Chráška, 2007).

Jak zmiňuje Pelikán (2011), dotazník je nejpoužívanější výzkumnou technikou, při které je podstatou nejen zjišťování dat o respondentovi, ale i informace o jeho názorech a také postojích k dané problematice. Gavora (2008) uvádí, že dotazník má mít promyšlenou strukturu a jasně stanovený cíl, což je základní podmínkou plánovaného výzkumu. Pelikán (2011) doplňuje, že předností dotazníku je snadná administrace, ve které lze současně a stejnou formou oslovit velký počet respondentů. Disman (2006) však upozorňuje na skutečnost, při které negativní stránkou bývá jeho návratnost.

Vypracovaný dotazník (Příloha č. 1) se skládal z 38 otázek, z nichž bylo 21 otázek uzavřených, 12 polouzavřených a 5 otevřených. Jak uvádí Pelikán (2011), pro uzavřené otázky je charakteristické, že si respondent vybere jednu z nabízených variant, při které nemá možnost vlastní volby, což je opakem otázky otevřené. Tentýž autor zmiňuje, že u otázek polouzavřených je nabízeno více variant odpovědí.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření zaměřeného na zjištění složek koordinované rehabilitace, které se využívají u jedinců s DMO (kombinovanou disabilitou) v centru ARPIDA v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor tvořili jedinci s DMO (kombinovanou disabilitou), kteří navštěvují centrum ARPIDA, přičemž dotazníky vyplňovali jejich rodiče.

Výzkum se uskutečnil v období od 9. 3. 2016 do 29. 3. 2016. Jednotlivé otázky jsem konzultovala s vedením centra ARPIDA a jeho pracovníky, před tím než byl dotazník rozdán. Tímto krokem jsem se chtěla ujistit o tom, zda jsou dané otázky srozumitelné vzhledem k cíli a hypotézám diplomové práce. Poté jsem dotazníky rozdala ve spolupráci s pracovníkem centra ARPIDA rodičům s tím, že při nejasnostech mě mohou kontaktovat. K získání pokud možno nejvyšší návratnosti dotazníků jsem po týdnu kontaktovala pracovníka centra ARPIDA vzhledem k tomu, aby rodičům připomněl vyplnění dotazníku. Metodika k vyplnění dotazníku byla uvedena na jeho úvodní straně.

Velikost výzkumného vzorku byla zvolena po sečtení zdravotnické dokumentace. Bylo konstatováno, že centrum ARPIDY navštěvuje 110 jedincům s DMO. Během výzkumu jsem ovšem zjistila, že 25 jedinců není dlouhodobě přítomno. Dotazníky byly posléze rozdány 85 rodičům. Návratnost byla 39 dotazníků, což je 45,88% použitelných pro výzkum.

3.3 Etický aspekt výzkumu

Rodiče jedinců s DMO byli předem seznámeni se skutečností, že vypracovaný dotazník je anonymní. Souhlas s vyplněním dotazníků jsem dostala od vedení centra ARPIDA. V jeho záhlaví bylo uvedeno, že pokud rodiče chtějí získat výsledky výzkumu, mají uvést do dotazníku svoji e - mailovou adresu. Tímto krokem jsem chtěla umožnit rodičům zpětnou vazbu k získání informací, které byly zpracovány statistickým šetřením.

3.4 Zpracování dat

Dotazníkové šetření bylo vyhodnoceno a zpracováno za pomoci kontingenčních tabulek a sloupcových grafů. Hypotézy byly ověřeny pomocí testu dobré shody χ^2 - kvadrát.

Jak uvádí Chráska (2007), v kvantitativně orientovaných výzkumech získáváme velké množství číselných dat, které je nutné nejdříve zpracovat, abychom z nich mohli vyčíst potřebné informace. Cílem výzkumu není předložit velké množství čísel a statistických ukazatelů, ale naopak mají být předložena důležitá zjištění vedoucí k řešení problému (Kozel et al., 2006). Chráska (2007) zmiňuje, že je nutné řídit se při vyhodnocení výzkumu uspořádáním dat, grafickým znázorněním naměřených dat a výpočtem charakteristiky polohy a rozptýlení.

Výběr a vzhled tabulek se podřizuje tomu, aby měly vypovídající hodnotu a hlavní výsledky byly patrné na první pohled (Kozel, Mynářová a Svobodová, 2011). Kontingenční tabulky zachycují jednotlivé odpovědi respondentů, které jsou analyzovány v závislosti na rozdělení skupin (Kozel et al., 2006). Jak zmiňují Kozel, Mynářová a Svobodová (2011), u grafů je hlavním požadavkem jejich výsledná přehlednost a jednoduchost.

Jak uvádí Chráska (2007), test dobré shody χ^2 – kvadrát se využívá tam, kde se rozhodujeme o možnosti existence souvislosti mezi dvěma jevy, které jsou zachyceny pomocí nominálního měření, kdy test začíná formulováním nulové a alternativní hypotézy. Tentýž autor píše, že pravděpodobnost, při níž je nesprávně odmítnuta nulová hypotéza, je hladina významnosti, přičemž ve většině výzkumech se pracuje s hladinou významnosti 0,05 (5%) nebo 0,01 (1%). Kozel et al. (2006) zmiňuje, že výsledky testu zpravidla porovnááme s čísly 0,05 nebo 0,01 podle toho, zda chceme mít 95% nebo 99% jistotu správnosti testu.

4 Výsledky

4.1 Popisná statistika

Data z dotazníkového šetření byla vyhodnocena popisnou statistikou za pomoci programu Microsoft Office Excel 2013. Ke znázornění a zpřehlednění byly využity kontingenční tabulky a sloupcové grafy. Početní hodnoty kontingenčních tabulek byly ve výpočtech zaokrouhleny na dvě desetinná místa. Testovací kritérium pro test dobré shody Chí – kvadrát bylo vypočteno na čtyři desetinná místa.

Otázka č. 4: Věk člena rodiny, který navštěvuje centrum ARPIDA?

Tabulka 1: Kontingenční tabulka popisující věkovou skladbu jedinců s DMO

věk do 15 let	věk nad 15 let	celkový součet
22	17	39

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

V tabulce 1 je zobrazena věková struktura jedinců s DMO v centru ARPIDA. V souboru respondentů tvořila skupina do 15 let 22 (56,41%) jedinců a ve skupině nad 15 let jich bylo 17 (43,58%). Hodnota testu dobré shody Chí – kvadrát nespecifická.

Otázka č. 1: O centru ARPIDA jsem se dozvěděl/la?

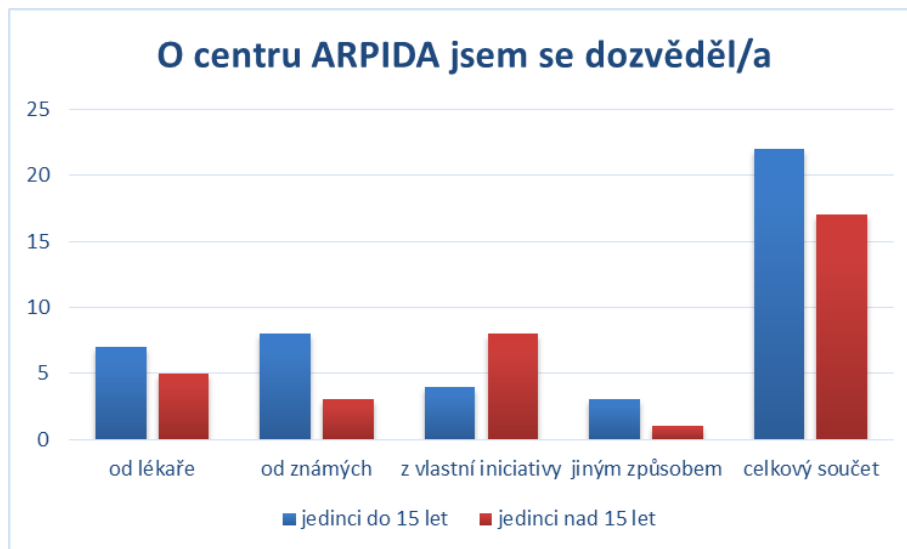
Tabulka 2: Kontingenční tabulka popisující jak se rodiče dozvěděli o centru ARPIDA

	od lékaře	od známých	z vlastní iniciativy	jiným způsobem	celkový součet
jedinci do 15 let	7	8	4	3	22
jedinci nad 15 let	5	3	8	1	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 2 popisuje jak se rodiče o centru ARPIDA dozvěděli. Ve skupině do 15 let se jich dozvědělo o centru ARPIDA od lékaře 7 (31,81%), od známých 8 (36,36%), z vlastní iniciativy 4 (18,18%) a jiným způsobem 3 (13,63%). Ve skupině nad 15 let se dozvědělo o centru ARPIDA od lékaře 5 (29,41%), od známých 3 (17,64%), z vlastní

iniciativy 8 (47,05%) a jiným způsobem 1 (5,88%). Hodnota Chí – kvadrát testu dobré shody nespecifická. Přehledně zobrazeno v obrázku 1.



Obrázek 1: Znázorňuje, jak se rodiče dozvěděli o centru ARPIDA

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

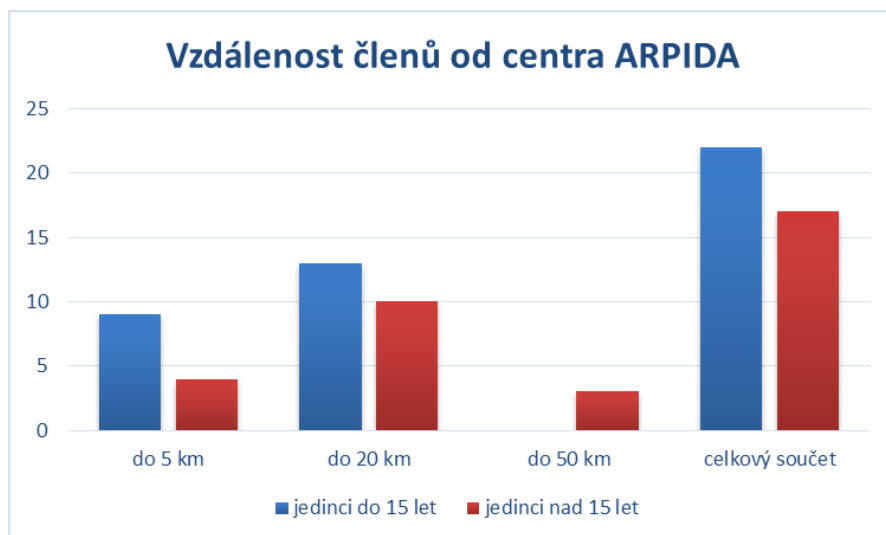
Otázka č. 2: Vzdálenost, kterou člen rodiny dojíždí do centra ARPIDA?

Tabulka 3: Kontingenční tabulka znázorňující vzdálenost dojíždění do centra ARPIDA

	do 5 km	do 20 km	do 50 km	celkový součet
jedinci do 15 let	9	13	0	22
jedinci nad 15 let	4	10	3	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 3 znázorňuje vzdálenost dojíždění do centra ARPIDA. Z jedinců do 15 let jich dojíždí do centra ARPIDA na vzdálenost do 5 km 9 (40,90%) a do 20 km 13 (59,09%). Z jedinců nad 15 let jich dojíždí do 5 km 4 (23,52%), do 20 km 10 (58,82%) a do 50 km 3 (17,64%). Hodnota testu dobré shody Chí – kvadrát nespecifická. Přehledně zobrazeno v obrázku 2.



Obrázek 2: Znázornění vzdálenosti dojíždění od centra ARPIDA

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

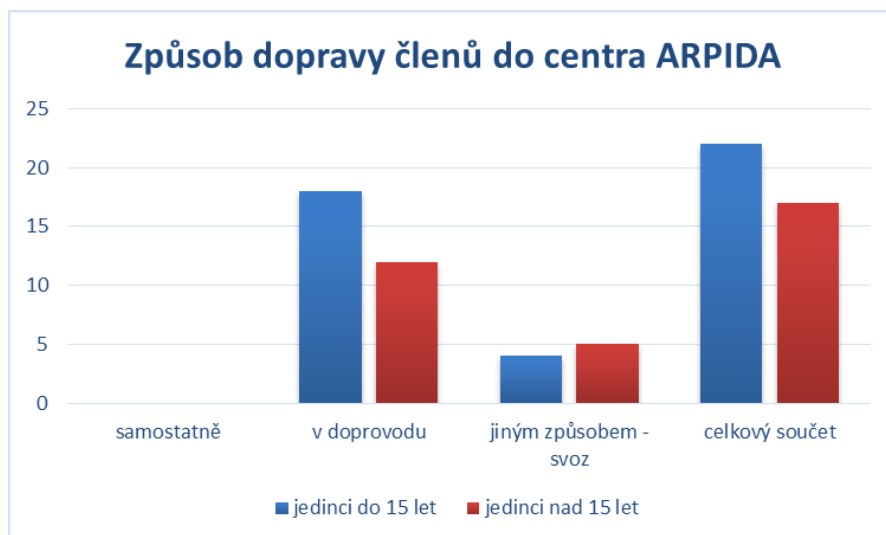
Otázka č. 3: Člen rodiny se do centra ARPIDA dopravuje

Tabulka 4: Kontingenční tabulka zachycující způsob dopravy do centra ARPIDA

	samostatně	v doprovodu	jiným způsobem svoz	celkový součet
jedinci do 15 let	0	18	4	22
jedinci nad 15 let	0	12	5	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 4 zachycuje způsob dopravy do centra ARPIDA. Z jedinců do 15 let jich dojíždí do centra ARPIDA v doprovodu 18 (81,81%) a svozem 4 (18,18%). Z jedinců nad 15 let jich dojíždí v doprovodu 12 (70,58%), svozem pak 5 (29,41%). Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespecifická. Znázorněno v obrázku 3.



Obrázek 3: Znázornění dopravy do centra ARPIDA

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

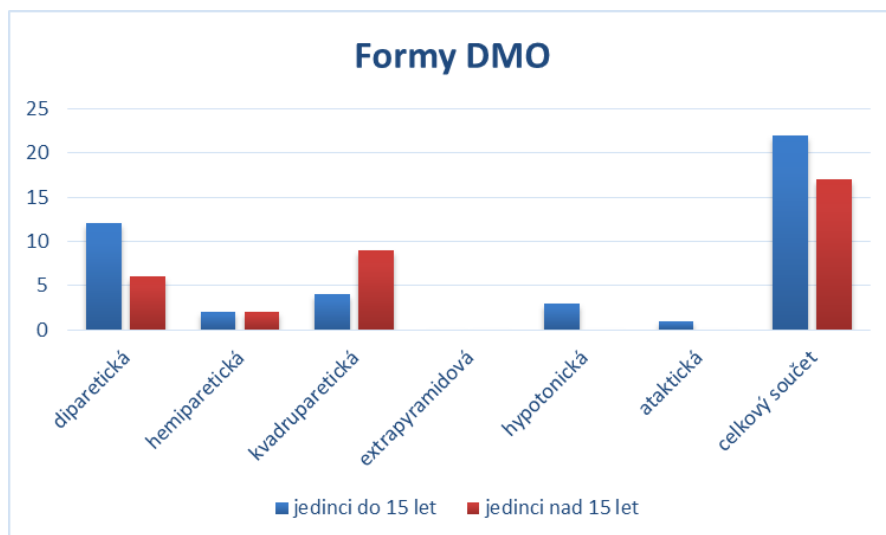
Otázka č. 5 A: Forma DMO, pro kterou člen rodiny navštěvuje centrum ARPIDA?

Tabulka 5: Kontingenční tabulka zachycující formy DMO u členů rodiny

	diparetická	hemiparetická	kvadruparetická	extrapyramidová	hypotonická	ataktická	celkový součet
jedinci do 15 let	12	2	4	0	3	1	22
jedinci nad 15 let	6	2	9	0	0	0	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 5 zachycuje formy DMO u jedinců v centru ARPIDA. Ve skupině do 15 let má diparetickou formu DMO 12 (54,54%) jedinců, hemiparetickou 2 (9,09%), kvadruparetickou 4 (18,18%), extrapyramidovou 0 (0,00%), hypotonickou 3 (13,63%), formu ataktickou 1 (4,54%) jedinec. Ve skupině nad 15 let má diparetickou formu DMO 6 (35,29%) jedinců, hemiparetickou 2 (11,76%), kvadruparetickou 9 (52,94%), extrapyramidovou 0 (0,00%), hypotonickou 0 (0,00%) a formu ataktickou 0 (0,00%). Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespecifická. Zobrazeno v obrázku 4.



Obrázek 4: Grafické zastoupení forem DMO

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

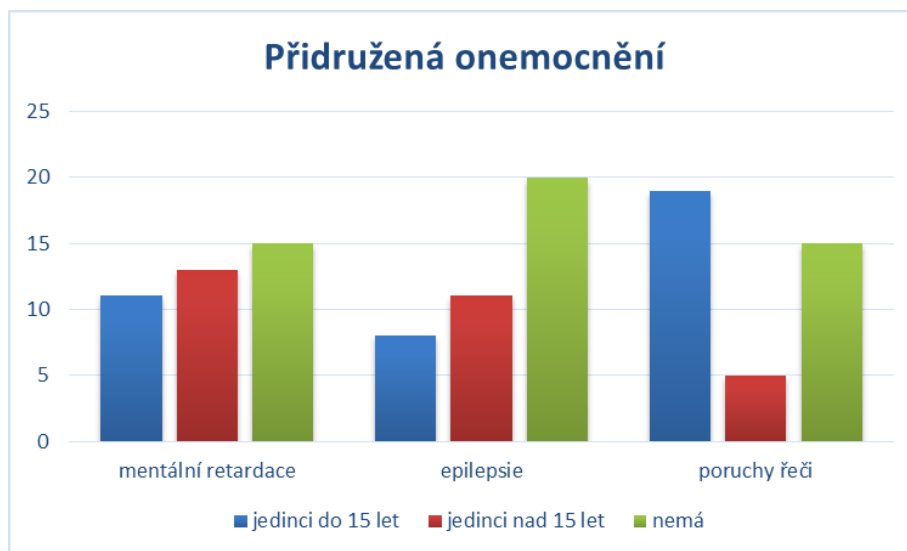
Otázka č. 5 B: Jiná přidružená onemocnění k základní diagnóze?

Tabulka 6: Kontingenční tabulka popisující přidružená onemocnění k DMO

	mentální retardace	epilepsie	poruchy řeči
jedinci do 15 let	11	8	19
jedinci nad 15 let	13	11	5
nevyskytují se	15	20	15

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 6 popisuje přidružená onemocnění k DMO. Ve skupině do 15 let se vyskytovala mentální retardace u 11 (50,00%), epilepsie u 8 (36,36%) a poruchy řeči u 19 (86,36%) jedinců. Ve skupině nad 15 let se vyskytovalo 13 (76,47%) jedinců s mentální retardací, 11 (64,70%) s epilepsií a 5 (29,41%) s poruchou řeči. Hodnota χ^2 - kvadrát testu dobré shody nespécifická. Zobrazeno v obrázku 5.



Obrázek 5: Znázornění přidružených onemocnění k DMO

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

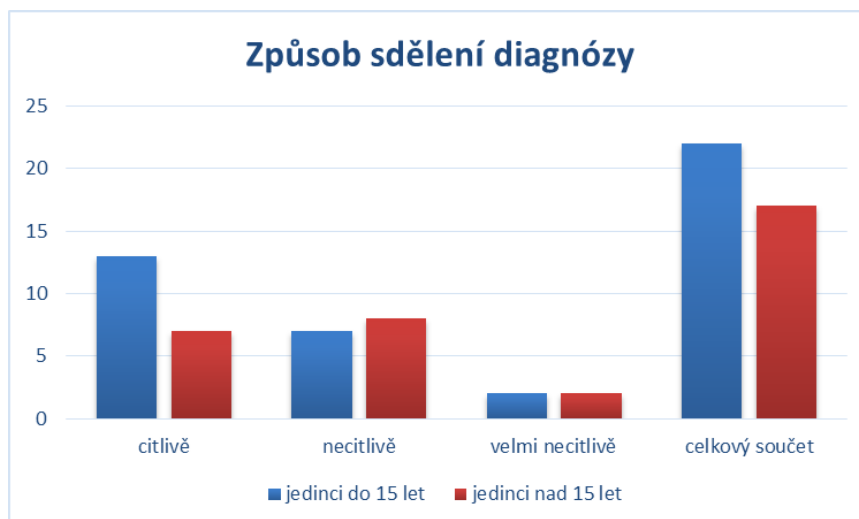
Otázka č. 6: Diagnóza člena rodiny Vám byla sdělena

Tabulka 7: Kontingenční tabulka zachycující způsob sdělení diagnózy

	citlivě	necitlivě	velmi necitlivě	celkový součet
jedinci do 15 let	13	7	2	22
jedinci nad 15 let	7	8	2	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 7 zachycuje sdělení diagnózy rodičům. V souboru jedinců do 15 let byla 13 (59,09%) rodičům sdělena diagnóza citlivě, 7 (31,81%) necitlivě a 2 (9,09%) velmi necitlivě. V souboru jedinců nad 15 let byla 7 (41,17%) rodičům sdělena diagnóza citlivě, 8 (47,05%) necitlivě a 2 (11,76%) velmi necitlivě. Hodnota testu dobré shody Chí – kvadrát nespecifická. Zobrazeno v obrázku 6.



Obrázek 6: Znázornění způsobu sdělení diagnózy

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 7: Člen rodiny dochází do centra ARPIDA

Tabulka 8: Kontingenční tabulka znázorňující návštěvnost centra ARPIDA

	jednorázově	dlouhodobě
jedinci do 15 let	0	22
jedinci nad 15 let	0	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 8 znázorňuje, že v obou skupinách dochází jedinci do centra ARPIDA dlouhodobě. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespecifická.

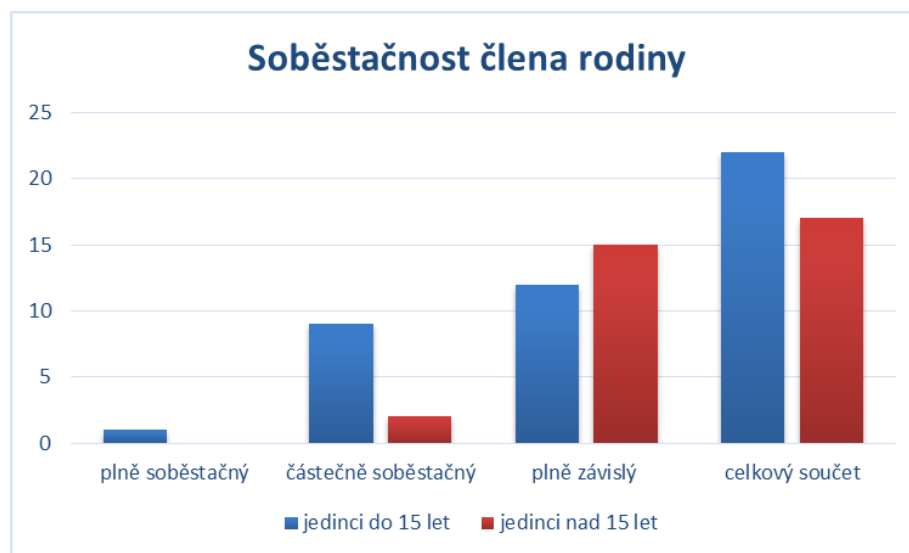
Otázka č. 8: Soběstačnost člena rodiny

Tabulka 9: Kontingenční tabulka popisující soběstačnost člena rodiny

	plně soběstačný	částečně soběstačný	plně závislý	celkový součet
jedinci do 15 let	1	9	12	22
jedinci nad 15 let	0	2	15	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 9 zachycuje soběstačnost člena rodiny. Ve skupině do 15 let je plně soběstačný 1 (4,54%), částečně soběstačných je 9 (40,90%) a plně závislých 12 (54,54%) jedinců. Ve skupině nad 15 let je plně soběstačných 0 jedinec (0,00%), částečně soběstačných 2 (11,76%) a plně závislých 15 (88,23%) jedinců. Hodnota χ^2 – kvadrát testu dobré shody nespecifická. Přehledně zobrazuje obrázku 7.



Obrázek 7: Znázornění soběstačnosti člena rodiny

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 9 B: Využití uvedených složek léčebné rehabilitace (ergoterapie, hipoterapie, canisterapie, individuální a skupinová muzikoterapie)

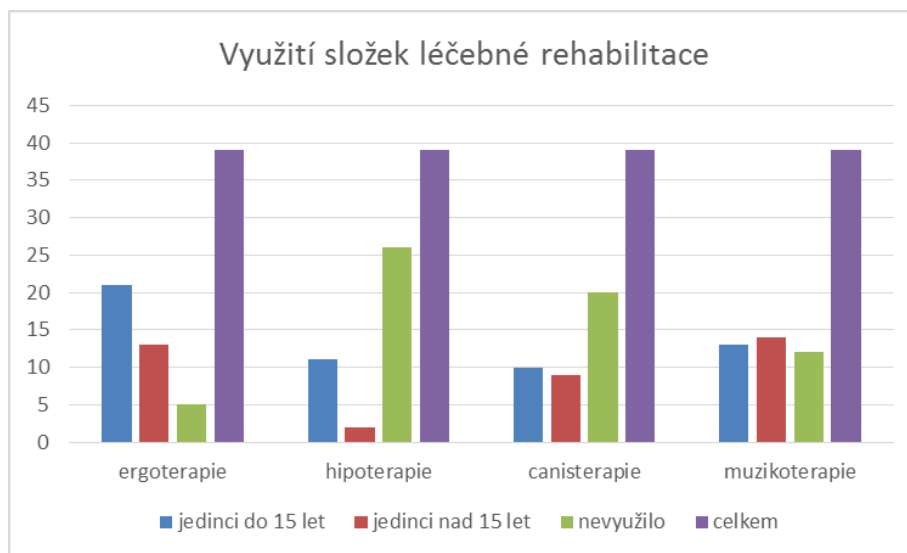
Tabulka 10: Kontingenční tabulka znázorňující využití složek léčebné rehabilitace

	ergoterapie	hippoterapie	canisterapie	muzikoterapie
jedinci do 15 let	21	11	10	13
jedinci nad 15 let	13	2	9	14
nevyužilo	5	26	20	12
celkový součet	39	39	39	39

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 10 zobrazuje uvedené složky léčebné rehabilitace, které se využívají v centru ARPIDA. Ve skupině do 15 let využilo ergoterapii 21 (95,45%), hipoterapii 11

(50,00%), canisterapii 10 (45,45%) a muzikoterapii 13 (59,09%) jedinců. Ve skupině nad 15 let využilo ergoterapii 13 (76,47%), hippoterapii 2 (11,76%), canisterapii 9 (52,94%) a muzikoterapii 14 (82,35%) jedinců. Hodnota χ^2 – kvadrát testu dobré shody nespecifická. Přehledně zobrazeno v obrázku 8.



Obrázek 8: Zastoupení složek léčebné rehabilitace

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 9 C: Využití uvedených složek léčebné rehabilitace (arteterapie, bazální stimulace, plavání v bazénu, fyzikální terapie)

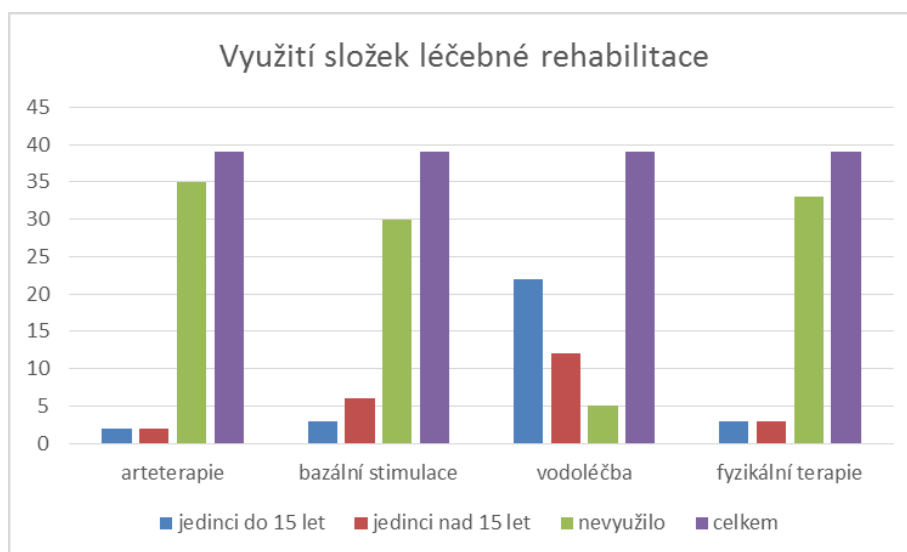
Tabulka 11: Kontingenční tabulka znázorňující využití složek léčebné rehabilitace

	arteterapie	bazální stimulace	vodoléčba	fyzikální terapie
jedinci do 15 let	2	3	22	3
jedinci nad 15 let	2	6	12	3
nevyužilo	35	30	5	33
celkem	39	39	39	39

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 11 zachycuje uvedené složky léčebné rehabilitace. Ve skupině do 15 let využili arteterapii 2 (9,09%), bazální stimulaci 3 (13,63%), vodoléčbu 22 (100,00%) a fyzikální

terapii 3 (13,63%) jedinci. Ve skupině nad 15 let využili arteterapii 2 (11,76%), bazální stimulaci 6 (35,29%), vodoléčbu 12 (70,58%) a fyzikální terapii 3 (17,64%) jedinci. Hodnota testu dobré shody Chí – kvadrát nespecifická. Znázorněno v obrázku 9.



Obrázek 9: Zastoupení složek léčebné rehabilitace

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

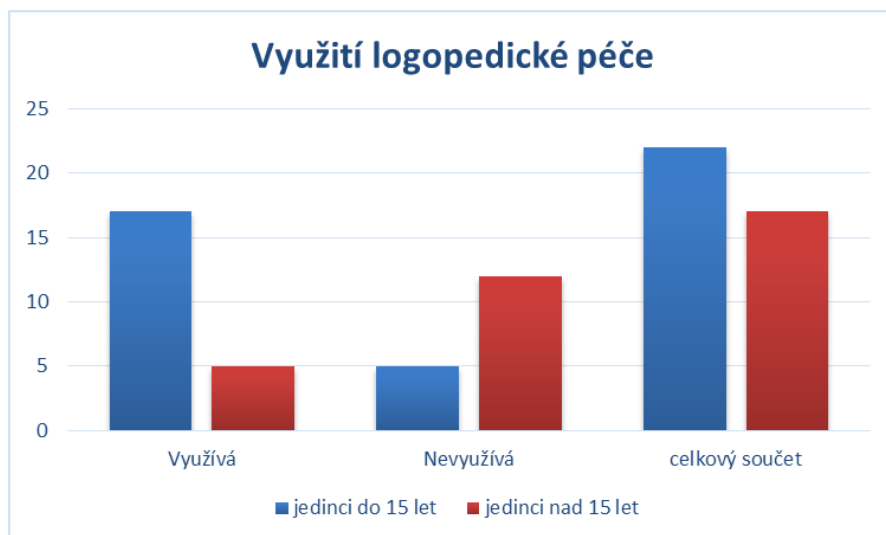
Otázka č. 10: Využívá člen rodiny logopedické péče?

Tabulka 12: Kontingenční tabulka popisující logopedickou péči

	využívá	nevyužívá	celkový součet
jedinci do 15 let	17	5	22
jedinci nad 15 let	5	12	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 12 popisuje využití logopedické péče. Ze skupiny do 15 let využilo logopedickou péči 17 (77,27%) jedinců. Ve skupině nad 15 let využilo logopedickou péči 5 (29,41%) jedinců. Hodnota testu dobré shody Chí – kvadrát nespecifická. Zobrazeno v obrázku 10.



Obrázek 10: Znárodnění využití logopedické péče

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 11: Využívá člen rodiny psychologickou péči?

Tabulka 13: Kontingenční tabulka popisující psychologickou péči

	využívá	nevyužívá	celkový součet
jedinci do 15 let	11	11	22
jedinci nad 15 let	5	12	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 13 zobrazuje využití psychologické péče, kterou využívá 11 (50,00%) jedinců do 15 let a 5 (29,41%) jedinců nad 15 let věku. Hodnota χ^2 – kvadrát testu dobré shody nespecifická. Přehledně zachyceno v obrázku 11.



Obrázek 11: Znárodnění využití psychologické péče

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 12: Víte co je to „čtrnáctidenní–zdravotně sociální program“?

Tabulka 14: Kontingenční tabulka popisující znalost programu

	ano	ne	z toho ho využilo
jedinci do 15 let	8	14	1
jedinci nad 15 let	8	9	3

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 14 popisuje znalost „čtrnáctidenního zdravotně sociálního programu“ pro rodiče a děti. Znalost čtrnáctidenního-zdravotně sociálního programu deklarovalo 8 (36,36%) rodičů ve skupině do 15 let a 8 (47,05%) rodičů ve skupině nad 15 let věku. Většina v obou skupinách tedy o tomto programu nebyla informována. Zdravotně sociálního programu využil 1 (4,54%) jedinec ve věku do 15 let a 3 (17,64%) jedinci nad 15 let věku. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespecifická. Zobrazeno v obrázku 12.



Obrázek 12: Znázornění znalosti programu

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

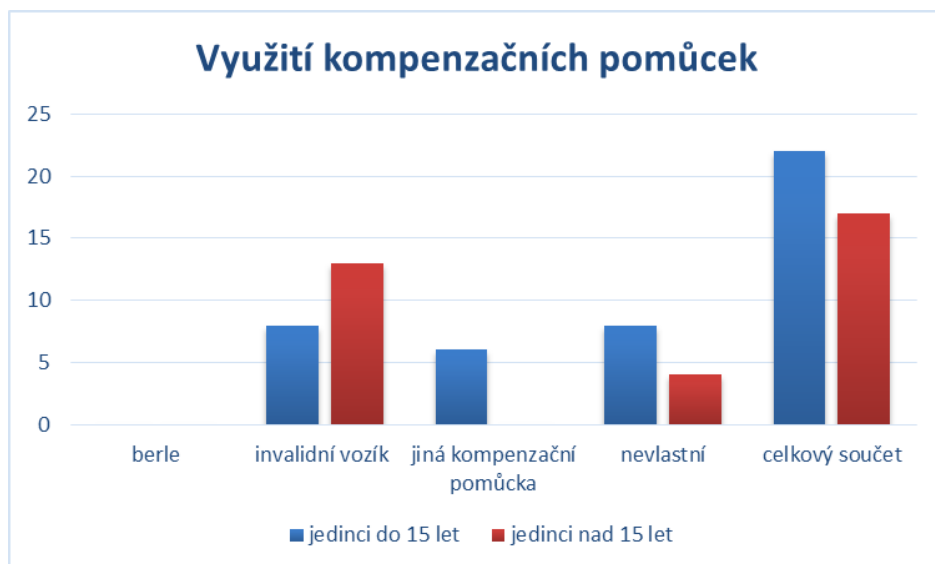
Otázka 14: Vlastní člen rodiny kompenzační pomůcku?

Tabulka 15: Kontingenční tabulka znázorňující využití kompenzačních pomůcek

	berle	invalidní vozík	jiná kompenzační pomůcka	nevlastní	celkový součet
jedinci do 15 let	0	8	6	8	22
jedinci nad 15 let	0	13	0	4	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 15 zachycuje využití kompenzačních pomůcek u jedinců s DMO. Jako kompenzační pomůcku ve skupině do 15 let věku využilo berle 0 (0,00%), invalidní vozík 8 (47,05%) a jiné kompenzační pomůcky 6 (35,29%) jedinců. Ve skupině nad 15 let pak využilo berle 0 (0,00%), invalidní vozík 13 (76,47%) a jinou kompenzační pomůcku 0 (0,00%) jedinců. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespécifická. Přehledně zobrazeno v obrázku 13.



Obrázek 13: Znázornění využití kompenzačních pomůcek

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

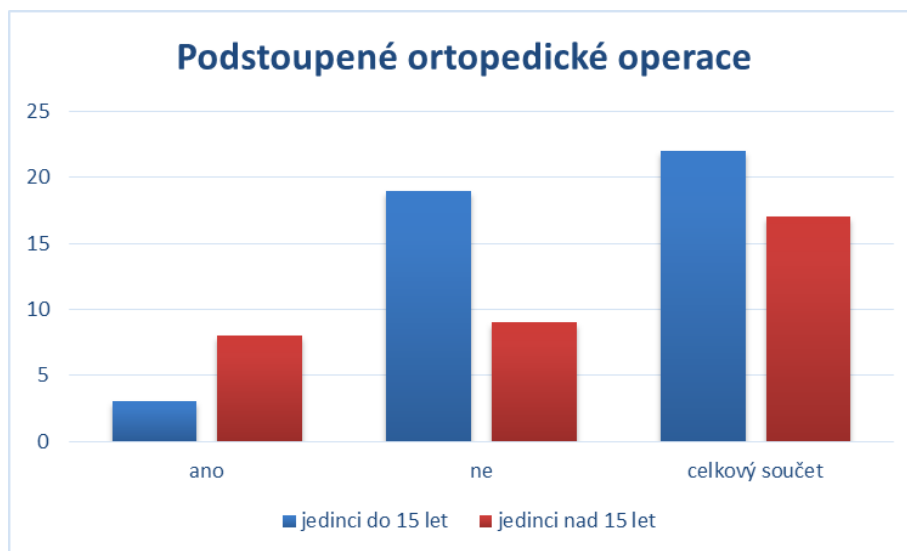
Otázka č. 15: Podstoupil člen rodiny ortopedickou operaci vzhledem k základní diagnóze?

Tabulka 16: Kontingenční tabulka zachycující podstoupení ortopedické operace

	ano	ne	celkový součet
jedinci do 15 let	3	19	22
jedinci nad 15 let	8	9	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 16 popisuje podstoupení ortopedické operace vzhledem k základní diagnóze DMO. Ve skupině jedinců do 15 let věku podstoupili ortopedickou operaci 3 (13,63%), ve skupině nad 15 let 8 (47,05%) jedinců. Hodnota testu dobré shody Chí – kvadrát nespécifická. Znázorněno v obrázku 14.



Obrázek 14: Znázornění podstoupení ortopedické operace

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

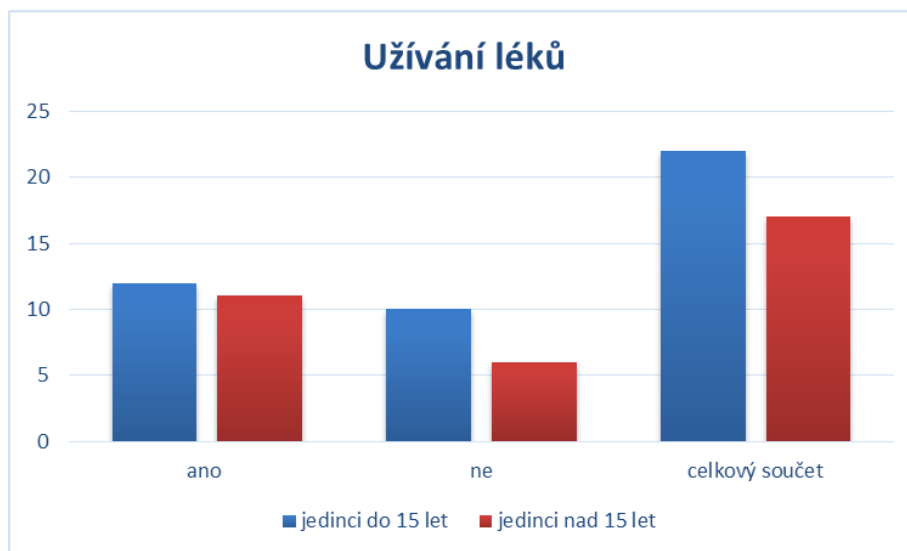
Otázka č. 16: Užívá člen rodiny pravidelně nějaké léky?

Tabulka 17: Kontingenční tabulka popisující užívání léků

	ano	ne	celkový součet
jedinci do 15 let	12	10	22
jedinci nad 15 let	11	6	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 17 popisuje u jedinců s DMO pravidelné užívání léků. Ve skupině jedinců do 15 let věku pravidelně užívá léky 12 (54,54%) z nich, ve skupině nad 15 let potom 11 (64,70%) jedinců. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespécifická. Přehledně zachycuje obrázek 15.



Obrázek 15: Znárodnění užívání léků

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

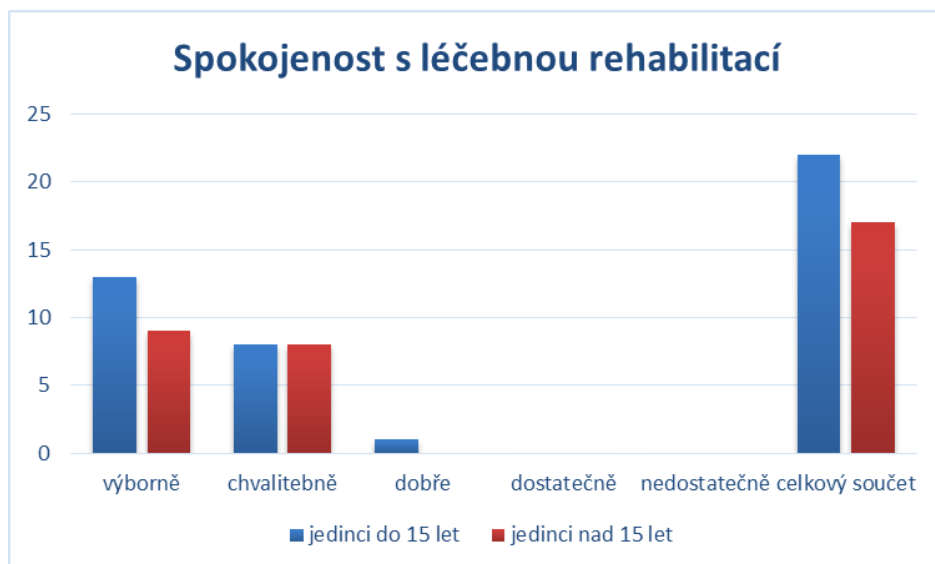
Otázka č. 17: Spokojenost s léčebnou rehabilitací

Tabulka 18: Kontingenční tabulka popisující míru spokojenosti s léčebnou rehabilitací

	výborně	chvalitebně	dobře	dostatečně	nedostatečně	celkový součet
jedinci do 15 let	13	8	1	0	0	22
jedinci nad 15 let	9	8	0	0	0	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 18 zachycuje spokojenost s léčebnou rehabilitací v centru ARPIDA. Spokojenost s léčebnou rehabilitací byla hodnocena jako školní stupnice. Ve skupině do 15 let věku ji výborně hodnotilo 13 (59,09%) rodičů, chvalitebně 8 (36,36%) a dobře 1 (4,54%) rodič. Ve skupině nad 15 let potom hodnotilo výbornou 9 (52,94%) rodičů a chvalitebně 8 (47,05%) rodičů, žádný potom neudělil známku dobře. V obou skupinách se nevyskytovalo hodnocení dostatečně nebo nedostatečně. Hodnota testu dobré shody Chí – kvadrát nespecifická. Znárodněno v obrázku 16.



Obrázek 16: Znázornění spokojenosti s léčebnou rehabilitací

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 19: Využití uvedených složek pedagogické rehabilitace

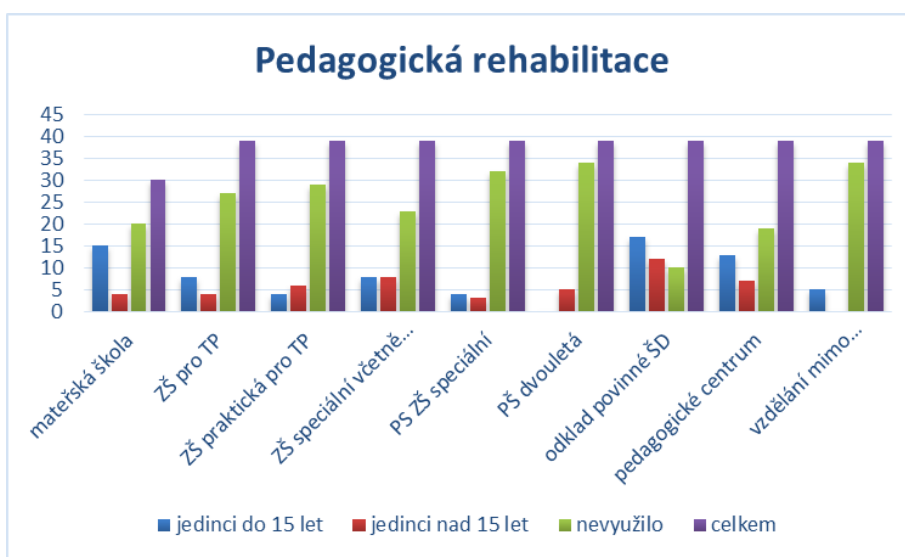
Tabulka 19: Kontingenční tabulka popisující využití složek pedagogické rehabilitace

	mateřská škola	ZŠ pro TP	ZŠ praktická pro TP	ZŠ speciální včetně RHB programu	PS ZŠ speciální	PŠ dvouletá	odklad povinné ŠD	pedagogické centrum	vzdělání mimo centrum ARPIDA
jedinci do 15 let	15	8	4	8	4	0	17	13	5
jedinci nad 15 let	4	4	6	8	3	5	12	7	0
nevyužilo	20	27	29	23	32	34	10	19	34
celkem	39	39	39	39	39	39	39	39	39

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

V tabulce 19 je zachyceno využití složek pedagogické rehabilitace. Ve skupině do 15 let využilo ze složek pedagogické rehabilitace mateřskou školu 15 (68,18%) jedinců, ZŠ

pro TP 8 (36,36%), ZŠ praktickou pro TP 4 (18,18%), ZŠ speciální včetně RHB programu 8 (36,36%), PS ZŠ speciální 4 (18,18%), PŠ dvouletou 0 (0,00%), odklad povinné ŠD 17 (77,27%), pedagogické centrum 13 (59,09%) a vzdělání mimo centrum ARPIDA 5 (22,72%) jedinců. Ve skupině nad 15 let využili ze složek pedagogické rehabilitace mateřskou školu 4 jedinci (23,52%), ZŠ pro TP 4 (23,52%), ZŠ praktickou pro TP 6 (35,29%), ZŠ speciální včetně RHB programu 8 (47,05%), PS ZŠ speciální 3 (17,64%), PŠ dvouletou 5 (29,41%), odklad povinné ŠD 12 (70,58%), pedagogické centrum 7 (41,17%) a vzdělání mimo centrum ARPIDA 0 (0,00%) jedinců. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespecifická. Zobrazeno v obrázku 17.



Obrázek 17: Znárodnění využití pedagogické rehabilitace

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

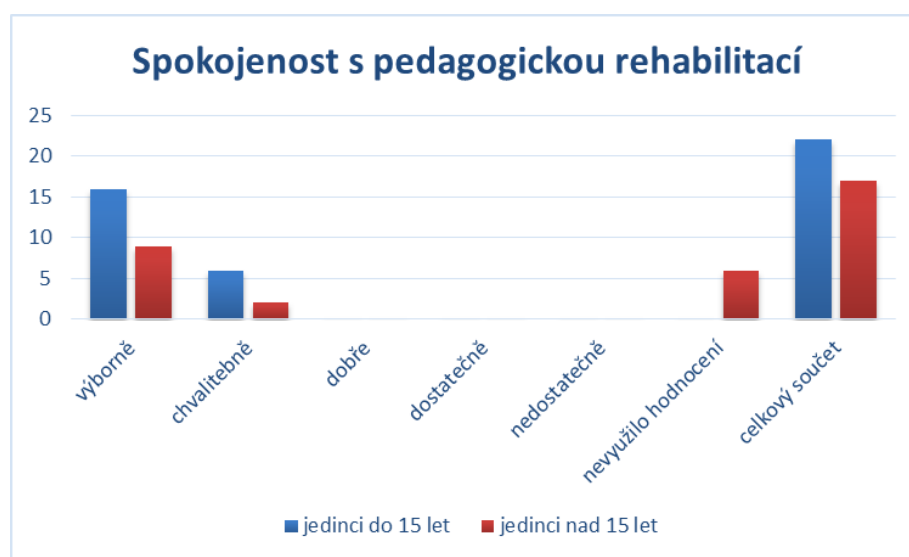
Otázka č. 20: Spokojenost s pedagogickou rehabilitací

Tabulka 20: Kontingenční tabulka popisující spokojenost s pedagogickou rehabilitací

	výborně	chvalitebně	dobře	dostatečně	nedostatečně	nevyžilo	celkový hodnocení součet
jedinci do 15 let	16	6	0	0	0	0	22
jedinci nad 15 let	9	2	0	0	0	6	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 20 popisuje spojenost s pedagogickou rehabilitací v centru ARPIDA. Ve skupině do 15 let věku hodnotilo spokojenost s pedagogickou rehabilitací známkou výborně 16 (72,72%) rodičů a známkou chvalitebně 6 (27,27%) rodičů, a to za situace, kdy hodnocení dobře, dostatečně a nedostatečně nepoužili. Ve skupině nad 15 let věku hodnotilo spokojenost s pedagogickou rehabilitací známkou výborně 9 (52,94%) rodičů a známkou chvalitebně 2 (11,76%), a to za situace, že hodnocení dobře, dostatečně a nedostatečně nepoužili. 6 (35,29%) rodičů ve skupině nad 15 let nevyužilo hodnocení. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespecifická. Znázorněno v obrázku 18.



Obrázek 18: Znázornění spokojenosti s pedagogickou rehabilitací

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

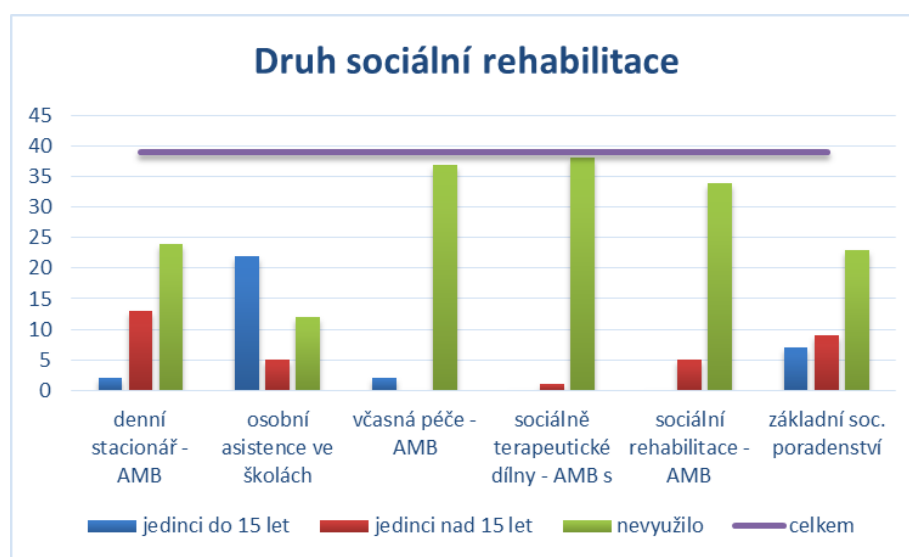
Otázka č. 22: Využití uvedených složek sociální rehabilitace

Tabulka 21: Kontingenční tabulka popisující využití složek sociální rehabilitace

	denní stacionář	osobní asistence ve školách	raná péče	sociálně terapeutické dílny	sociální rehabilitace	základní soc. poradenství
jedinci do 15 let	2	22	2	0	0	7
jedinci nad 15 let	13	5	0	1	5	9
nevyužilo	24	12	37	38	34	23
celkem	39	39	39	39	39	39

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 21 zachycuje využití složek sociální rehabilitace v centru ARPIDA. Ve skupině do 15 let věku využili denní stacionář 2 (9,09%) jedinci, osobní asistenci ve školách 22 (100,00%), ranou péči 2 (9,09%), základní sociální poradenství 7 (31,80%) jedinců. Nikdo potom nevyužil sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitaci. Ve skupině nad 15 let věku využilo denní stacionář 13 (76,47%) jedinců, osobní asistenci ve školách 5 (29,41%), ranou péči 0 (0,00%), sociálně terapeutické dílny 1 (5,88%), sociální rehabilitaci 5 (29,41%) a základní sociální poradenství 9 (52,94%) jedinců. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespecifická. Přehledně zobrazeno v obrázku 19.



Obrázek 19: Znázornění využití složek sociální rehabilitace

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

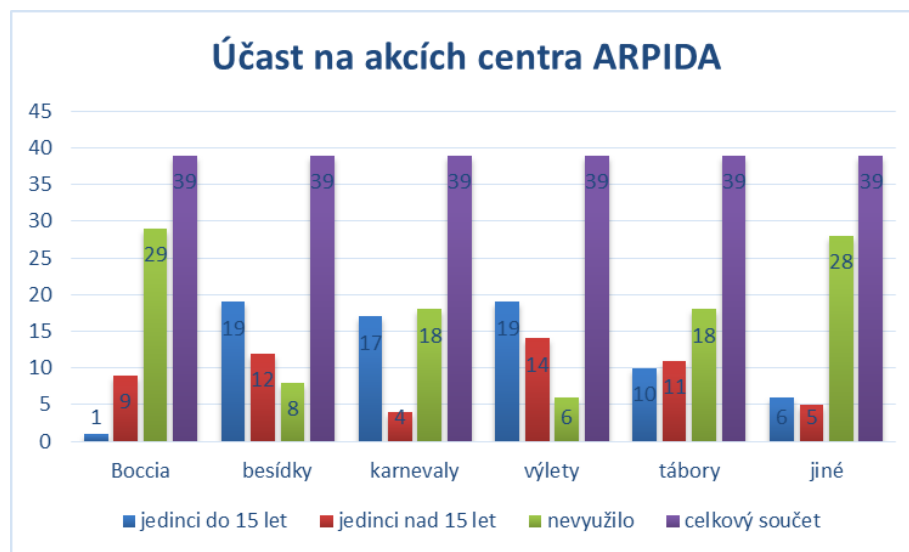
Otázka č. 23: Účastní se člen rodiny akcí v centru ARPIDA?

Tabulka 22: Kontingenční tabulka znázorňující účast na akcích v centru ARPIDA

	Boccia	besídky	karnevaly	výlety	tábory	jiné
jedinci do 15 let	1	19	17	19	10	6
jedinci nad 15 let	9	12	4	14	11	5
nevyužilo	29	8	18	6	18	28
celkový součet	39	39	39	39	39	39

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

V tabulce 22 je zachycena účast jedinců s DMO na akcích, které pořádá centrum ARPIDA. Ve skupině jedinců do 15 let se účastnili Boccia 1 (4,54%), besídek 19 (86,36%), karnevalů 17 (77,27%), výletů 19 (86,36%), táborů 10 (45,45%) a jiných akcí 6 jedinců (27,27%). Z jedinců nad 15 let věku se účastnilo Boccia 9 (52,94%), besídek 12 (70,58%), karnevalů 4 (23,52%), výletů 14 (82,35%), táborů 11 (64,70%) a jiných akcí 5 jedinců (29,41%). Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespécifická. Zobrazeno v obrázku 20.



Obrázek 20: Znázornění účasti na akcích centra ARPIDA

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 24: Člen rodiny bydlí

Tabulka 23: Kontingenční tabulka popisující jakým způsobem bydlí člen rodiny

	Sám	s rodiči	jiným způsobem
jedinci do 15 let	0	22	0
jedinci nad 15 let	0	17	0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 23 popisuje způsob, jakým bydlí jedinec s DMO navštěvující centrum ARPIDA. V obou věkových skupinách bydlí všichni členové s rodiči. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespécifická.

Otázka č. 25: Členu rodiny byl přiznán příspěvek na péči

Tabulka 24: Kontingenční tabulka popisující přiznání příspěvku na péči

	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň	celkový součet
jedinci do 15 let	1	3	5	13	22
jedinci nad 15 let	0	1	3	13	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 24 popisuje, jaký stupeň příspěvku na péči byl jedinci s DMO přiznán. Ve skupině do 15 let příspěvek I. stupně obdržel 1 (4,54%), II. stupně 3 (13,63%), III. stupně 5 (22,72) a IV. stupně 13 (59,50%) jedinců. Ve skupině nad 15 let to potom nebyl pro I. stupeň žádný jedinec, pro stupeň II. 1 (5,88%), pro stupeň III. 3 (17,64%) a pro stupeň IV. 13 (76,47%) jedinců. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespecifická. Přehledně zobrazuje obrázek 21.



Obrázek 21: Znárodnění přiznání příspěvku na péči

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013

Otázka č. 26: Pobírá člen rodiny dávky sociálního zabezpečení

Tabulka 25: Kontingenční tabulka popisující pobírání dávek sociálního zabezpečení

	invalidní důchod	dávky státní sociální podpory	dávky v hmotné nouzi
jedinci do 15 let	1	1	0
jedinci nad 15 let	15	4	0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 25 popisuje, jakou dávku sociálního zabezpečení pobírá jedinec s DMO v centru ARPIDA. Pobírání dávek sociálního zabezpečení ve skupině do 15 let bylo invalidní důchod 1 (4,54%) a státní sociální podpora 1 (4,54%) jedinec. Ve skupině nad 15 let byl potom nejvíce vyplácen invalidní důchod 15 (88,23%) jedinců a dávek státní sociální podpory 4 (23,59%). V obou skupinách nikdo nepobíral dávky v hmotné nouzi. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespecifická. Zobrazeno v obrázku 22.



Obrázek 22: Znázornění pobírání dávek sociálního zabezpečení

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 27: Využívá člen rodiny výhody pro zdravotně postižené

Tabulka 26: Kontingenční tabulka popisující využívání výhod pro zdravotně postižené

	ZP	ZTP	ZTP/P	nevyužívá	celkový součet
jedinci do 15 let	0	1	19	2	22
jedinci nad 15 let	0	2	15	0	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 26 zobrazuje, jaké výhody pro zdravotně postižené využívá jedinec s DMO v centru ARPIDA. Ve skupině do 15 let byly využívány výhody pro zdravotně postižené následovně, ZP nebyl využit, ZTP 1 (4,54%), ZTP/P 19 (86,36%) a 2 (9,09%) jedinci nevyužili těchto výhod. Ve skupině nad 15 let byly využity výhody pro zdravotně postižené následovně, ZP nebyl využit, ZTP 2 (11,76%) a ZTP/P 15 (88,23%). Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespecifická. Přehledně zachyceno v obrázku 23.



Obrázek 23: Znázornění výhod pro zdravotně postižené

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

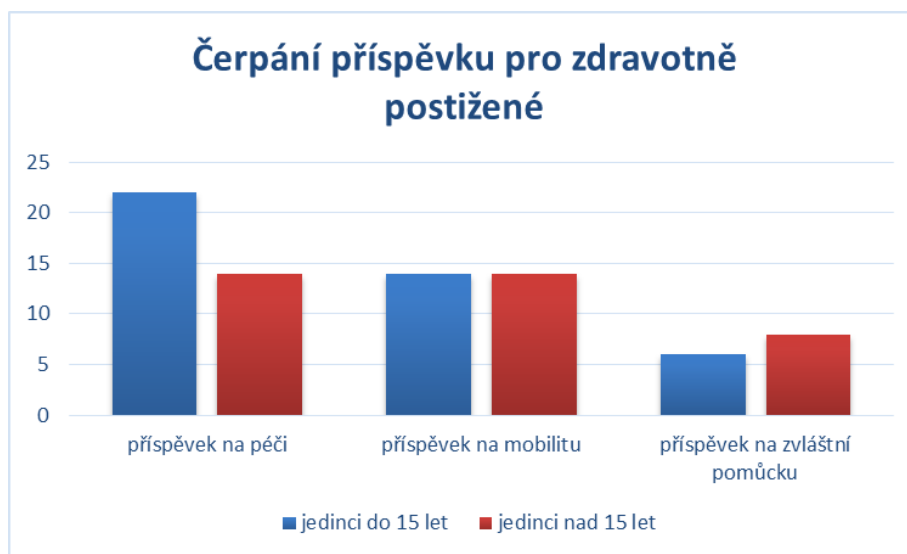
Otázka č. 28: Čerpal nebo pobírá člen rodiny příspěvek pro zdravotně postižené

Tabulka 27: Kontingenční tabulka popisující čerpání příspěvku pro zdravotně postižené

	příspěvek na péči	příspěvek na mobilitu	příspěvek na zvláštní pomůcku
jedinci do 15 let	22	14	6
jedinci nad 15 let	14	14	8

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 27 popisuje, zda jedinec s DMO čerpal nebo pobírá příspěvek pro zdravotně postižené. Ve skupině do 15 let čerpal příspěvek na péči 22 (100,00%) jedinců, příspěvek na mobilitu 14 (63,63%) a příspěvek na zvláštní pomůcku 6 (27,27%) jedinců. Ve skupině nad 15 let čerpal příspěvek na péči 14 (82,35%), příspěvek na mobilitu 14 (82,35%) a příspěvek na zvláštní pomůcku 8 (47,05%) jedinců. Hodnota testu dobré shody Chí – kvadrát nespecifická. Zobrazeno v obrázku 24.



Obrázek 24: Znázornění čerpání příspěvku pro zdravotně postižené

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013

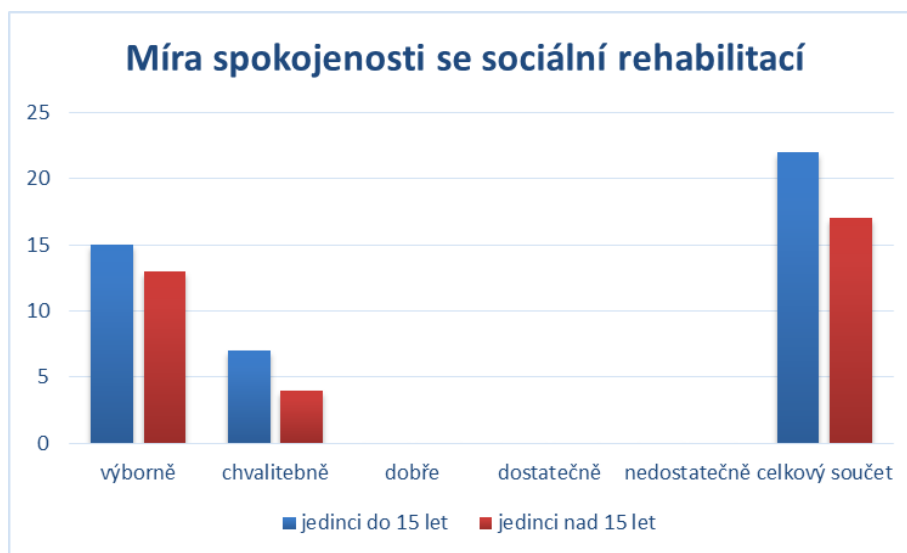
Otázka č. 29: Spokojenost se sociální rehabilitací

Tabulka 28: Kontingenční tabulka popisující míru spokojenosti se sociální rehabilitací

	výborně	chvalitebně	dobře	dostatečně	nedostatečně	celkový součet
jedinci do 15 let	15	7	0	0	0	22
jedinci nad 15 let	13	4	0	0	0	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 28 popisuje spokojenost se sociální rehabilitací v centru ARPIDA. Spokojenost se sociální rehabilitací byla hodnocena na školní stupnici. Ve skupině do 15 let věku hodnotilo známkou výborně 15 (68,18%) rodičů, známkou chvalitebně 7 (31,81%), nikdo nevyužil známku dobře, dostatečně a nedostatečně. Ve skupině nad 15 let věku hodnotilo známkou výborně 13 (76,47%) rodičů, známkou chvalitebně 4 (23,52%), nikdo nevyužil známku dobře, dostatečně a nedostatečně. Hodnota χ^2 – kvadrát testu dobré shody nespecifická. Zobrazeno v obrázku 25.



Obrázek 25: Znázornění spokojenosti se sociální rehabilitací

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 31: Využití složek pracovní rehabilitace

Tabulka 29: Kontingenční tabulka popisující využití složek pracovní rehabilitace

	chráněné pracovní místo	podporované zaměstnání	uplatnění na volném trhu práce
jedinci nad 15 let	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 29 popisuje využití složek pracovní rehabilitace u jedinců nad 15 let, kteří navštěvují centrum ARPIDA. Vzhledem k tomu, že do pracovního procesu se mohou zařadit pouze jedinci nad 15 let, byla hodnocena pouze tato skupina, nicméně nikomu se nepodařilo využít složek pracovní rehabilitace k pracovnímu uplatnění. Hodnota testu dobré shody Chí – kvadrát nespécifická.

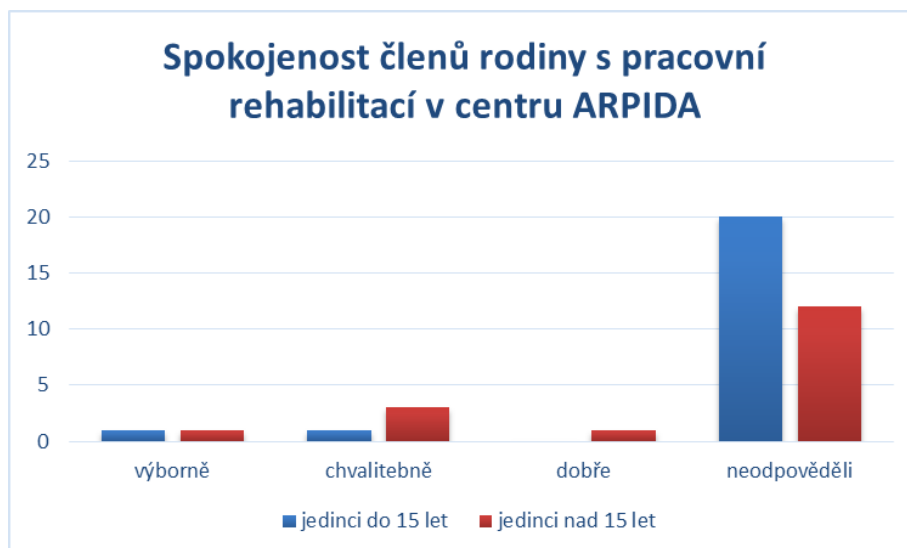
Otázka č. 32: Spokojenost s pracovní rehabilitací

Tabulka 30: Kontingenční tabulka popisující míru spokojenosti s pracovní rehabilitací

	výborně	chvalitebně	dobře	neodpověděli
jedinci do 15 let	1	1	0	20
jedinci nad 15 let	1	3	1	12

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 30 popisuje spokojenost s pracovní rehabilitací v centru ARPIDA. Spokojenost s pracovní rehabilitací byla hodnocena na školní stupnici. Ve skupině do 15 let hodnotili tento faktor výborně 1 (4,54%) a chvalitebně také 1 (4,54%). Ve skupině nad 15 let hodnotil pracovní rehabilitaci v centru jako výbornou 1 (5,88%) rodič, chvalitebně 3 (17,64%), 1 (5,88%) rodič jako dobrou. Celkově na otázku spokojenosti s pracovní rehabilitací neodpovědělo 32 (82,05%) rodičů. Hodnota testu dobré shody Chí – kvadrát nespécifická. Znázorněno v obrázku 26.



Obrázek 26: Znázornění spokojenosti s pracovní rehabilitací

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 34: Sdružujete se v nějaké další organizaci pro rodiče jedinců se zdravotním postižením?

Tabulka 31: Kontingenční tabulka zachycující sdružování rodičů do dalších organizací

	ano	ne
jedinci do 15 let	2	20
jedinci nad 15 let	2	15

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 31 zachycuje sdružování rodičů do organizací se zdravotním postižením. Ve skupině do 15 let se 2 (9,09%) sdružují do organizace pro rodiče a děti se ZP, ve skupině nad 15 let také 2 (17,64%). Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespécifická. Přehledně znázorněno v obrázku 27.



Obrázek 27: Znázornění sdružování rodičů do dalších organizací

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 35: Využili jste návazné podpory v centru ARPIDA?

Tabulka 32: Kontingenční tabulka popisující návaznou podporu u jedinců nad 15 let

	ano	ne
jedinci nad 15 let	2	15

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 32 znázorňuje využití návazné podpory u jedinců s DMO nad 15 let v centru ARPIDA. Návaznou podporu v centru využili pouze dva (17,64%) jedinci ze skupiny nad 15 let. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespécifická.

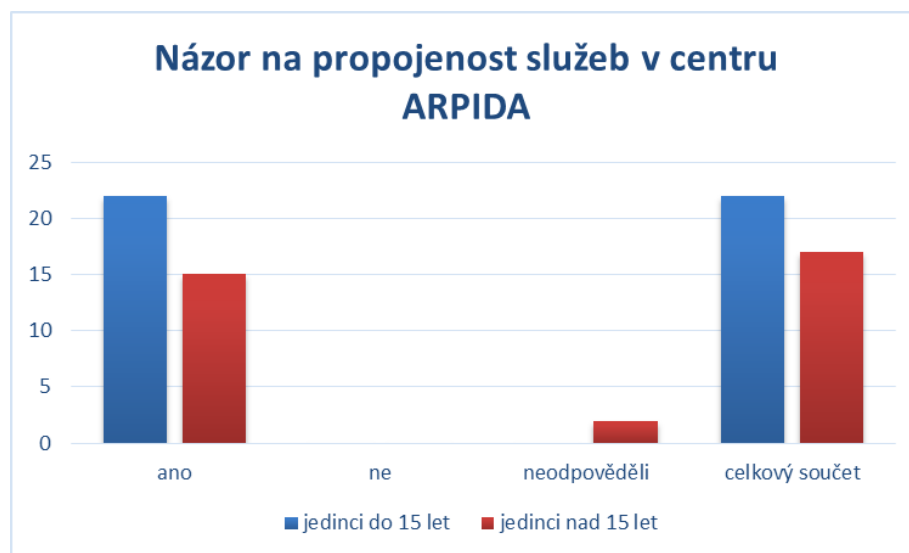
Otázka č. 36: Jsou podle Vás poskytované služby v centru ARPIDA propojené?

Tabulka 33: Kontingenční tabulka popisující propojenost služeb v centru ARPIDA

	ano	ne	neodpověděli	celkový součet
jedinci do 15 let	22	0	0	22
jedinci nad 15 let	15	0	2	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 33 popisuje názor rodičů na propojenost služeb v centru ARPIDA. Na otázku, zda jsou služby v centru propojené, odpovědělo ve skupině do 15 let pozitivně 22 (100,00%) rodičů. Ve skupině nad 15 let jich odpovědělo pozitivně 15 (88,23%) a 2 (11,76%) neodpověděli. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespécifická. Přehledně zobrazeno v obrázku 28.



Obrázek 28: Znázornění názoru na propojenost služeb

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

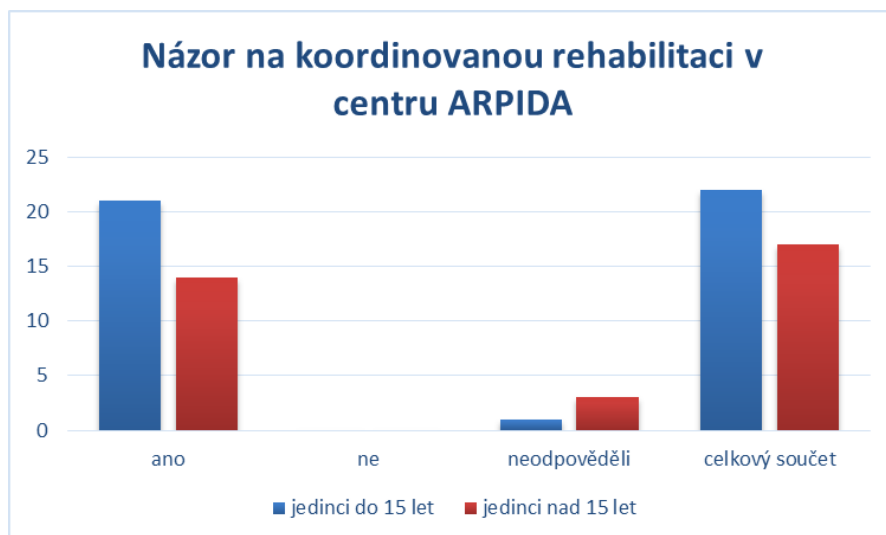
Otázka č. 37: Je možné péči a ostatní služby v centru ARPIDA chápat jako koordinovanou rehabilitaci?

Tabulka 34: Kontingenční tabulka zachycující názor na koordinovanou rehabilitaci

	ano	ne	neodpověděli	celkový součet
jedinci do 15 let	21	0	1	22
jedinci nad 15 let	14	0	3	17

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 34 popisuje názor rodičů na koordinovanou rehabilitaci v centru ARPIDA. Na otázku, zda chápou rehabilitaci jako koordinovanou, odpovědělo pozitivně 21 (95,45%) rodičů ve skupině jedinců do 15 let a 14 (82,35%) rodičů odpovědělo pozitivně ve skupině jedinců nad 15 let. Hodnota testu dobré shody χ^2 – kvadrát nespécifická. Znázorněno v obrázku 29.



Obrázek 29: Znázornění názoru na koordinovanou rehabilitaci

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

4.2 Statistické testy

4.2.1 Test dobré shody χ^2 – kvadrát

Hypotézy v diplomové práci jsem ověřovala pomocí testu dobré shody χ^2 - kvadrát.

Otázka č. 9A: Využití složek léčebné rehabilitace (Vojtova metoda reflexní lokomoce, individuální LTV)

Tabulka 35: Kontingenční tabulka popisující využití složek léčebné rehabilitace

	individuální LTV	Vojtova metoda	z celkového počtu označili obě dvě terapie	celkový součet
jedinci do 15 let	13	15	6	28
jedinci nad 15 let	9	12	4	21

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka 35 popisuje využití Vojtovy metody reflexní lokomoce a individuální LTV. Ověření hypotéz proběhlo na souboru 39 respondentů.

Četnosti byly stanoveny u všech tří hypotéz na základě prostudované odborné literatury, která uvádí, že Vojtova metoda reflexní lokomoce patří u jedinců s DMO k hlavním terapeutickým metodám a to především v dětském věku (Kolář et al., 2009; Kolářová, 2009; Vojta a Peters, 2010; Velemínský et al., 2011b; Jankovský, 2014).

1. hypotéza

Byla stanovena hypotéza H_0 , u které je předpoklad, že v centru ARPIDA ve skupině jedinců do 15 let je z 80% více aplikována Vojtova metoda reflexní lokomoce oproti skupině nad 15 let, která využívá Vojtovu metodu reflexní lokomoce z 20%.

K ověření hypotézy o struktuře základního souboru podle jednoho či více znaků je používán χ^2 test dobré shody. Tabulka 36 obsahuje hodnoty použité pro ověření hypotézy.

Výpočet hodnoty testového kritéria G

Tabulka 36: Výpočet 1. hypotézy pomocí testu dobré shody Chí - kvadrát

Odpověď respondenta	Hypotetické relativní četnosti π_{0i}	Výběrové četnosti		$(n_i - \psi_i)$	$(n_i - \psi_i)^2$	$G = \sum_i \frac{(n_i - \psi_i)^2}{\psi_i}$
		Skutečné n_i	Hypotetické ψ_i			
Jedinci do 15ti let	0,80	15,00	21,60	-6,60	43,56	2,0166
Jedinci nad 15 let	0,20	12,00	5,40	6,60	43,56	8,0666
Součet	1,00	27,00	27,00	0,00		10,0832

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013

Zvolená hladina významnosti je 5%. Na této hladině významnosti bude kritickou hodnotou kvantilu $\chi^2_{0,95}$ při stupni volnosti rovna 3,84. Testovací kritérium vypočtené je 10,0832, při porovnání G je větší než kritická hodnota kvantilu 3,84, tudíž test vyvrátil hypotézu H_0 o struktuře základního souboru respondentů. Je možno připustit alternativní hypotézu, ve které je v centru ARPIDA u jedinců nad 15 let více využívána Vojtova metoda reflexní lokomoce.

2. hypotéza

Byla stanovena hypotéza H_0 , u které je předpoklad, že v centru ARPIDA je ve skupině jedinců nad 15 let ze 70% více aplikována individuální léčebná tělesná výchova oproti skupině do 15 let, která využívá individuální léčebnou tělesná výchovu z 30%.

K ověření hypotézy o struktuře základního souboru podle jednoho či více znaků je používán χ^2 test dobré shody. Tabulka 37 obsahuje hodnoty použité pro ověření hypotézy.

Výpočet hodnoty testového kritéria G

Tabulka 37: Výpočet 2. hypotézy pomocí testu dobré shody Chí – kvadrát

Odpověď respondenta	Hypotetické relativní četnosti π_{0i}	Výběrové četnosti		$(n_i - \psi_i)$	$(n_i - \psi_i)^2$	$G = \sum_i \frac{(n_i - \psi_i)^2}{\psi_i}$
		Skutečné n_i	Hypotetické ψ_i			
Jedinci nad 15 let	0,70	9,00	15,40	-6,40	40,96	2,6597
Jedinci do 15ti let	0,30	13,00	6,60	6,40	40,96	6,2060
Součet	1,00	22,00	22,00	0,00		8,8657

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Zvolená hladina významnosti je 5%. Na této hladině významnosti bude kritickou hodnotou kvantilu $\chi^2_{0,95}$ při stupni volnosti rovna 3,84. Testovací kritérium vypočtené je 8,8657, při porovnání je testovací kritérium G větší než kritická hodnota kvantilu 3,84, tudíž test vyvrátil hypotézu H_0 o struktuře základního souboru respondentů. Je možno připustit alternativní hypotézu, ve které je v centru ARPIDA u jedinců do 15 let více využívána individuální léčebná tělesná výchova.

3. hypotéza

Byla stanovena hypotéza H_0 , u které je předpoklad, že v centru ARPIDA je u všech jedinců s DMO ze 60% více využívána Vojtova metoda reflexní lokomoce oproti individuální léčebné tělesné výchově, která je využívána ze 40%.

K ověření hypotézy o struktuře základního souboru podle jednoho či více znaků je používán χ^2 test dobré shody. Tabulka 38 obsahuje hodnoty použité pro ověření

hypotézy o větším využití Vojtovy metody reflexní lokomoce oproti individuální léčebné tělesné výchově.

Výpočet hodnoty testového kritéria G

Tabulka č. 38: Výpočet 3. hypotézy pomocí testu dobré shody Chí – kvadrát

Odpověď respondenta	Hypotetické relativní četnosti π_{0i}	Výběrové četnosti		$(n_i - \psi_i)$	$(n_i - \psi_i)^2$	$G = \sum_i \frac{(n_i - \psi_i)^2}{\psi_i}$
		Skutečné n_i	Hypotetické ψ_i			
Jedinci do 15ti let	0,60	15,00	16,20	-1,20	1,44	0,0888
Jedinci nad 15 let	0,40	12,00	10,80	1,20	1,44	0,1333
Součet	1,00	27,00	27,00	0,00		0,2221

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Zvolená hladina významnosti je 5%. Na této hladině významnosti bude kritickou hodnotou kvantilu $\chi^2_{0,95}$ při stupni volnosti rovna 3,84. Testovací kritérium vypočtené je 0,2221, při porovnání G je menší než kritická hodnota kvantilu 3,84, tudíž test nevyvrátil hypotézu H_0 o struktuře základního souboru respondentů.

Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotéz uvedených v diplomové práci bylo nezbytné aplikovat statistickou metodu. K ověření hypotéz o struktuře základního souboru podle jednoho či více znaků je používán χ^2 test dobré shody. Provedený výzkum v rámci diplomové práce podpořený nastudovanou odbornou literaturou potvrdil třetí hypotézu o větším využití Vojtovy metody reflexní lokomoce u jedinců s DMO v centru ARPIDA oproti individuální léčebné tělesné výchově. Zbývající dvě hypotézy byly vyvráceny.

Výsledky a závěry diplomové práce mohou sloužit k zmapování složek koordinované rehabilitace a zřehlednění potřeb jedinců ve skupině do 15 let a nad 15 let.

5 Diskuze

Ve své diplomové práci jsem použila kvantitativní výzkum a k získání dat jsem zvolila metodu dotazování. Výzkum jsem zaměřila na zmapování složek koordinované rehabilitace, které se využívají u jedinců s DMO (kombinovanou disabilitou) v centru ARPIDA v Českých Budějovicích. Dále jsem srovnávala využití složek koordinované rehabilitace u jedinců do 15 let a u jedinců nad 15 let. Výzkumný soubor tvořili jedinci s DMO (kombinovanou disabilitou), kteří navštěvují centrum ARPIDA, přičemž dotazníky vyplňovali jejich rodiče. Podle stanovených hypotéz jsem předpokládala, že v centru ARPIDA bude u jedinců do 15 let více aplikována Vojtova metoda reflexní lokomoce oproti jedincům nad 15 let, u kterých je více preferována individuální léčebná tělesná výchova. V konečném důsledku jsem zvolila předpoklad, že u jedinců s DMO v centru ARPIDA v Českých Budějovicích je v rámci léčebné rehabilitace více využívána Vojtova metoda reflexní lokomoce oproti individuální léčebné tělesné výchově. Výzkumu se účastnilo 39 respondentů, z toho bylo 22 (56,41%) jedinců do 15 let a 17 (43,58%) jedinců nad 15 let.

Jak uvádějí Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009), na zvládnutí zátěže, která souvisí s existencí jedince s postižením, má významný vliv dostupnost pomoci a sociální podpora. Almasari (2010) zmiňuje, že k lepšímu porozumění potřeb rodiny s jedincem s DMO musíme brát v úvahu socioekonomické faktory, rodinné vztahy a vlastní sebepojetí rodičů. Novosad (2011b) popisuje, že by rodiče měli mít dostatek informací o možnostech řešení v dané situaci. Podporuji tuto teorii a domnívám se, že důležitost je dána především tím, aby se rodiče mohli adekvátně rozhodnout a zvolit optimální způsob řešení situace. Ve skupině do 15 let se nejvíce rodičů o centru ARPIDA dozvědělo od známých 8 (36,36%) a od lékaře 7 (31,81%). Ve skupině nad 15 let převažovali rodiče, kteří se o centru ARPIDA dozvěděli z vlastní iniciativy 8 (47,05%).

Jak uvádí Michalík et al. (2011), problémem zůstává teritoriální zajištění poskytovaných služeb. V obou skupinách převažovali jedinci s delší vzdáleností dojíždění do centra ARPIDA, kdy ve skupině nad 15 let byli také jedinci, kteří dojížděli denně vzdálenost delší než 20 km. Z obou skupin jedinci dojížděli do centra ARPIDA dlouhodobě a nikdo z nich nedojížděl samostatně. V doprovodu rodinného příslušníka

ve skupině do 15 let se jednalo o 18 (81,81%) jedinců, což je pochopitelné vzhledem k věku. Ve skupině nad 15 let se jednalo o 12 (70,58%) jedinců, což dokazuje teorii Schneiberga (2005) o tom, že péče o jedince se zdravotním postižením může být časově náročná.

Velemínský et al. (2011b) zmiňuje, že onemocnění centrálního nervového systému může mít vliv na rodinný a pracovní život i na trávení volného času. Schneiberg (2005) píše, že se jedná především o matku, která zůstává s jedincem se zdravotním postižením doma, přičemž vzhledem k časové náročnosti nemá čas na svoji realizaci. Velemínský (2011a) označuje pečující matku jako „včelí královnu“. Jak upozorňují Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009), pro některé rodiče se nemusí jednat o zátěž, ale naopak obohacení, které jim dítě s postižením přináší. Domnívám se, že se jedná o individuální přístup rodičů, který je závislý na mnoha faktorech. Ze statistického šetření vyplývá vysoké procentuální zastoupení jedinců plně závislých na péči druhé osoby. Ve skupině do 15 let se jednalo o 12 (54,54%) plně závislých jedinců a ve skupině nad 15 let se jednalo o 15 (88,23%) jedinců.

Jak uvádí Novosad (2011a) klinický obraz DMO je rozmanitý s dominujícími poruchami svalového napětí, hybností a koordinací pohybů s patrnou disharmonií motorického vývoje. Následující autoři Kraus (2005); Šlapal (2007); Velemínský et al. (2011b); Novosad (2011a); Kudláček (2012); Jankovský (2014); Fischer et al. (2014) popisují dělení DMO, přičemž každá z forem DMO má jiné projevy a přidružené poruchy. Ve skupině do 15 let se vyskytovalo nejvíce jedinců s formou diparetickou 12 (54,54%), oproti skupině nad 15 let, kde bylo nejvíce jedinců s formou kvadraparetickou 9 (52,94%). Koláčková (2009) píše, že nejtěžším typem spastické DMO je forma kvadraparetická, při které bývají postiženy všechny čtyři končetiny.

Jankovský (2014) uvádí jako nejzávažnější přidruženou poruchu k DMO mentální retardaci. Ve skupině do 15 let se jednalo o 11 (50,00%) jedinců a ve skupině nad 15 let o 13 (76,47%) jedinců, z čehož vyplývá vysoké procentuální zastoupení jedinců s mentální retardací ve skupině nad 15 let. Ze statistického šetření dále vyplývá, že ve skupině nad 15 let se vykytovalo vyšší zastoupení jedinců s kvadraparetickou formou DMO, a proto je zde i vyšší procentuální zastoupení jedinců s mentální retardací. Jak

zmiňuje Kraus et al. (2005), u kvadruparetické formy DMO bývá těžká mentální retardace téměř vždy přítomna.

Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009) uvádějí, že epilepsie představuje pro rodinu značnou zátěž, zejména pokud se jedná o těžkou formu. Vítková (2011a) popisuje epilepsii u jedinců s DMO od 15% do 70 % případů. Ve skupině do 15 let byla přítomna u 8 (36,36%) jedinců a ve skupině nad 15 let u 11 (64,70%) jedinců.

Šáchová (2005) zmiňuje, že prognóza u poruch řeči závisí na každodenním logopedickém cvičení a na znalostech a zkušenostech logopeda. Vítková (2011a) popisuje poruchy řeči více než u 50 % jedinců s DMO. Poruchy řeči se vyskytovaly nejvíce ve skupině jedinců do 15 let 19 (86,36%), kdy se jedná o vysoké procentuální zastoupení.

Jak píše Jankovký (2014), pravda o zdravotním stavu dítěte by měla být sdělena oběma rodičům současně, a to citlivě a srozumitelně. Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009) zmiňují, že sdělení diagnózy probíhá v rámci komunikace mezi lékařem a rodinou postiženého dítěte, přičemž se sdělením diagnózy nebývají nikdy spokojeni všichni rodiče a četnost těch, kteří považují způsob seznámení s tímto faktem za přijatelný, se pohybuje v rozmezí od 30% do 60%. Ze statistických údajů vyplývá, že ve skupině do 15 let odpovědělo 13 (59,09%) rodičů tak, že jim byla diagnóza sdělena citlivě. Ve skupině nad 15 let tuto skutečnost uvedlo 7 (41,17%) rodičů. Výsledky se shodují s fakty, které zmiňují Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009).

5.1 Diskuze k léčebné rehabilitaci

V diplomové práci byly stanoveny tyto hypotézy. První hypotéza: U jedinců s DMO do 15 let je v centru ARPIDA více aplikována Vojtova metoda reflexní lokomoce oproti jedincům nad 15 let. Druhá hypotéza: U jedinců s DMO nad 15 let je v centru ARPIDA více aplikována individuální léčebná tělesná výchova oproti jedincům do 15 let. Třetí hypotéza: U jedinců s DMO v centru ARPIDA je v rámci léčebné rehabilitace více využívána Vojtova metoda reflexní lokomoce oproti individuální léčebné tělesné výchově. Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotéz v diplomové práci byl použit test dobré

shody χ^2 – kvadrát. Výzkum podpořený nastudovanou odbornou literaturou potvrdil třetí hypotézu o větším využití Vojtovy metody reflexní lokomoce u jedinců s DMO v centru ARPIDA oproti individuální léčebné tělesné výchově. Zbylé dvě hypotézy nebyly potvrzeny.

Hypotézy byly stanoveny na základě prostudované literatury (Kolář et al., 2009; Kolářová, 2009; Vojta a Peters, 2010; Velemínský et al, 2011b; Jankovský, 2014). Jak popisuje Kolář (2009), v době, kdy ještě není možné s dítětem navázat spolupráci, je nejčastěji využívána Vojtova metoda reflexní lokomoce. Levitt (2013) popisuje Vojtovu metodu jako léčbu, která může vyléčit děti s opožděným motorickým vývojem, ale upozorňuje na to, že má také své limity. Jak zmiňují Vojta a Peters (2010), Vojta vytvořil termín vývojová kineziologie (učení o vývoji pohybu člověka), při kterém se dají vývojové poruchy diagnostikovat, zařadit, léčit a lze je aplikovat i u dospělých jedinců.

Kolář et al. (2009) uvádí, že efekt při léčbě Vojtovou metodou reflexní lokomoce je závislý na včasném zahájení, a to již v novorozeneckém období, kdy se rodiče dozvídají, že oni sami budou cvičit s dítětem několikrát denně. Tuto teorii podporuje Pfeiffer et al. (2014) a popisuje, že Vojtovu metodu reflexní lokomoce lze aplikovat také u větších dětí a dospělých jedinců. Kolář et al. (2009) zmiňuje, že u jedinců s DMO jsou v rámci fyzioterapie aplikovány další metody, mezi které řadíme koncept manželů Bobathových nebo pohybovou terapii podle Potöho, kdy se pracuje ve skupinách a děti se učí jeden od druhého. Brauner (2005) doplňuje, že je využívána také Kabatova technika a cvičení na míči.

Jak zmiňuje Šlechtová (2011) ve svém výzkumu, ve vazbě na včasnou diagnostiku je jednoznačně preferována Vojtova metoda reflexní lokomoce u jedinců s DMO. Ze své praxe vím, že u jedinců s DMO lze v rámci fyzioterapie využít více technik, nicméně se mi statistickým testem potvrdila třetí hypotéza o větším využití Vojtovy metody reflexní lokomoce oproti individuální léčebné tělesné výchově. Domnívám se, že u jedinců s DMO je Vojtova metoda reflexní lokomoce základní terapeutický postup, neboť léčbu je třeba zahájit včas. U Vojtovy metody reflexní lokomoce se jedná o pohyb nezávislý na vůli jedince a není potřeba spolupráce dítěte s terapeutem. V konečném důsledku se ovšem domnívám, že terapie u jedinců s DMO musí být založena na koordinovaném

podkladě, kdy záleží na individuálním přístupu k jedinci a dále na odbornosti fyzioterapeuta pro jaký způsob terapie se rozhodne.

Jak uvádí Jankovský (2014), léčebná rehabilitace je především doménou zdravotnickou, ve které se můžeme setkat s prvky ergoterapie, animoterapie, muzikoterapie, arteterapie a dalšími. Ze statistického šetření vyplývá vysoké procento využití těchto metod, a to především ergoterapie a vodoléčby u jedinců s DMO.

Jak popisují Chiesa, Mellissano a Zangrilo (2011), jedná se o typ léčebné rehabilitace, která propaguje zdraví a kvalitu života skrze práci v souladu s tím, aby poskytovala jedinci možnost účastnit se každodenních aktivit. Brauner (2005) zmiňuje, že ergoterapie je důležitou součástí léčby u jedinců s DMO, která se zaměřuje na nácvik samostatnosti a soběstačnosti v běžných denních úkonech s využitím řady kompenzačních pomůcek. Ve skupině do 15 let ji využilo 21 (95,45%) jedinců a ve skupině nad 15 let 13 (76,47%) jedinců.

Jak uvádí Brauner (2005), jedinci s DMO většinou vnímají vodoléčbu pozitivně, neboť jim umožňuje pohybové aktivity, které by za jiných okolností nedokázali provést. Ve skupině do 15 let využilo vodoléčbu 22 (100%) jedinců ve skupině nad 15 let 12 (70,58%) jedinců. Ze své praxe mohou potvrdit, že vodoléčebné procedury výrazným způsobem ovlivňují spasticitu, což je u jedinců se spastickou formou DMO velkým přínosem za předpokladu, že voda při terapii není příliš studená.

Logopedickou péčí v centru ARPIDA využilo více jedinců do 15 let 17 (77,27%), oproti skupině jedinců nad 15 let 5 (29,41%). Z výše uvedeného lze usuzovat, že u mladších jedinců, kteří se učí mluvit, je logopedická péče více využívána, zvláště z důvodu předpokladu většího zlepšení. Jankovský (2014) ovšem upozorňuje na skutečnost, že se u dětí s DMO nejčastěji vyskytuje dysartrie, která bývá logopedickým problémem s nepříznivou prognózou.

Matejček (2005) zmiňuje, že každá vada nebo odchylka ve vývoji, která vzdaluje jedince od normálního styku s okolím, může být překážkou v jeho duševním vývoji. Z tohoto pohledu je velmi důležitá psychologická péče, kterou ve skupině do 15 let využilo 11 (50%) jedinců a ve skupině nad 15 let 5 (29,41%) jedinců. Psychologickou péčí tedy více využívali mladší jedinci.

Jankovský (2014) pokládá za velmi přínosný „čtrnáctidenní – zdravotně“ sociální program pro rodiče a děti se zdravotním postižením, který má mnohdy charakter rané péče. Ze statistického šetření se toto nepotvrdilo, neboť většina rodičů v obou skupinách o tomto programu nebyla informována. Ve skupině do 15 let ho využil 1 (4,54%) jedinec a ve skupině nad 15 let 3 (17,64%) jedinci. Jeho využití je tedy nízké.

Adjuvatika je jedna z částí protetiky, ve které se jedná o nauku o kompenzačních pomůckách, kdy z lokomočních pomůcek u jedinců s DMO nejčastěji používáme berle, chodítka, mechanické vozíky a dětské zdravotní kočárky (Schejbalová, 2005). Novosad (2011b) zmiňuje, že jedinci se zdravotním postižením musí pomůcku přijmout z funkčního i duševního hlediska. Nejčastěji používanou pomůckou u jedinců v centru ARPIDA byl v obou věkových skupinách invalidní vozík. Ve skupině do 15 let byl využíván u 8 (47,05%) jedinců a ve skupině nad 15 let u 13 (76,47%) jedinců.

Přestože je DMO definována jako neprogresivní neurologické onemocnění, ortopedická manifestace je naopak často progresivní (Zitelli, McIntire a Nowalk, 2012). Kolář et al. (2009) zmiňuje, že operační ortopedická terapie je nejčastěji indikována u spastických forem DMO. Ze statistického šetření je patrné, že komplikace ortopedického charakteru vzrůstají s věkem, kdy stoupá počet ortopedických zákroků. Ve skupině do 15 let podstoupili ortopedickou operaci 3 jedinci (13,63%), oproti skupině nad 15 let, kde se jednalo o 8 (47,05%) jedinců. Ze statistického šetření lze usuzovat, že se jedná o snahu zmírnit disabilitu u jedinců s DMO a v konečném důsledku zlepšit kvalitu jejich života.

Jedinci s DMO potřebují široké spektrum odpovídajících léčebných postupů, přičemž medikamentózní léčba je její součástí (Kraus et al, 2005). Ve skupině do 15 let užívalo pravidelně léky 12 (54,54%) jedinců a ve skupině nad 15 let 11 (64,70%) jedinců. Užívání léků tedy s věkem mírně stoupá, kdy lze usuzovat na narůstající komplikace k základnímu onemocnění spolu s věkem.

Hodnocení spokojenosti rodičů s léčebnou rehabilitací v centru ARPIDA bylo velmi příznivé, neboť v obou skupinách se neobjevilo hodnocení dostatečně nebo nedostatečně. Nejčastěji byla léčebná rehabilitace hodnocena známkou výborně, kdy ve skupině do 15 let se jednalo o 13 (59,09%) rodičů a ve skupině nad 15 let 9 (52,94%) rodičů.

5.2 Diskuze k pedagogické rehabilitaci

Jak uvádí Vítková (2014a), cílem speciálně pedagogických snah je umožnit jedincům se zdravotním postižením účast na předškolním a školním vzdělávání, společenském životě, integraci a samostatném vedení života. Ve skupině do 15 let se vzdělávalo mimo centrum ARPIDA 5 (41,17%) jedinců oproti skupině nad 15 let, kde se mimo centrum ARPIDA nevzdělával žádný jedinec. Lze se domnívat, že se jedná o současný trend inkluzivního vzdělávání v běžných základních školách.

Školy a školská zařízení v centru ARPIDA zajišťují výchovu a vzdělávání v rámci pedagogických prostředků (Jankovský, 2014). Jak zmiňují Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009), hledání školy obvykle nepředstavuje pro rodiče pohybově postižených dětí větší problém, ale bývá problémem v případě mentálně postižených jedinců. Tytéž autorky uvádějí, že rodiče dětí s postižením bývají se speciálními školami spokojené. Ve skupině jedinců do 15 let se jedná o odlišné procentuální zastoupení v jednotlivých složkách pedagogické rehabilitace oproti skupině nad 15 let, což je dáno jinými potřebami vzdělávání s ohledem na věk. Ve skupině do 15 let nejvíce jedinců využilo předškolní vzdělávání 15 (68,18%) oproti jedincům nad 15 let, kde nejvíce jedinců 8 (47,05%) navštěvovalo ZŠ speciální včetně RHB programu.

Ve skupině nad 15 let potom navštěvovalo praktickou školu dvouletou 5 (29,41%) jedinců, u kterých by mohl být předpoklad k většímu uplatnění na pracovním trhu vzhledem ke zvyšující se profesní kvalifikaci.

Novosad (2011b) zmiňuje, že u všech forem DMO bývá snižená tolerance k zátěži, projevující se kolísáním výkonu a zvýšenou unavitelností ve stresových situacích, což znesnadňuje proces vzdělávání. Odklad povinné školní docházky se vyskytoval ve skupině do 15 let u 17 (77,27%) jedinců a ve skupině nad 15 let u 12 (70,58%) jedinců. Ze statistického šetření vyplývá vysoké procento jedinců, kteří měli odklad povinné školní docházky.

Jak uvádí Pipeková et al. (2011), speciálně pedagogická centra se zaměřují na poradenskou činnost pro děti a žáky s jedním typem postižení. Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009) zmiňují pomoc rodičům v případě, že dítě vyšetří odborník, psycholog

nebo speciální pedagog a vysvětlí jim na jaké úrovni dítě je a co od něho mohou očekávat. Jankovský (2014) zmiňuje jako jednu z největších předností pedagogického centra v centru ARPIDA jeho mezioborovou spolupráci. Ve skupině do 15 let využilo služeb pedagogického centra 13 (59,09%) jedinců a ve skupině nad 15 let se jednalo o 7 (41,17%) jedinců. Podporuji teorii Vágnerové, Strnadové a Krejčové (2009), kdy se domnívám, že jde o významnou pomoc rodinám dětí se zdravotním postižením v oblasti pedagogického poradenství.

S pedagogickou rehabilitací v centru ARPIDA byli spokojeni rodiče v obou dvou skupinách, neboť při hodnocení nebyla zaznamenána známka dobře, dostatečně ani nedostatečně. Nejčastěji byla pedagogická rehabilitace hodnocena známkou výborně, která ve skupině do 15 let byla hodnocena 16 (72,72%) rodiči a ve skupině nad 15 let 9 (52,94%) rodiči s tím, že 6 (35,29%) rodičů ve skupině nad 15 let nevyužilo hodnocení. Domnívám se, že se tak stalo, neboť rodiče neměli možnost vzdělávat své děti v centru ARPIDA a tím pádem nemohli pedagogickou rehabilitaci hodnotit.

5.3 Diskuze k sociální rehabilitaci

Votava, et al. (2005) popisuje sociální rehabilitaci jako proces, ve kterém osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti. V centru ARPIDA využilo ve skupině do 15 let nejvíce jedinců osobní asistenci ve školách 22 (100%). Ve skupině nad 15 let navštěvovalo nejvíce jedinců denní stacionář 13 (76,47%). Ze statistického šetření vyplývá, že sociální služby jsou uzpůsobeny různým věkovým skupinám osob. Jedinci se zdravotním postižením mají v období svého života jiné nároky na sociální služby, a proto se domnívám, že je velmi důležitá dostupnost těchto služeb a cíleně poskytovaná péče, která je zaměřená na konkrétní zdravotní postižení.

Ranou péčí v centru ARPIDA využili ve skupině do 15 let pouze 2 (9,09%) jedinci. Matoušek, Palme a Landischová (2014); Vítková (2014a); Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009) zmiňují, že se jedná o významnou pomoc rodině. Služby rané péče

jsou poskytovány jedincům do 7 let věku, kdy v dotazníkovém šetření nebyl přesně specifikován věk, a proto se domnívám, že tuto otázku nelze hodnotit.

Centrum ARPIDA pořádá mnoho akcí, kterých využilo velký počet jedinců z obou dvou skupin. Ve skupině do 15 let se jednalo nejvíce o pořádání besídek, kterých se účastnilo 19 (86,36%), výletů 19 (86,36%) a karnevalů 17 (77,27%) jedinců. Ve skupině nad 15 let se jednalo nejvíce o účast na výletech, jichž se účastnilo 14 (82,35%), besídek 12 (70,58%) a táborů 11 (64,70%) jedinců. Ve skupině nad 15 let se účastnilo 9 (52,94%) jedinců Boccia. Ze souvislé praxe vím, že pořádají různé turnaje a závody. Hra je dostupná i jedincům s těžkým zdravotním postižením, kdy tímto způsobem mohou dosáhnout pocitu vlastního úspěchu.

Michalík, et al. (2011) konstatuje, že dlouhodobá péče o člena rodiny se zdravotním postižením představuje sociální událost, která je jen obtížně srovnatelná s postavením běžné rodiny. Ve skupině jedinců do 15 let bydlí všichni jedinci s rodiči, což je pochopitelné vzhledem k věku. Ve skupině nad 15 let je situace obdobná 17 (100%) jedinců. Ze statistického šetření vyplývá, že péče o jedince se zdravotním postižením je dlouhodobá. Jak zmiňuje Schneiberg (2005), představuje značnou emoční zátěž, velké časové nároky a může být i fyzicky náročná.

Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009) popisují, že rodiny s dítětem s postižením jsou často znevýhodněny finančně, neboť matky se starají o dítě a nemohou chodit do zaměstnání. Z dávek sociálního zabezpečení byl nejvíce vyplácen ve skupině nad 15 let invalidní důchod, a to u 15 (88,23%) jedinců. V obou skupinách nikdo nepobíral dávky v hmotné nouzi. Z výhod pro zdravotně postižené bylo nejvíce využíváno ZTP/P, kdy ve skupině do 15 let se jednalo o 19 (86,36%) jedinců a ve skupině nad 15 let o 15 (88,23%) jedinců.

Jak uvádí Novosad (2011b), mezi finanční dávky řadíme příspěvek na péči, který je poskytovaný jedincům závislých na pomoci druhé osoby, kdy závislost klasifikujeme ve čtyřech stupních. Z příspěvků pro zdravotně postižené byl vyplácen nejvíce příspěvek na péči, kdy ve skupině do 15 let byl vyplácen 22 (100%) jedinců a ve skupině nad 15 let 14 (63,63%) jedincům. Dále byl vyplácen příspěvek na mobilitu a to ve skupině do 15 let 14 (63,63%) jedincům a ve skupině nad 15 let také 14 (82,35%) jedincům.

Příspěvek na péči byl v obou skupinách nejvíce přiznán ve IV. stupni. Ve skupině do 15 let se jednalo o 13 (59,50%) jedinců a ve skupině nad 15 let také o 13 jedinců (76,47%).

Hodnocení spokojenosti rodičů se sociální rehabilitací v centru ARPIDA bylo velmi příznivé, neboť v obou skupinách se nevyskytlo hodnocení dobře, dostatečně nebo nedostatečně. Nejčastěji byla sociální rehabilitace hodnocena známkou výborně, kdy ve skupině do 15 let se jednalo o 15 (68,18%) rodičů a ve skupině nad 15 let o 13 (76,47%) rodičů.

5.4 Diskuze k pracovní rehabilitaci

Jak uvádí Vítková (2014a), pracovní uplatnění pro jedince se zdravotním postižením neznamená jen začlenění do pracovního procesu, ale jedná se o začlenění do sociálního života společnosti. Centrum ARPIDA nabízí možnost využití návazné podpory, při které se jedinci seznamují s hledáním nových cvičných pracovišť nebo s hledáním pracovního uplatnění prostřednictvím tzv. chráněných dílen nebo zaměstnáním na volném trhu práce. Návaznou podporu využili ve skupině jedinců nad 15 let pouze 2 (17,64%) jedinci.

Jak zmiňují Vágnerová, Strnadová a Krejčová (2009), rodiče jedinců se zdravotním postižením trápí nedostatek možností dalšího uplatnění jejich dětí, neboť zůstávají doma bez další stimulace. Ze statistického šetření jsem došla ke stejným závěrům, neboť ve skupině nad 15 let nenašel žádný jedinec uplatnění na chráněném pracovním místě, v podporovaném zaměstnání ani na volném trhu práce.

Spokojenost s pracovní rehabilitací ve skupině do 15 let hodnotili pouze dva rodiče a to známkou výborně 1 (4,54%) a chvalitebně také 1 (4,54%) rodič. Ve skupině nad 15 let hodnotili pracovní rehabilitaci výborně 1 (5,88%), chvalitebně 3 (17,64%) a dobře 1 (5,88%) rodič. Pracovní rehabilitaci nehodnotilo 32 (82,05%) rodičů a proto nelze stanovit názor na spokojenost s pracovní rehabilitací v centru ARPIDA, neboť se domnívám, že v centru ARPIDA jedná spíše o návaznou podporu.

5.5 Diskuze ke koordinované rehabilitaci

Koordinovaná rehabilitace je zmiňována v odborné literatuře jako ucelená nebo komprehenzivní, ale ve své podstatě se autoři shodují na tom, že se jedná o včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků (Jesenský, 1995; Votava et al., 2005; Jankovský, 2006; Šťastný, 2006; Kolář et al., 2009; Novosad, 2011a; Jakobová, 2011; Krhutová, 2013a; Pfeiffer et al., 2014, Fischer et al., 2014). Miller (2005) uvádí, že z hlediska multifunkčního je třeba naslouchat rodině, kdy rodinní příslušníci mohou být stresováni situací postiženého dítěte v rodině a pokud nastane jiná nepředvídatelná událost (onemocnění v rodině, finanční problémy) může se stát situace kritickou.

Na otázku zda se rodiče sdružují v nějakých dalších organizacích, odpověděli ve skupině do 15 let 2 (9,09%) rodiče pozitivně a ve skupině nad 15 let také 2 (17,64%). Ze statistického šetření vyplývá, že se rodiče jedinců se zdravotním postižením sdružují v dalších organizacích sporadicky.

Jak uvádí Vágnerová, Strnadová a Krejčová, některým rodičům dětí se zdravotním postižením vadí nedostatečná koordinace služeb a myslí si, že současná nabídka neodpovídá jejich potřebám. Šlechtová (2011) podporuje ve svém výzkumu tuto teorii, kdy provázanost a komplexnost udává v dané lokalitě za problematickou. V centru ARPIDA se teorie výše uvedených autorek nepotvrdila. Na názor, zda jsou služby v centru ARPIDA propojené, odpovědělo pozitivně ve skupině do 15 let 22 (100%) rodičů. Ve skupině nad 15 let odpovědělo pozitivně 15 (88,23%) rodičů a 2 (11,76%) neodpověděli. Ze statistického šetření lze usuzovat, že rodiče jedinců s DMO se domnívají, že jsou služby propojené.

Na názor zda rodiče vnímají péči a ostatní služby v centru ARPIDA jako koordinovanou rehabilitaci, odpovědělo ve skupině do 15 let 21 (95,45%) rodičů pozitivně, 1 (4,54%) rodič neodpověděl. Ve skupině nad 15 let odpovědělo pozitivně 14 (82,35%) rodičů a 3 (17,64%) rodiče neodpověděli. Ze statistického šetření lze usuzovat, že rodiče jedinců s DMO se domnívají, že péče i ostatní služby v centru ARPIDA lze vnímat jako koordinovanou rehabilitaci.

Jsem si vědoma toho, že výše uvedené závěry mohou být zkresleny vzorkem dotazovaných rodičů, kteří se účastnili výzkumu. Domnívám, že výsledky a závěry diplomové práce mohou přispět ke zmapování složek koordinované rehabilitace v centru ARPIDA. Dále mohou zpřehlednit potřeby jednotlivých složek koordinované rehabilitace ve skupině jedinců do 15 let a nad 15 let věku.

6 Závěr

Diplomová práce se zaměřuje na složky koordinované rehabilitace, které jsou využívány u jedinců s DMO (kombinovanou disabilitou) v konkrétním nestátním zdravotnickém zařízení. Tyto složky byly srovnávány u jedinců do 15 let a u jedinců nad 15 let. DMO je nejčtenější neurovývojové onemocnění, u kterého se může projevit zdravotní postižení v jedné nebo ve více oblastech.

Pomocí kvantitativního výzkumu jsem se snažila naplnit cíle diplomové práce a potvrdit stanovené hypotézy, které zněly: U jedinců s DMO do 15 let je v centru ARPIDA více aplikována Vojta metoda reflexní lokomoce oproti jedincům nad 15 let. Druhá hypotéza: U jedinců s DMO nad 15 let je v centru ARPIDA více aplikována individuální léčebná tělesná výchova oproti jedincům do 15 let. Třetí hypotéza: Jedinci s DMO v centru ARPIDA v rámci léčebné rehabilitace více využívají Vojtovu metodu reflexní lokomoce oproti individuální léčebné tělesné výchově.

Výzkumu se účastnilo 39 respondentů, z toho bylo 22 (56,41%) jedinců do 15 let a 17 (43,58%) jedinců nad 15 let. Výsledná data byla statisticky zpracována, kdy k ověření hypotéz byl použit test dobré shody χ^2 – kvadrát.

Provedený výzkum v rámci diplomové práce, který byl podpořen nastudovanou odbornou literaturou, potvrdil třetí hypotézu o větším využití Vojtovy metody reflexní lokomoce oproti individuální léčebné tělesné výchově. Zbylé dvě hypotézy se nepotvrdily.

Ze své praxe vím, že u jedinců s DMO lze v rámci fyzioterapie využít více metod, ale domnívám se, že Vojtova metoda reflexní lokomoce je základním terapeutickým postupem. U Vojtovy metody reflexní lokomoce se jedná o pohyb nezávislý na vůli jedince a tím pádem není potřeba spolupráce dítěte a terapeuta. V konečném důsledku se ovšem domnívám, že terapie u jedinců s DMO musí být založena na koordinovaném podkladě, kdy záleží na individuálním přístupu k jedinci a dále na odbornosti fyzioterapeuta pro jaký způsob terapie se rozhodne.

Ze statistického šetření dále vyplývá, že péče o jedince s DMO je dlouhodobá a časově náročná. Někteří autoři uvádějí, že se nemusí jednat o zátěž, ale naopak o obohacení,

kteřé dítě s postižením přináší. Problematické zůstává teritoriální zajištění poskytovaných služeb, neboť v centru ARPIDA převažovali jedinci s delší vzdáleností dojíždění.

Formy DMO mají rozmanitý klinický obraz s dominujícími poruchami svalového tonu a hybností. U jedinců v centru ARPIDA bylo zjištěno větší procentuální zastoupení přidružených poruch a to zejména mentální retardace, epilepsie a poruch řeči.

Ze složek léčebné rehabilitace, mimo fyzioterapie, byla v obou dvou skupinách nejvíce využita ergoterapie a vodoléčba. Ze složek pedagogické a sociální rehabilitace bylo ve skupině jedinců do 15 let a nad 15 let využito odlišných složek, což souvisí s věkem, formou DMO, přidruženými poruchami a dalšími faktory. Jedinci se zdravotním postižením mají v období svého života jiné nároky na dané služby, a proto se domnívám, že je velmi důležitá dostupnost služeb a cíleně poskytovaná péče, která je zaměřená na konkrétní zdravotní postižení.

Problematické zůstává pracovní uplatnění jedinců se zdravotním postižením, kdy ve skupině nad 15 let nenašel žádný jedinec uplatnění na chráněném pracovním místě, v podporovaném zaměstnání ani na volném trhu práce.

Ze statistického šetření vyplývá, že rodiče v centru ARPIDA jsou velmi spokojeni s poskytovanou péčí a následným propojením služeb.

Tato práce předkládá ucelené informace o zmapování složek koordinované rehabilitace v centru ARPIDA ve skupině jedinců s DMO do 15 let a nad 15 let. Získané závěry budou použity jako zpětná vazba nestátnímu zdravotnickému zařízení, kde byl výzkum realizován.

Přístup k jedincům se zdravotním postižením musí být individuální a komplexní, kdy v péči o tyto děti mají zásadní podíl rodiče.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ALMASRI, A, N, 2010. *Family Needs of Parents of Children and Youth with Cerebral Palsy: Determinants and Unique Profiles*. Boca raton: Universal – Publishers. ISBN 10:1-59942-358-8.
2. ARPIDA. [online]. Centrum ARPIDA. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.arpida.cz/>
3. BRAUNER, R., 2005. Komplementární metody léčebné rehabilitace. In: KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. 219-229 s. ISBN 80-247-1018-8.
4. DISMAN, M., 2006. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
5. DUNGL, P. et al., 2014. *Ortopedie*. 2. vyd. Praha: Grada. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
6. FISCHER, S. et al., 2014. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton. 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7.
7. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
8. GAVORA, P., 2008. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 4. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského. 272 s. ISBN 978-80-223-2391-8.
9. GOBELET, C., FRANCHIGNONI, F. 2006. *Vocational Rehabilitation*. France: Springer. 403 s. ISBN 10:2-287-22609-5.
10. GOLD, L., SHUMAN, V., 2009. *Evaluating Mental Health Disability in the Workplace: Model, Process, and Analysis*. New York: Springer. 322s. ISBN 978-1-4419-0151-4.
11. HAVRÁNKOVÁ, O., 2003. Případová práce. In: MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. 67 – 81 s. ISBN 80-7178-548-2.
12. CHIESA R., MELLISSANO, G., ZANGRILLO, A., 2011. *Thoraco Abdominal Aorta: Surgical and Anesthetic Management*. Milano: Springer. 758 s. ISBN 978-88-470-1856-3.
13. CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

14. JAKOBOVÁ, A., 2011. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. 104 s.
ISBN 978-80-7368-945-2.
15. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 223 s.
ISBN: 80-7254-329-6.
16. JANKOVSKÝ, J., 2005. Ucelený systém rehabilitace dětí s motorickým a kombinovaným postižením. In: JANKOVSKÝ, J. PFEIFFER, J. ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. 34-96 s. ISBN 80-7040-826-X.
17. JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
18. JANKOVSKÝ, J., 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. 49-114 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
19. JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. 158 s. ISBN 80-7066-941-1.
20. KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., 2005. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: Matoušek, O. et al. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 89-109 s. ISBN 80-7367-002-X.
21. KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén., 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
22. KOLÁŘOVÁ, J., 2009. Syndrom dětské mozkové obrny. In: VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: JČU ČB ZSF. 92-95 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
23. KOZEL, R. et al., 2006. *Moderní marketingový výzkum*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 80-247-0966-X.
24. KOZEL, R., MYNÁŘOVÁ, L., SVOBODOVÁ, H., 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada. 304 s.
ISBN 978-80-247-3527-6.
25. KRAUS, J. et al., 2005. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. 348 s.
ISBN 80-247-1018-8.

26. KRHUTOVÁ, L., 2013a. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Ostrava: Ostravská univerzita. 244 s. ISBN 978-80-7326-232-7.
27. KRHUTOVÁ, L., 2013b. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. 149 s. ISBN 978-80-7464-290-6.
28. KUDLÁČEK, M., 2012. *Svět dětské mozkové obrny*. Praha: Portál. 192 s. ISBN 978-80-262-0178-6.
29. LEVITT, S., 2013. *Treatment of Cerebral Palsy and Motor Delay*. 5th edition. Chichester: UK. 368 s. ISBN 978-1-4051-7616-3.
30. Listina základních práv a svobod. [online]. [cit. 2016-01-27]. In: Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky, hlava IV. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
31. Úmluva o právech dítěte. [online]. [cit. 2016-01-29]. In: OSN, část první. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-o-pravech-ditete.pdf>
32. MATEJČEK, Z., 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: Nakladatelství H & H. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
33. MATĚJČEK, Z., 2005. *Výbor z díla*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. 445 s. ISBN 80-246-1056-6.
34. MATOUŠEK, O. et al., 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
35. MATOUŠEK, O., PALME, K., LANDISCHOVÁ, E., 2014. Rodina s dítětem s postižením. In: MATOUŠEK, O. PAZLAROVÁ, H. et al. *Podpora rodiny*. Praha: Portál. 99-103 s. ISBN 978-80-262-0697-2.
36. MICHALÍK, J. et al., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
37. MICHALÍK, J., 2012. Systém sociálních služeb. In: VALENTA, M. MICHALÍK, J. LEČBYCH, M et al. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. 101-112 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
38. MILLER, F., 2005. *Cerebral palsy*. New York: Springer. 1055 s. ISBN 0-387-2043-7.

39. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2011. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
40. NEUBAUEROVÁ, L., 2012. Logopedická péče jako součást konceptu ucelené rehabilitace. In: NEUBAUEROVÁ, L. JAVORSKÁ, M. NEUBAUER, K. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2. vyd. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus. 59-70s. ISBN 978-80-7435-174-7.
41. NOVOSAD, L., 2011a. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
42. NOVOSAD, L., 2011b. Lidé s tělesným postižením. In: Michalík, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 180-265 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
43. PELIKÁN, J., 2011. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 270 s. ISBN 978-80-246-1916-3.
44. PIPEKOVÁ, J. et al., 2010. *Kapitoly za speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
45. PFEIFFER, J. et al., 2014. Rehabilitace, fyzioterapie a ergoterapie. In: Müller, O. et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada. 400-448 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
46. POTMĚŠILOVÁ, P., 2014. Arteterapie. In: Müller, O. et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada. 77-130 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
47. Příručka pro osoby se zdravotním postižením, 2015. [online]. MPSV ČR. Příručka OZP: © 2015. [cit. 2016-02-07]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/20854/Prirucka_OZP_2015.pdf
48. SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. 154 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
49. SCHEJBALOVÁ, A., 2005. Pomocné prostředky u pacientů s dětskou mozkovou obrnou. In: KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. 263-281 s. ISBN 80-247-1018-8.
50. SCHNEIBERG, F., 2005. Sociální a právní otázky. In: KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. 263-281 s. ISBN 80-247-1018-8.

51. STANTON, M., 2012. *Understanding cerebral palsy A guide for parents, and professionals*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 224 s. ISBN 978-1-84905-060-9.
52. ŠÁCHOVÁ, I., 2005. Narušená komunikační schopnost u dětí s DMO a logopedická péče. In: KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. 243-255 s. ISBN 80-247-1018-8.
53. ŠÁNDOROVÁ, Z., 2015. *(Re)socializace v rané péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 120 s. ISBN 978-80-7395-961-6.
54. ŠESTÁK, J., 2014. Pracovní rehabilitace. In: PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. 157-163 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
55. ŠLAPAL, R., 2007. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido. 53 s. ISBN 978-80-7315-160-7.
56. ŠLECHTOVÁ, D., 2011. Zdravotní problematika péče o dítě s dětskou mozkovou obrnou (DMO) v kontextu holistického přístupu. *Kontakt*. [online]. 443-459 s. [cit. 2016-04-18]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: [http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2011/955-zdravotni-problematika-pece-o-dite-s-detskou-mozkovou-obrnou-\(dmo\)-v-kontextu-holistickeho-pristupu](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2011/955-zdravotni-problematika-pece-o-dite-s-detskou-mozkovou-obrnou-(dmo)-v-kontextu-holistickeho-pristupu)
57. ŠŤASTNÝ, J., 2006. *Zdraví a nemoc*. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus. 114 s. ISBN 80-7041-775-7.
58. ULČOVÁ, H., 2005. DMO a související právní otázky. In: KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. 283-287 s. ISBN 80-247-1018-8.
59. VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L., 2009. *Náročné mateřství být matkou postiženého dítěte*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. 333 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
60. VELEMÍNSKÝ, M., 2011a. *Celebritami proti své vůli*. Praha: Triton. 128 s. ISBN 978-80-7387-447-6.
61. VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2011b. *Zdraví a nemoc*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. 134 s. ISBN 978-80-7394-326-4.
62. VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vyd. České Budějovice: JČU ČB ZSF. 170 s. ISBN 978-80-7394-360-8.

63. VITONĚ, J. 2015. Dítě se zdravotním postižením a jeho rodinné prostředí. *Kontakt*. [online]. 17(2), 140-146 s. [cit. 2016-02-07]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20150619142118787271.pdf>
64. VÍTKOVÁ, M., 2014a. Speciální pedagogika osob s tělesným a zrakovým postižením. In: VALENTA, M. et al. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál. 104-130 s. ISBN 978-80-262-0602-6.
65. VÍTKOVÁ, M., 2014b. Bazální stimulace. In: Müller, O. et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada. 357-383 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
66. VOJTA, V., PETERS, A., 2010. *Vojtův princip*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2710-3.
67. VOTAVA, J. et al., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
68. Výroční zpráva, 2014. [online]. ARPIDA. Výroční zpráva: © 2014. [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <http://www.arpida.cz/dokumenty/finish/9-vyrocnizpravy/71-vyrocnizprava-2014>
69. World Health Assembly Resolution 58.23 [online]. Disability, including Prevention. [cit. 2016-02-07]. Dostupné z: http://www.who.int/disabilities/WHA5823_resolution_en.pdf
70. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. [online]. [cit. 2016-02-05]. In: MPSV ČR, část 3, hlava I. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
71. ZITTELLI, B., MCINTIRE, S., NOWALK, J., 2012. Sixth edition. *Atlas of Pediatric physical diagnosis*. Philadelphia: Elsevier Saunders. 1088s. ISBN 978-0-323-07932-7.
72. ZOUNKOVÁ, I., 2005. Vojtova metoda reflexní lokomoce. In: KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. 193-206 s. ISBN 80-247-1018-8.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 1 Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Jana Pykalová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Studuji obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Jedná se o navazující magisterské studium. Téma mé diplomové práce zní: **Složky koordinované rehabilitace využívané u vybrané skupiny jedinců s DMO (kombinovanou disabilitou) v centru ARPIDA v Českých Budějovicích.** Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku. Dotazník je určen rodičům dětí a dospělých klientů, kteří centrum ARPIDA navštěvují. V dotazníku jsou klienti uvedeni jako členové rodiny*. Výsledky budou statisticky zpracovány a uvedeny pouze v mé diplomové práci a v systému STAG Jihočeské univerzity. Pokud chcete výsledky zaslat, napište mi do dotazníku svoji e-mailovou adresu. Věřím, že zpracování mé diplomové práce může pomoci jak samotným klientům, tak i rodinným příslušníkům, kteří o ně pečují.

U každé otázky označte nejvhodnější odpověď křížkem, popř. i více možností, nebo odpověď doplňte podle instrukcí u dané otázky.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. O centru ARPIDA jsem se dozvěděl/a:
 - od lékaře
 - známých
 - z vlastní iniciativy
 - jiným způsobem, uveďte jakým

2. Vzdálenost, kterou člen rodiny* dojíždí do centra ARPIDA:
 - do 5 km
 - do 20 km
 - do 50 km

3. Člen rodiny* se do centra ARPIDA dopravuje:
 - samostatně
 - v doprovodu rodinného příslušníka
 - jiným způsobem, uveďte jakým

4. Věk člena rodiny*, který navštěvuje centrum ARPIDA:
 - do 15 let
 - nad 15 let
 - nad 18 let

5. Základní diagnóza, pro kterou navštěvuje centrum ARPIDA:
 - DMOzakroužkujte formu DMO (diparetická, hemiparetická, kvadruparetická, extrapyramidová, hypotonická)
 - jiná přidružená onemocnění, vztahující se k základní diagnóze, uveďte jaká: (př. mentální retardace, epilepsie, poruchy sluchu, řeči apod.) :
.....
.....

6. Diagnóza člena rodiny* Vám byla sdělena:
 - citlivě
 - necitlivě
 - velmi necitlivě

7. Člen rodiny* dochází do centra ARPIDA:
 - jednorázově
 - dlouhodobě
 - pokud dlouhodobě, uveďte jak dlouho (roky)

8. Soběstačnost člena rodiny*:
 - plně soběstačný v základních péči o svoji osobu, nepotřebuje pomoc druhé osoby
 - částečně soběstačný, potřebuje dopomoc druhé osoby
 - plně závislý na pomoci druhé osoby

Léčebná rehabilitace

9. V rámci uceleného systému rehabilitace, z léčebné rehabilitace dochází člen rodiny* v centru ARPIDA na tyto terapie: (označte více možností)

- *léčebná tělesná výchova*
 - individuální léčebná tělesná výchova (léčebný tělocvik, míčkování, polohování, respirační fyzioterapie a jiné)
 - reflexní cvičení (Vojtova metoda)
 - skupinová léčebná tělesná výchova
- *ergoterapie*
 - ano
 - ne
- *hippoterapie*
 - ano
 - ne
- *canisterapie*
 - ano
 - ne
- *muzikoterapie*
 - individuální
 - skupinová
- *arteterapie*
 - ano
 - ne
- *bazální stimulace*
 - ano
 - ne
- *vodoléčba*
 - plavání v rehabilitačním bazénu
 - perličková lázeň
 - vířivé koupele
- *fyzikální terapie*
 - magnetoterapie
 - elektroléčba
 - ultrazvuk
 - léčba teplem
 - laser

10. Využívá člen rodiny* v centru ARPIDA logopedickou péči?

- ano
- ne

11. Využívá člen rodiny* v centru ARPIDA psychologickou péči?

- ano
- ne

12. Víte co je to „čtrnáctidenní – zdravotně sociální program“ pro rodiče dětí?

- ano
 ne

13. Využili jste „čtrnáctidenního zdravotně – sociálního programu“ pro rodiče a děti?

- ano
 ne

14. Vlastní člen rodiny* kompenzační pomůcku?

- berle
 invalidní vozík
 jinou kompenzační pomůcku, uveďte jakou
.....

15. Podstoupil člen rodiny* ortopedickou operaci vzhledem k základní diagnóze?

- ano, jakou
- ne

16. Užívá člen rodiny* pravidelně nějaké léky?

- ano, jaké
- ne

17. Jak jste s léčebnou rehabilitací v centru ARPIDA spokojeni? (stupnice 1 – 5, 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Pokud chcete doplnit informace k léčebné rehabilitaci, prosím uveďte zde:

.....
.....
.....

Pedagogická rehabilitace

19. V rámci uceleného systému rehabilitace, pedagogickou rehabilitaci využívá člen rodiny* v centru ARPIDA v následujících bodech: (označte více možností)

- *dochází nebo docházel/a do mateřské školky pro tělesně postižené v centru ARPIDA?*
 ano
 ne
- *dochází nebo docházel/a do základní školy pro tělesně postižené v centru ARPIDA?*
 ano

- ne
- *dochází nebo docházel/a do základní školy praktické pro tělesně postižené v centru ARPIDA?*
 - ano
 - ne
- *dochází nebo docházel/a do základní školy speciální, včetně rehabilitačního vzdělávacího programu v centru ARPIDA?*
 - ano
 - ne
- *dochází nebo docházel/a do přípravného stupně základní školy speciální v centru ARPIDA?*
 - ano
 - ne
- *dochází nebo docházel/a do praktické školy dvouleté v centru ARPIDA?*
 - ano
 - ne
- *dochází nebo docházel/a do praktické školy jednoleté v centru ARPIDA?*
 - ano
 - ne
- *měl člen rodiny* v centru ARPIDA individuální vzdělávací plán?*
 - ano
 - ne
- *měl člen rodiny* odklad o začátku plnění povinné školní docházky?*
 - ano
 - ne
- *využil člen rodiny* služeb speciálně pedagogického centra?*
 - ano
 - ne
- *člen rodiny* se vzdělává/l mimo centrum ARPIDA:*
 - předškolní vzdělávání
 - základní vzdělání v běžném vzdělávacím proudu
 - středoškolské vzdělání
 - vysokoškolské vzdělání

20. Jak jste s pedagogickou rehabilitací v centru ARPIDA spokojeni? (stupnice 1 – 5, 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Pokud chcete doplnit informace k pedagogické rehabilitaci, prosím uveďte zde:

.....

.....

.....

.....

Sociální rehabilitace

22. V rámci uceleného systému rehabilitace, sociální rehabilitaci využívá člen rodiny* v centru ARPIDA v následujících bodech: (označte více možností)

- *člen rodiny* využívá ambulantní služby denního stacionáře při centru ARPIDA:*
 - při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
 - při pomoci o osobní hygienu
 - při poskytnutí stravy
 - při výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - při sociálně terapeutické činnosti
 - při pomoci uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

- *člen rodiny* využívá služeb osobní asistence, která je určena pro klienty škol a školských zařízení při centru ARPIDA:*
 - při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
 - při osobní hygieně
 - při zajištění stravy
 - při pomoci zajištění chodu domácnosti
 - při výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - při uplatňování práv
 - při obstarávání osobních záležitostí

- *člen rodiny* využívá ambulantní služby rané péče při centru ARPIDA:*
 - při výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - při sociálně terapeutické činnosti
 - při pomoci uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

- *člen rodiny* využívá ambulantní služby sociálně terapeutických dílen při centru ARPIDA:*
 - při pomoci o osobní hygienu
 - při poskytnutí stravy nebo pomoci při zajištění stravy
 - při nácviku dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnost a další činnosti vedoucí k sociálnímu začlenění
 - při podpoře vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností

- *člen rodiny* využívá ambulantní služby sociální rehabilitace při centru ARPIDA:*
 - při nácviku dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnost a další činnosti vedoucí k sociálnímu začlenění

- při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- při výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- při pomoci uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

- člen rodiny* využívá základního sociálního poradenství při centru ARPIDA, které poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace:

- ano
- ne

23. Účastní se člen rodiny* akcí, které se v centru ARPIDA pořádají? (označte více možností)

- Boccia
- besídky
- karnevaly
- výlety
- tábory
- jiné, uved'te jaké

.....

24. Člen rodiny* bydlí:

- sám
- s rodiči
- jiným způsobem, uved'te jakým

.....

25. Členu rodiny* byl přiznán příspěvek na péči:

- I. stupně
- II. stupně
- III. stupně
- IV. stupně

26. Pobírá člen rodiny* dávky sociálního zabezpečení?

- invalidní důchod
- dávky státní sociální podpory
- dávky podpory v hmotné nouzi

27. Využívá člen rodiny* výhody pro zdravotně postižené?

- průkaz ZP
- průkaz ZTP
- průkaz ZTP/P
- Jiné výhody, uved'te které

.....

28. Čerpal/a nebo pobírá člen rodiny* příspěvek pro zdravotně postižené?

- příspěvek na péči
- příspěvek na mobilitu
- příspěvek na zvláštní pomůcku

29. Jak jste se sociální rehabilitací v centru ARPIDA spokojeni? (stupnice 1 – 5, 1 – nejlepší, 5 – nejhorší) – prosím zakroužkujte

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30. Pokud chcete doplnit informace k sociální rehabilitaci, prosím uveďte zde:

.....

Pracovní rehabilitace

31. V rámci uceleného systému rehabilitace, pracovní rehabilitaci využívá člen rodiny* mino centrum ARPIDA: (označte více možností)

- *na chráněném pracovním místě*
 - ano
 - ne
- *v podporovaném zaměstnání*
 - ano
 - ne
- *uplatnění našel na volném trhu práce*
 - ano
 - ne

32. Jak jste s pracovní rehabilitací v centru ARPIDA spokojeni? (stupnice 1 – 5, 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)- prosím zakroužkujte

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

33. Pokud chcete doplnit informace k pracovní rehabilitaci, prosím uveďte zde:

.....

Koordinovaná rehabilitace

34. Sdružujete se v nějaké další organizaci pro rodiče dětí se zdravotním postižením?

- ano, v jaké
- ne

35. Využili jste návazné podpory v centru ARPIDA?

ano,

uveďte

jaké

.....
 ne

36. Jsou podle Vás poskytované služby v centru ARPIDA vzájemně propojené?

ano

ne

37. Je možné péči a ostatní služby v centru ARPIDA chápat jako koordinovanou rehabilitaci?

ano

ne

38. Pokud chcete sdělit informace, které nebyly v dotazníkovém šetření uveďte komentář: (max. 5 vět)